

**FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

**ACTIVITEITENRAPPORT VAN DE COLLEGES VAN GENEESHEREN**

**2002-2003**



## **Inleiding**

De Colleges van geneesheren werden in 1999 bij Koninklijk Besluit opgericht, als een van de toepassingsmodaliteiten van art. 15 van de wet op de ziekenhuizen, betreffende de kwaliteit van de zorg.

Dit rapport heeft tot doel verslag uit te brengen over hun activiteiten tijdens de periode 2002-2003. De coördinatie van de redactie gebeurde door de Dienst Algemene ziekenhuizen en kwaliteit van de zorg binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Dit document is als volgt samengesteld:

- Hoofdstuk 1: stelt de gemeenschappelijke algemene aspecten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren voor, een synthese van hun voornaamste activiteiten tijdens de beschouwde periode, en een SWOT-analyse voor elk College;
- Hoofdstuk 2: beschrijft de uitdagingen waarmee de verschillende ziekenhuisactiviteiten waarvoor de Colleges bevoegd zijn, geconfronteerd zijn, met een SWOT-analyse voor elke activiteitensector;
- Hoofdstuk 3: uittreksels uit de activiteitenrapporten van de Colleges;
- Hoofdstuk 4: financiële balans;
- Hoofdstuk 5: wettelijk kader.

Laten wij als algemene inleiding tot de problematiek van de Colleges van geneesheren herinneren aan de SWOT-tabel (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) die terzake werd opgemaakt naar aanleiding van het symposium “Kwaliteit van de zorg” van de ISQUA (Parijs, november 2002) :

**SWOT kwaliteit**

<b>Strengths</b>	<b>Opportunities</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitscultuur in opmars               <ul style="list-style-type: none"> <li>- responsabilisering</li> <li>- inter- en multidisciplinariteit</li> </ul> </li> <li>- toenemende productie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- eigen databanken</li> <li>- benchmark, win win</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verbetering van de kwaliteit               <ul style="list-style-type: none"> <li>- EBM, accreditering</li> <li>- internationale vergelijkingen</li> </ul> </li> <li>- nieuwe technologieën               <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorgtrajecten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Weaknesses</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- investering tijd, kosten</li> <li>- blijvend isolement               <ul style="list-style-type: none"> <li>- kritische massa niet bereikt</li> <li>- weinig betrokkenheid van de beheerders</li> </ul> </li> <li>- zichtbaarheid van de activiteit en de resultaten ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- continuïteit : moeheid</li> <li>- budgettaire beperkingen</li> <li>- « geheime » agenda ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- van de beroepsbeoefenaars</li> <li>- van de beleidsmakers</li> <li>- van andere partners</li> </ul> </li> </ul>

**Colleges van geneesheren: vooruitzichten en  
uitdagingen 2003-2004**

## Colleges van geneesheren : vooruitzichten en uitdagingen 2003-2004

De Colleges van geneesheren werden in 1999 in 9 domeinen van de ziekenhuisactiviteit opgericht met als doel de kwaliteit te bevorderen in hun respectieve specialismen (cf. KB van 15/2/99):

- het in consensus opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering;
- het uitwerken van een geïnformatiseerd registratiemodel en een typerapport;
- het eventueel afleggen van visitaties en het uitvoeren van controles van de geregistreerde gegevens;
- het opstellen van een nationaal jaarrapport ter attentie van de overkoepelende werkgroep van de overlegstructuur;
- het terugkoppelen van de gegevens naar de betrokken ziekenhuizen en geneesheren.

De benoeming van de leden van de Colleges was in het algemeen gebaseerd op het advies van de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de betrokken disciplines. Dit legitimeerde de Colleges in principe zowel op wetenschappelijk als op corporatistisch vlak en stelde ze beter in staat om een tussenschakel te zijn tussen de overheid en het werkveld. Sommige Colleges van geneesheren werden aangevuld met werkgroepen, die meer specifiek gericht zijn op paramedische activiteiten: dat is het geval voor de Franstalige en Nederlandstalige verpleegkundigen in de nefrologie, en voor de fysici in de radiotherapie.

