



Uitdagingen en opportuniteiten bij oudere patiënten op chirurgische diensten

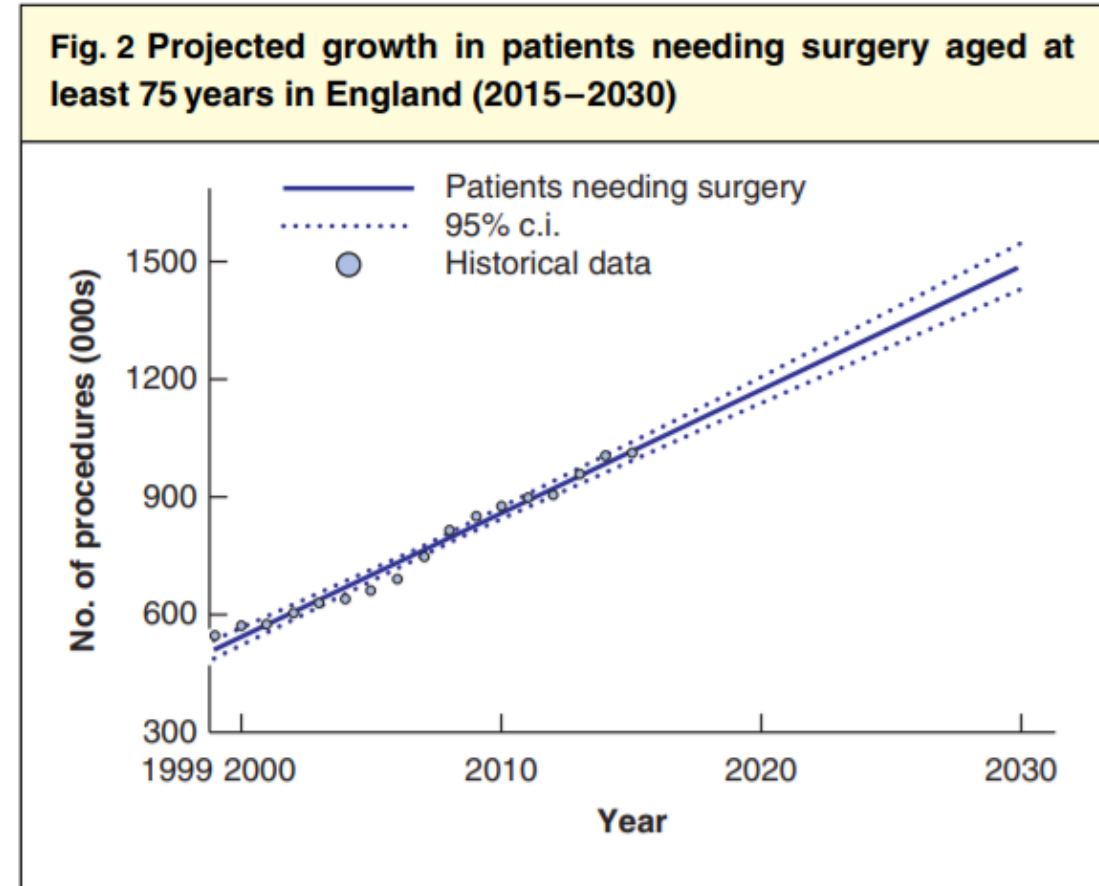
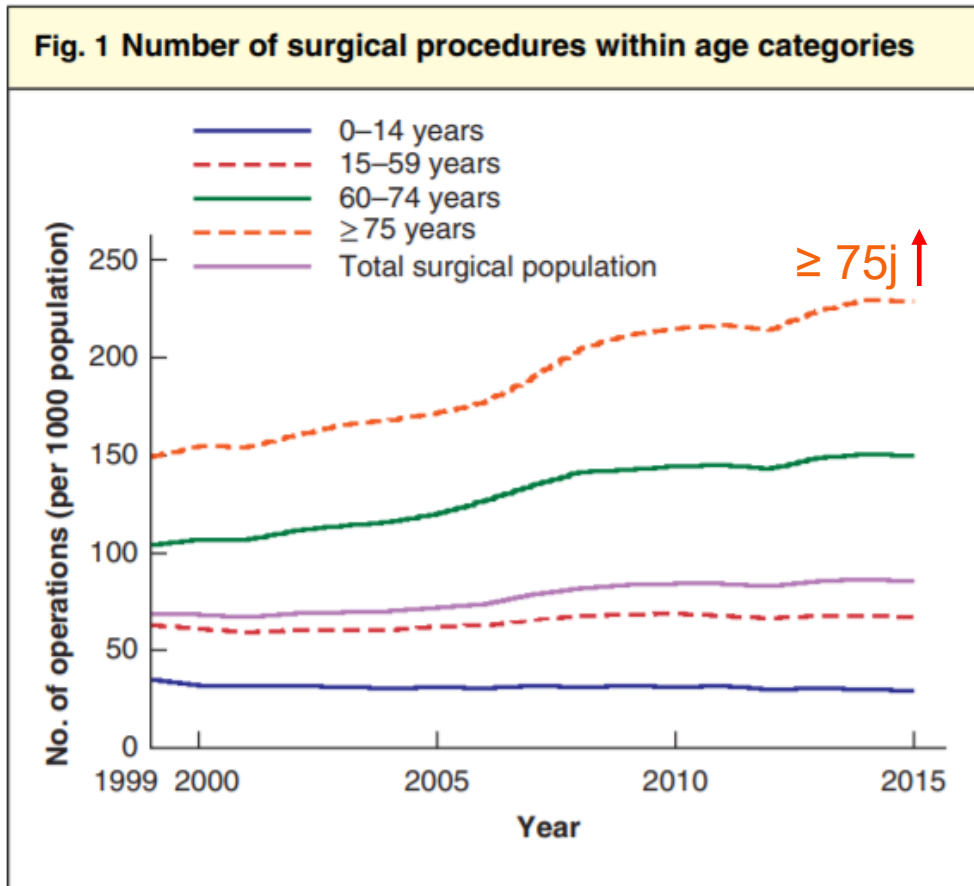
Prof. Dr. Mieke Deschodt

*Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven
Competentiecentrum Verpleegkunde, UZ Leuven*

4 februari 2025

Ouderen vaker geopereerd

1. Verbeterde chirurgische en anesthesietechnieken
2. Leeftijd alleen geen exclusie criterium meer voor heelkundig ingrijpen

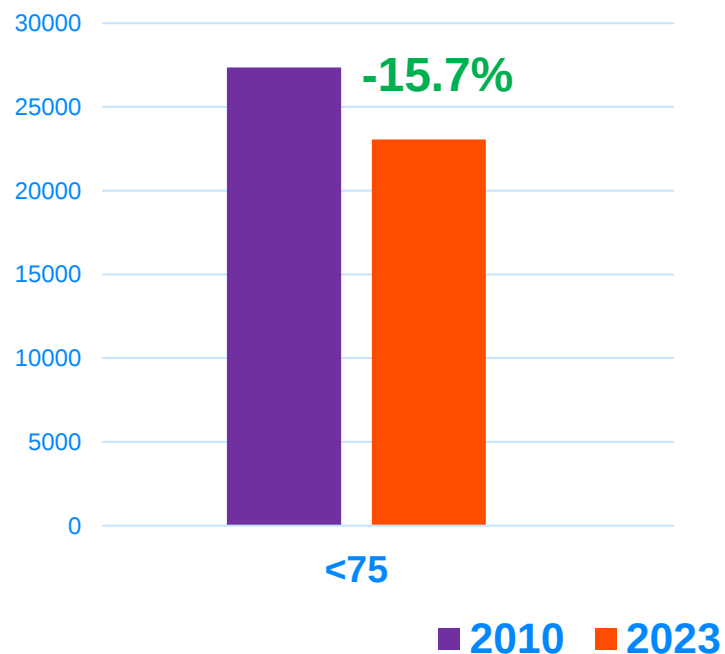


Veroudering ziekenhuispopulatie

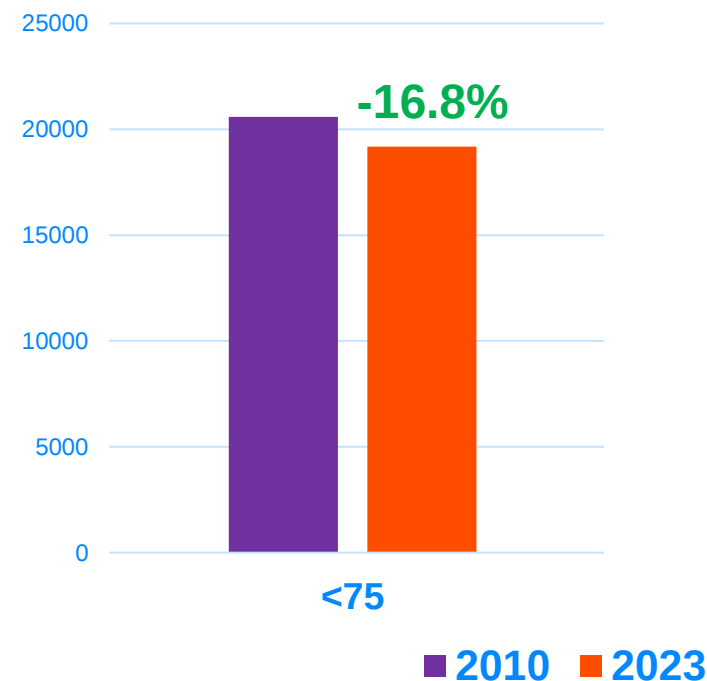
Aantal verblijven UZ Leuven



MEDISCH



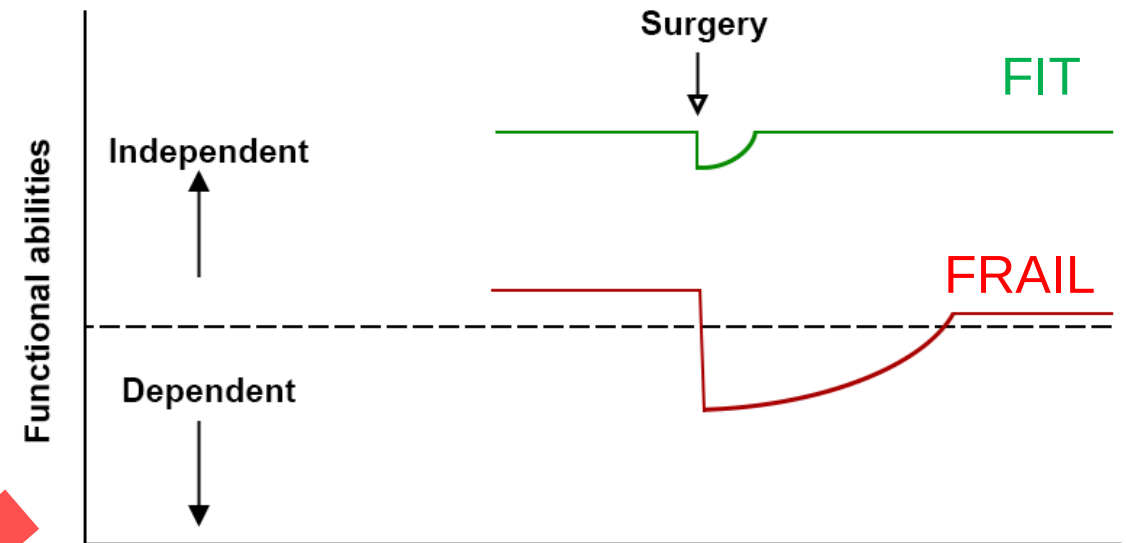
CHIRURGISCH



Ouderen & frailty

Geriatrisch profiel

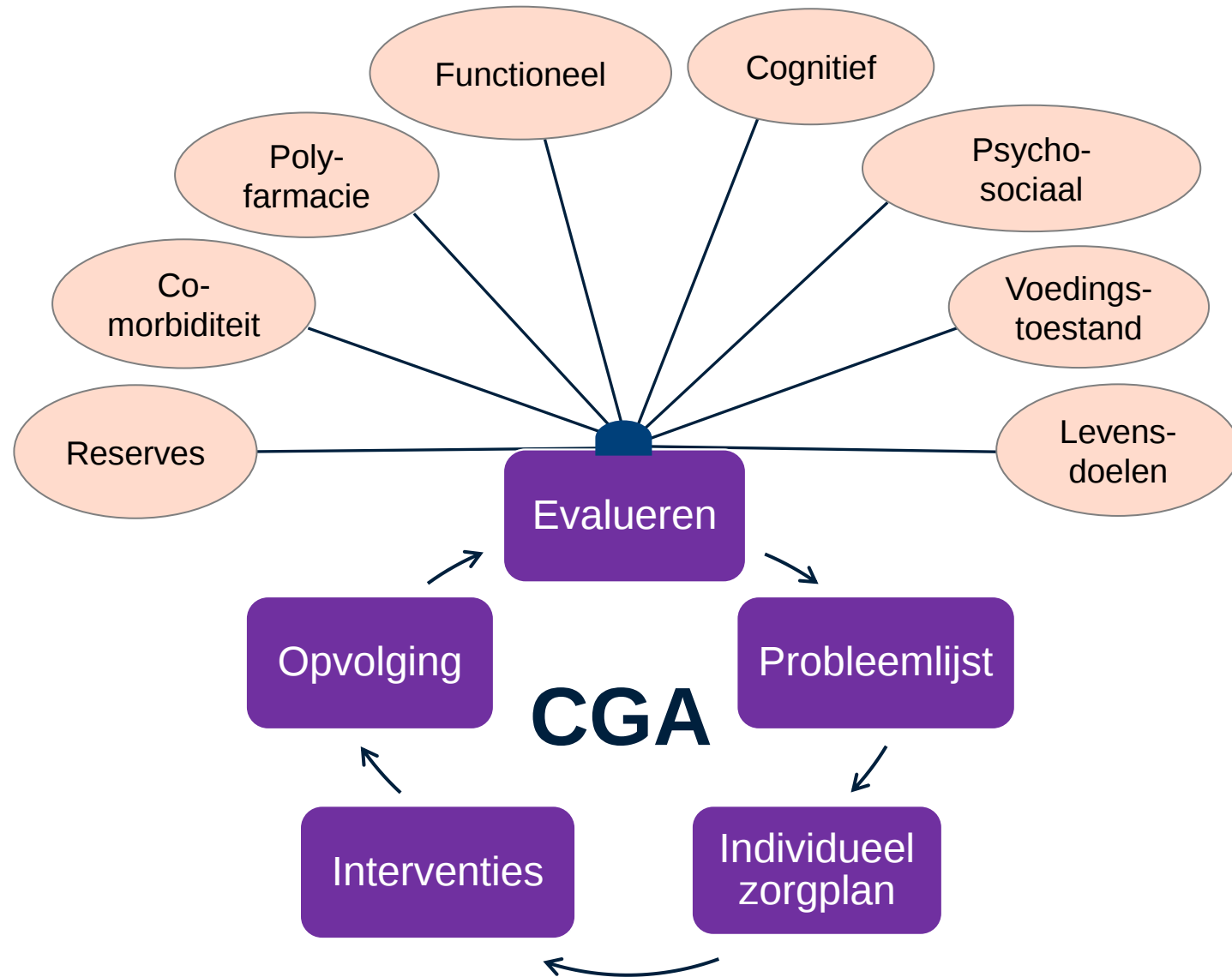
- ↓ Orgaanreserves
- Polypathologie