In verschillende van de betrokken domeinen was de oprichting van het College van geneesheren reeds voorafgegaan door een activiteit van gegevensinzameling en een aanzet tot evaluatie van de activiteit van de sector. Dit gebeurde vanuit een commissie of een *peer review*-groep, ontstaan uit een wetenschappelijke vereniging of beroepsvereniging. Reeds bij hun installatie werd de Colleges op soepele wijze een methodologische oriëntering voorgesteld. Deze is gebaseerd op de kwaliteitscyclus « Plan-Do-Check-Act », gekoppeld aan een systematische gegevensinzameling om alle fases van de kwaliteitscyclus te doorlopen.

Die fases werden grosso modo volgens een zelfde stramien door alle Colleges doorlopen, overeenkomstig de hen toevertrouwde opdrachten, met meer of minder accent op deze of gene opdracht naargelang van de gevoeligheden en de omstandigheden:

- vaststellen van een werkwijze (met goedkeuring van een huishoudelijk reglement);
- bepalen van een strategie en keuze van een of meer werkthema's;
- bepalen van kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de middelen, de processen of de resultaten van de activiteit in de ziekenhuizen;
- verstrekken van feedback, eventueel met aanbevelingen of guidelines voor het werkveld;

- bevorderen van continue kwaliteitsverbetering, beheer van de veranderingen die optreden in de opvang van patiënten;
- mededelen van conclusies aan de Multipartite-structuur met het oog op de verbetering van het gezondheidsbeleid.

Doorheen deze fases en gelet op de hen toevertrouwde opdrachten vervullen de Colleges van geneesheren in het gezondheidssysteem een tweeledige rol: enerzijds het expliciteren van de kwaliteit zowel ten aanzien van de beroepsbeoefenaars als de andere betrokken gesprekspartners (publiek, overheid, economische partners); anderzijds de bilaterale uitwisseling van informatie over de praktijken tussen de overheid en de ziekenhuizen, wat de verzuchtingen en de prioriteiten van beiden betreft. Verzuchtingen en prioriteiten die deel uitmaken van de uitdagingen waarmee elk College geconfronteerd wordt, en dit inzake statuut, wetenschappelijke eisen die moeten worden verdedigd, de op het spel zijnde corporatistische belangen die moeten worden getoetst aan het algemeen belang, dat op zijn beurt rekening houdt met bezorgdheden inzake ethiek en volksgezondheid, en de economische implicaties ervan. De Colleges moeten een visie en een knowhow ontwikkelen om de volgende drie functies te vervullen: ten eerste die van morele autoriteit aangezien ze worden geacht een door hun *peers* erkend reflectieforum te zijn; ten tweede die van opiniemaker aangezien ze uitstekend geplaatst zijn om informatie te verspreiden in de sector die hen aanbelangt; en tenslotte die van tussenschakel voor de doorstroming van informatie, onder meer tussen de overheden van volksgezondheid en het doelpubliek en dit dankzij hun institutionele positie. Om deze drieledige functie te bevestigen, moeten de Colleges de nodige legitimiteit en erkenning genieten ten aanzien van de verschillende instanties van wie ze partner zijn. Ze moeten er ook naar streven hun zichtbaarheid ten aanzien van de beroepsbeoefenaars, zeker binnen hun eigen discipline, te verbeteren, en ten aanzien van andere disciplines die betrokken zijn bij de behandelde thema's en probleemstellingen.

U vindt voorbeelden van de activiteit van de Colleges op het volgende adres:  
[www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm](http://www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm), rubriek « feedback (Federale initiatieven « kwaliteit » in de Belgische ziekenhuizen) ».

**SWOT Colleges van geneesheren**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- noodzaak de kwaliteit in een gestructureerd kader te expliciteren</li><li>- steun van de overheid</li><li>- autonomie inzake informatiebeheer</li><li>- specifiek kenniscentrum voor de discipline</li><li>- morele autoriteit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- veelvuldigheid van de beslissingsniveaus</li><li>- moeilijkheden om het wettelijk kader te bepalen</li><li>- onvoldoende besef van de opportuniteit en het nut</li><li>- moeilijkheden om de activiteit te financieren</li><li>- wisselende motivatie</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- potentiële legitimiteit</li><li>- opiniemaker</li><li>- tussenschakel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- concurrentie van andere instanties</li><li>- burn-out</li><li>- financiering</li><li>- meningsverschil overheid - College</li><li>- risico dat de overheid afhaakt als de resultaten niet relevant zijn</li></ul>

**Resultaten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren en gekozen thema's**  
**(synopsis)**

**College Geriatrie**

**Activiteiten**

- voedingsevaluatie van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten
- follow-up van de geriatrische patiënten die in spoed zijn opgenomen
- aanpak van de incontinentie bij geriatrische patiënten