- Polyfarmacie
- Functionele beperkingen
- Cognitieve beperking
- Ondervoeding
- Psychosociale problemen



Verhoogd risico op...

- Postoperatieve complicaties
- Geriatrische syndromen: delier, urineretentie, vallen, decubitus,...
- Ontslagproblemen
- Overlijden

De geriatrische aanpak = comprehensief geriatrisch assessment



Nut van CGA perioperatief ?

PREOPERATIEF

- Inschatten operatief risico
- Inschatten levensverwachting
- Preoperatieve optimalisatie
- Preventieve maatregelen
- Revalidatiedoelen

POSTOPERATIEF

- Evolutie
- Comorbiditeiten
- Tijdig complicaties / vertraagd herstel herkennen
- Ontslagplanning

Doesn't Fit
One Size Fits All

CGA vs. standaardzorg (ouderen, chirurgie)

Meta-analyse op basis van 8 RCTs:

- 7 bij pat. met heupfractuur
- 1 electieve oncologische heekunde*

Uitkomst	N studies	Relative Risk Mean Difference	95% CI
Majeure complicaties	1	RR = 0.74	0.60 – 0.92
Delier	3*	RR = 0.75	0.60 – 0.94
Mortaliteit	5	RR = 0.85	0.68 – 1.05
Verblijfsduur	5	geen meta-analyse omwille van heterogeniteit	
Heropname	3*	RR = 1.00	0.76 – 1.32
Ontslag naar hoger zorgniveau	5	RR = 0.71	0.55 – 0.92
Totale kost op 1j	1	MD = -5154 €	-13.288 – 2980

Hoe realiseren in de praktijk?

Koninklijk Besluit van 29 januari 2007

Ieder algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende dienst voor geriatrie moet beschikken over een erkend **Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt**

Zorgprogramma omvat **5 luiken**

1° Hospitalisatiedienst geriatrie

2° Geriatrische consultatie

3° Geriatrisch dagziekenhuis

4° Interne geriatrische liaison (geriatrisch supportteam)

5° Externe geriatrische liaison



Geriatrische consultatie op aanvraag

- Reactief
- Adviserend
- Patiëntniveau
- Capaciteit
- BE: Financiering

Deschodt et al. BMC Med. 2013; 11: 48



Geriatrisch – chirurgisch co-management

- Proactief
- Preventie en behandeling
- Gedeelde verantwoordelijkheid en beslissingsvorming tussen C en G
- Patiënt- en teamniveau

Van Grootven et al. BMJ Open. 2018; 8: e020617

Geriatrisch-chirurgisch co-management

Meta-analyse obv 12 studies

- Heupfracturen (n=8) / trauma (n=1)
- Abdominale chirurgie (n=1)
- Verschillende chirurgische disciplines (n=2)

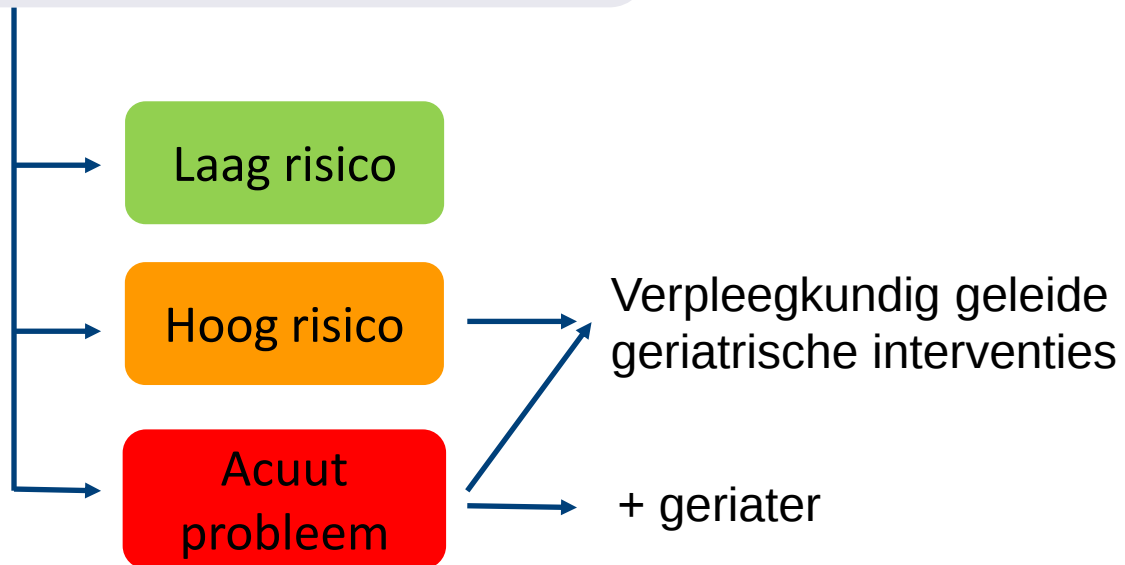
Uitkomsten	N studies	Absolute Risk Difference (ARD) Mean Difference (MD), 95% CI
Complicaties	7	ARD - 4 % (-10% - +2%)
Inhospitaal mortaliteit	8	ARD - 2 % (-4% - 0)
Verblijfsduur	6	MD - 1.4 d (-2.7% - -0.1%)
30d heropname	3	ARD - 3 % (-5% - 0)
Tijd tot heerkunde	4	MD - 0.7 u (-3.1 – +4.4%)
Heerkunde ≤ 24u	3	ARD + 18 % (-23% - +60%)

G-COACH project

Geriatrisch-cardiologisch co-management UZ Leuven

Before (n=158) – after (n=151) studie op de afdelingen cardiologie in 2016-2018

Geriatrische evaluatie
door GST verpleegkundige
 ≤ 24 h na opname



Verbetering uitkomsten

Functionele achteruitgang	- 18%
Delier	- 13%
In-hospitaal infecties	- 10 %
Opnameduur	- 1 d
30d heropname	- 5 %
Tijd tot 1 ^e heropname	+ 26 d
Tijd tot overlijden	=
ADL en QOL na 6 m	↑

Verbetering zorgprocessen

Fysiotherapie	+ 7.7 %
Diëtetiek	+ 5 %
Gebruik van katheters	- 8 %
Fixatie	- 2 %
Verwijzing naar GDZ	+ 16 %

€ **Geen extra kosten (AC-ZP)**

Samengevat

- Meer oudere personen die chirurgie ondergaan
- Kwetsbaarheid → benadering met CGA
- Geriatrisch co-management > consult op aanvraag
- Belovende resultaten vanuit G-COACH
- Opschaling / aanpassing via G-COMAN