**SWOT van het College Geriatrie**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Evidence Based Medicine, Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)</li><li>- nieuwe medische, multidisciplinaire, globale en geïntegreerde cultuur</li><li>- wetenschappelijke vereniging verbonden met College</li><li>- motivatie</li><li>- bekwaamheid tot dialoog</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- tekort aan geriateren</li><li>- onduidelijke definiëring van de geriatrische patiënt</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- opleiding en vorming van huisartsen, verzorgenden en specialisten</li><li>- geriatrisch programma voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten</li><li>- onderzoek (Europa, regering)</li><li>- bestaan van andere Colleges als gesprekspartners</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- onvoldoende verdediging van het beroep en onvoldoende promotie</li><li>- burn-out</li></ul>



## Conclusie

Zoals we kunnen zien, vorderen de Colleges in een verschillend tempo; de lessen die uit de analyses van de verzamelde gegevens kunnen worden getrokken, variëren. Zo heeft het College Radiotherapie heel wat werk verricht, maar de verkregen informatie levert beschrijvende aanwijzingen op in plaats van boordtabellen voor follow-up en kwaliteitsverbetering. Het College Reproductieve Geneeskunde daarentegen richt zich op een gevoelig thema om er een kwaliteitsvolle indicator en doelstelling van te maken. Uitgaand van een register dat thans *online* beschikbaar is, definieert het College Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie indicatoren die deel kunnen uitmaken van een boordtabel. Het College heeft evenwel nog geen methode ontwikkeld om de centra, waarvan de resultaten afwijken van het gemiddelde, aan te spreken. In het algemeen is de invloed van de Colleges op de kwaliteit van de praktijken nog beperkt, maar het gaat nog om een recent experiment en voor veel beroepsbeoefenaars komt het erop aan al doende te leren.

Bovendien moet hieraan worden toegevoegd dat de Colleges, boven op de klassieke groeipijnen, vooral in de loop van 2003 administratieve moeilijkheden hebben gekend i.v.m. de hervorming van de Multipartite-structuur, de traagheid waarmee de vernieuwing van de Colleges officieel werd bekrachtigd en de modaliteiten van hun financiering, waarvoor nog een bevredigende structurele oplossing moet worden gevonden.

Niettegenstaande de grote verscheidenheid kunnen er toch enkele conclusies worden getrokken:

- een reeds bestaande traditie van gegevensregistratie is een troef (cf. Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie);
- disciplines met een klein aantal actoren die zich over een welomschreven problematiek buigen maken sneller vorderingen (cf. reproductieve geneeskunde, intensieve neonatologie... *a contrario* : cardiale pathologie, NMR);
- het is noodzakelijk dat het College voldoende legitimiteit heeft binnen het beroep;
- er is methodologische begeleiding nodig voor de vervulling van de opdracht van de Colleges. De actoren op het terrein zijn geneigd om epidemiologische databanken aan te maken die weliswaar interessant zijn op wetenschappelijk vlak, maar moeilijk te analyseren en te gebruiken zijn als indicatoren in het kader van kwaliteitsgarantie; er is begeleiding nodig om ze ertoe aan te zetten databanken aan te maken die minder exhaustief en operationeler zijn vanuit het perspectief kwaliteit;
- zonder specifiek hiervoor aangesteld personeel kan er geen verzameling van betrouwbare gegevens gebeuren: permanentie is onontbeerlijk;
- in het verlengde van het voorgaande moeten de Colleges kunnen rekenen op continuïteit m.b.t. de financiering van de activiteiten die uit hun opdracht voortvloeien;
- een daadwerkelijke erkenning van de Colleges als gesprekspartner door de overheid is onontbeerlijk om de motivatie van hun leden aan te wakkeren en in stand te houden.

In de toekomst zouden minstens twee activiteitsdomeinen moeten worden ontwikkeld die totnogtoe slechts weinig bestudeerd zijn.

Enerzijds moeten er vorderingen worden gemaakt op het niveau van het onderzoek en de definitie van aanbevelingen m.b.t. goede praktijkvoering (*guidelines*), ofwel op basis van de literatuur ofwel vanuit ervaring op het terrein. Vervolgens moeten die aanbevelingen worden verspreid, indicatoren moeten worden uitgewerkt om de acceptatie en de naleving van de *guidelines* na te gaan, ook moeten er verklaringen worden gezocht voor eventueel vastgestelde tekortkomingen. Voor die activiteit in het bijzonder zou er een samenwerkingsverband met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moeten worden opgezet.

Anderzijds zou de activiteit moeten evolueren naar het uitwerken van een methodologie die systematisch dichter staat bij het “kwaliteitscyclus”-model PDCA, vooral voor wat de vierde fase (Act) betreft, namelijk de invoering van correctiemechanismen die nodig blijken uit de metingen (Check). Dit impliceert dat er indicatoren moeten worden ingevoerd voor constante follow-up die samen een “boordtabel” vormen. Om dat te bereiken, is het belangrijk de juiste werkthema’s te kiezen. De thema’s moeten betrekking hebben op erkende, pertinente en gevoelige problemen. Het gaat in casu niet om een eis tot theoretische orthodoxie, maar om een terugkerende vaststelling: een “kwaliteitsgerichte” werking is geen keukenrecept, maar een ingesteldheid.

Er lopen verschillende projecten die zich in een min of meer gevorderd stadium bevinden: de herstructurering van het College Cardiale Pathologie, de oprichting van een College Intensieve Kraamzorg dat gekoppeld is aan het College Neonatalogie, de stichting van een College Oncologie, de opname van het College Nucleaire Magnetische Resonantie in een groter College Medische Beeldvorming, de oprichting van een College van Hoofdgeneesheren.

Die perspectieven tonen duidelijk de interesse voor het model alsook de tendens naar meer multidisciplinariteit. Die tendens steunt op de overtuiging dat om de kwaliteit structureel te bevorderen, het belangrijk is de contacten te verruimen en de communicatie te verbeteren, met name tussen actoren die met dezelfde problemen worden geconfronteerd, maar waarbij de eigenheid van elk van die problemen een verschillende benaderingswijze vergt. De tendens is tevens een van de uitingen van een basisaxioma: de Colleges zijn er om de kwaliteit van de zorg te evalueren en te bevorderen binnen hun specifieke werkterreinen. Ze leggen zich toe op de procedures en de resultaten, maar houden zich in geen enkel opzicht bezig met de beoordeling van de individuele deskundigheid van de beroepsbeoefenaars die binnen die structuren werkzaam zijn.

De fundamentele uitdaging voor het expliciteren, evalueren en bevorderen van de kwaliteit van de zorg is dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun specifieke rol en verantwoordelijkheid op zich nemen en een correct gebruik maken van de beschikbare middelen: efficiënt, relevant en in verhouding tot de noden.

Ze hebben als taak de variaties in praktijkvoering te bekijken, zowel wat het proces als wat de resultaten betreft, de oorzaken ervan beoordelen en verklaren en die variaties beperken met het oog op een optimaal gebruik van de middelen waar mogelijk door lessen te trekken uit de beste resultaten (i.p.v. te focussen op de minder goede).

De bestaande en toekomstige Colleges kunnen hierbij een beslissende rol spelen, gezien de uitdagingen die de gezondheidseconomie te wachten staan, onder meer de onvermijdelijke wijzigingen die zullen moeten worden doorgevoerd m.b.t. de financieringsregeling voor de ziekenhuisactiviteit.

## **Uitdagingen in de verschillende disciplines**

## Uitdagingen voor de geriatrie

### **1. Inleiding**

Het relatieve aandeel van het aantal bejaarden en hoogbejaarden neemt toe: in 2000 was 22 % van de bevolking ouder dan 60 jaar; dat percentage zal oplopen tot 24 % in 2010 en 32 % in 2050. Wat het percentage 80-plussers betreft, dat bedroeg in 2000 3,6 % en zal oplopen tot 5 % in 2010 en 10 % in 2050.

Er bestaat geen objectieve of eenduidige omschrijving van de geriatrische patiënt; leeftijd is geen voldoende criterium. Het zorgprogramma geriatrie is gebaseerd op vage begrippen als polypathologie, polymedicatie, verzwakte homeostase, tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling.

In 1998 namen personen tussen 65 en 75 jaar 21 % van de verpleegdagen voor hun rekening en de 75-plussers 32 %.

Momenteel is er praktisch een G-dienst per algemeen ziekenhuis, behoudens een zeldzame uitzondering. In 2000 waren er in de algemene ziekenhuizen 6.083 G-bedden en 386 in geïsoleerde G-diensten.

### **2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak**

- definitie geriatrische patiënt
- multidisciplinaire evaluatie
- traject van de patiënt tussen de verschillende structuren
- daghospitalisatie
- entourage van de patiënt

De kernvraag is dus: wie is de geriatrische patiënt? Wat zijn diens bijzondere kenmerken waarvoor specifieke interventie van een geriater nodig is?

Er moet worden voorzien in een triageprocedure voor de patiënten zodat ze op een adequate manier worden georiënteerd bij een ziekenhuisopname, maar ook in het kader van de ambulante geneeskunde. Die triagefunctie zou worden waargenomen door de huisarts of de geriater op basis van een reeks nader te bepalen criteria. Zodra een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen en ongeacht de dienst waar hij verblijft, is het de taak van de andere specialismen om de patiënten, die een geriatrische aanpak vereisen, op te sporen en ervoor te zorgen dat de link met de geriatrische dienst correct wordt georganiseerd (definitie liaisongeriater).

De multidisciplinaire evaluatie van de geriatrische patiënt is essentieel, verschilt sterk van geval tot geval en is tijdrovend. Is er een consensus, gebaseerd op evidence - based medicine, aangaande de evaluatieprocedure? Hoe moet dat in rekening worden gebracht voor de financiering van de diensten? Bestaan er procedures op het vlak van diagnose, behandeling en ontslagvoorbereiding en wat is de effectiviteit en de efficiëntie ervan?

Meer dan in andere specialismen en gelet op het specifieke karakter van de geriatrische patiënt, dient het traject van de patiënt tussen de verschillende structuren (vóór de hospitalisatie, binnen het ziekenhuis, na de hospitalisatie) voorbereid en georganiseerd te worden. De geriatrische diensten moeten worden geïntegreerd in een netwerk dat echt functioneert en niet in het kader van papieren overeenkomsten die worden opgeborgen ergens in een lade. Hoe moeten die netwerken worden georganiseerd? Hoe moeten ze worden gestructureerd? Hoe gefinancierd? Op basis van welk model? Stuk voor stuk vragen die nog op een antwoord wachten.

De definitie van de geriatrische patiënt vóór de hospitalisatie is belangrijk maar nog niet vastgelegd. Ook de criteria voor het doorverwijzen van de patiënt naar de psychogeriatric en de diensten voor palliatieve zorg zijn vaag. Nochtans krijgen die twee specialismen een steeds belangrijker plaats in het algemene kader van de geriatrie, en dit wegens de toename met de leeftijd van de dementies en van de frequentie van kanker.

Daghospitalisatie blijft marginaal, hoewel de voordelen ervan in de geriatrie overduidelijk zijn. Hoe kunnen we dit aspect van het systeem ontwikkelen?

De entourage van de patiënt is onontbeerlijk voor een correcte evaluatie en een efficiënte revalidatie: hoe kan men daarmee adequaat rekening houden in het ziekenhuis?

Er zij opgemerkt dat al die vragen expliciet aan bod komen in het zorgprogramma geriatrie dat in voorbereiding is.

### **3. Uitdagingen op ethisch vlak en op het vlak van de volksgezondheid**

- demografische evolutie
- financiering van de vergrijzing
- geïntegreerde organisatie van de ouderenzorg

De demografische evolutie (omkering van de leeftijdspiramide) brengt veranderingen mee in de structuur en de machtsgroepen binnen de samenlevingen van de geïndustrialiseerde landen. De beroepsbevolking zal moeten zorgen voor de financiering van onze sociale zekerheid. Momenteel staat de financiering van de vergrijzing op de agenda: financiering van de pensioenen en de gezondheidszorg en van de ouderdomsgebonden afhankelijkheid.

In dat kader rijst de vraag of er geen zorgverzekering moet worden georganiseerd op federaal niveau.

Een andere evolutie heeft te maken met het op de markt komen van grote financiële groepen die seniorenresidenties beheren. Hun kracht is dat ze werken op basis van schaalvergroting en dat ze inefficiënte rusthuizen van de markt verdrijven. Een bedreiging is de globalisering van de ouderenzorgorganisatie en de potentiële monopoliepositie in deze sector.

#### 4. SWOT-analyse

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CGA of Comprehensive Geriatric Assessment (nieuwe geïntegreerde, multidisciplinaire, globale, medische cultuur)</li> <li>- CGA zorgt voor minder afhankelijkheid en minder institutionalisering</li> <li>- psychosociaal model belangrijker dan het biomedische model</li> <li>- motivatie</li> <li>- demografie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tekort aan geriaters, aan opleidingscentra, geringe aantrekkelijkheid van het beroep</li> <li>- wanverhouding tussen de middelen en de werklust voor het verzorgend personeel en de geriaters</li> <li>- gebrek aan financiële stimuli</li> <li>- gebrek aan alternatieven (dagziekenhuis, dagcentra, gezin)</li> </ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorming en opleiding huisartsen, verzorgenden, specialisten</li> <li>- zorgprogramma geriatrie voor gehospitaliseerde patiënten</li> <li>- research (Europa, regering)</li> <li>- CGA-partnerschap met huisartsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebrek aan professionalisme (iedereen doet aan geriatrie)</li> <li>- « slechte » geriatrie (verjongingskuren)</li> <li>- monopolisering door lobby's</li> <li>- burn-out</li> </ul>

## **Bijlage : gegevens**

### Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

Van de 120 acute ziekenhuizen hebben er 107 een dienst geriatrie (89 %) waarvan:

- 86 % beschikt over eigen revalidatielokalen
- 87 % heeft een consultatiedienst in de polikliniek
- 77 % verstrekt een multidisciplinair advies
- 7 % heeft een geriatrisch dagziekenhuis
- 76 % heeft een aangepast transportmiddel voor geriatrische patiënten
- 23 % heeft een samenwerkingsakkoord met een ander ziekenhuis voor het geriatrisch programma
- 93 % overlegt met de rusthuizen (en de RVT's) van de regio

De jaarlijkse mediane activiteit (percentiel 50) in de acute ziekenhuizen die opgeven over een geriatriedienst te beschikken ziet er als volgt uit:

- 492 opgenomen patiënten (antwoord van 69/107 ziekenhuizen)
- 34 ambulante patiënten die revalidatie hebben genoten (antwoord van 15/107 ziekenhuizen)

De 9 gespecialiseerde ziekenhuizen die opgeven over een dienst geriatrie te beschikken antwoordden als volgt:

- 78 % vermeldt dat ze eigen lokalen hebben voor revalidatie
- 44 % heeft een consultatiedienst in de polikliniek
- 44 % verstrekt een multidisciplinair advies
- 11 % heeft een geriatrisch dagziekenhuis
- 56 % heeft een aangepast transportmiddel voor geriatrische patiënten
- 78 % heeft een samenwerkingsakkoord met een ander ziekenhuis voor het geriatrisch programma
- 100 % overlegt met de rusthuizen (en de RVT's) van de regio

In de ziekenhuizen die geantwoord hebben, bedraagt het gemiddeld aantal artsen met een activiteit in de dienst geriatrie 2,7 VTE (of 30 elfden), waarvan 53 % houder is van een bijzondere beroepstitel in de geriatrie. Gemiddeld beschikt de dienst geriatrie over 34,0 VTE paramedisch personeel, waarvan 4 % gegradueerde verpleegkundigen in de geriatrie, 25 % gegradueerde verpleegkundigen, 40 % gebrevetteerde of gediplomeerde verpleegkundigen, 4 % kinesisten, 4 % ergotherapeuten, 1 % logopedisten, 1 % psychologen en 21 % andere gezondheidswerkers.

In de 9 gespecialiseerde ziekenhuizen die hebben geantwoord bedraagt het gemiddeld aantal artsen met een activiteit in de dienst geriatrie 3,6 VTE (of 39 elfden), waarvan 33 % houder is van een bijzondere beroepstitel in de geriatrie. Gemiddeld beschikt de dienst geriatrie over 32,0 VTE paramedisch personeel, waarvan 3 % gegradueerde verpleegkundigen in de geriatrie, 20 % gegradueerde verpleegkundigen, 31 % gebrevetteerde of gediplomeerde verpleegkundigen, 7 % kinesisten, 4 % ergotherapeuten, 1% logopedisten, 1% psychologen en 33% andere gezondheidswerkers.

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit verdelen zich als volgt in de 107 acute ziekenhuizen met een dienst geriatrie:

- 52 % vermeldt een jaarverslag
- 47 % heeft een register voor kwaliteitsopvolging
- 77 % evalueert geregeld de kwaliteit van de activiteiten, maar slechts 17 % doet dat via een externe audit