Interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en geriaters – samenwerkingsmodellen en huidige samenwerking

Annelies Aerssens, Universiteit Antwerpen

Promotor:
Prof. dr. Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen
Prof. dr. Bart Van Rompaey, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1. Inhoudstafel

1. Inhoudstafel 3

2. Abstract 5

Introductie 5

Methode 5

Resultaten 5

Conclusie 5

3. Introductie 6

4. Onderzoeksdoelen 6

5. Methode 7

5.1. LITERATUURSTUDIE 7

5.2. KWALITATIEF BESCHRIJVEND ONDERZOEK 9

6. Resultaten 11

6.1. LITERATUURSTUDIE 11

6.2. INTERVIEWS 17

Huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters 17

Onderlinge communicatie 18

Verloop van samenwerking 19

Tips ter verbetering van samenwerking 20

7. Discussie 23

7.1. TYPOLOGIE VAN SAMENWERKINGSMODELLEN 23

Multidisciplinair overleg 23

Bilateraal overleg 24

Eerstelijnsgeheugenklinieken 24

Mobiel team 24

Telefonische hulpdienst en telecommunicatie 25

7.2. RESULTATEN EN THEMA'S UIT LITERATUUR EN INTERVIEWS 25

Klinische uitkomsten van samenwerkingsmodellen 25

Ervaringen van huisartsen en geriaters 26

Implementatie-uitdagingen: financiering, coördinatie en tijd 26

Medicatiereview en polyfarmacie 27

Valpreventie, osteoporose en vroegtijdige zorgplanning 27

7.3. STERKTES EN BEPERKINGEN 28

8. Conclusie 29

9. Referenties 30
Bijlage 1: zoekstring 33
Bijlage 2: Vragenlijst 34
DEMOGRAFISCH BESCHRIJVENDE VRAGEN: 34
SAMENWERKING 34
Bijlage 3: lijst van figuren en tabellen 35
LIJST VAN FIGUREN 35
LIJST VAN TABELLEN 35

2. Abstract

Introductie

De toenemende vergrijzing gaat gepaard met een groeiende prevalentie van complexe zorgbehoeften bij ouderen, wat de druk op de eerstelijnszorg aanzienlijk verhoogt. Meer interprofessionele samenwerking tussen geriaters en huisartsen in een ambulante zorgsetting blijken uit de literatuur een veelbelovende oplossing te kunnen zijn. Met deze studie wordt getracht om enerzijds een zicht te krijgen op de huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters. Anderzijds is het de bedoeling om ervaringen over samenwerking tussen deze hulpverleners te beschrijven.

Methode

Deze studie bestaat uit twee luiken. In het eerste deel werd via een systematisch literatuuronderzoek, gebaseerd op het PCC-framework, gezocht naar interprofessionele samenwerkingsmodellen tussen huisartsen en geriaters in een ambulante setting. Studies wrden geselecteerd op basis van vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria, met focus op geriatrische populaties (≥65 jaar) en concrete samenwerking in patiëntenzorg. In het tweede deel werd een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews met huisartsen en geriaters in Vlaanderen. De data werden geanalyseerd via framework analysis om ervaringen, knelpunten en aanbevelingen rond samenwerking te identificeren.

Resultaten

Uit 2276 artikelen werden negen artikelen geselecteerd. De studies, uitgevoerd in Europa, Canada en Nieuw-Zeeland, onderzochten samenwerkingsmodellen tussen huisartsen en geriaters. De meeste studies rapporteerden voordelen zoals lagere kosten en verbeterde zorgcoördinatie, maar de klinische resultaten waren gemengd. De opvolging varieerde van 3 tot 12 maanden, met verschillende populaties, van thuiswonende ouderen tot bewoners van zorginstellingen.
Zes zorgverleners (drie huisartsen, drie geriaters) werden geïnterviewd over hun samenwerking. Die verloopt vooral telefonisch of schriftelijk en wordt als positief ervaren, ondanks beperkte structurele afstemming. Obstakels zijn o.a. gebrekkige bereikbaarheid, het ontbreken van een gedeeld dossier en organisatorische beperkingen. Beide groepen zien kansen voor nauwere samenwerking rond osteoporose, polyfarmacie en vroegtijdige zorgplanning.

Conclusie

Dit onderzoek analyseerde negen studies en interviews over samenwerking tussen geriaters en huisartsen. Vier modellen werden geïdentificeerd: multidisciplinair overleg, bilateraal overleg, geheugenklinieken en mobiele teams. Terwijl multidisciplinair overleg in Vlaanderen weinig voorkomt, is telefonisch overleg wel gangbaar. De samenwerking wordt door huisartsen als waardevol ervaren, hoewel uitdagingen zoals tijdsdruk en financiering blijven. Verbeteringen zijn nodig in communicatie, gedeelde dossiers en opvolging van adviezen. Medicatienazicht, valpreventie en zorgplanning zijn belangrijke samenwerkingsdomeinen.

3. Introductie

De demografische evolutie toont dat de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt. Het aandeel 65-plussers bedroeg op 1 januari 2024 meer dan 20% van de totale Belgische bevolking (1). Dit percentage zal naar alle verwachtingen blijven stijgen in de komende decennia (2, 3). We leven langer en vaak in betere gezondheid omwille van de toegenomen levensstandaard en de vooruitgang in de medische zorg (3, 4). Tegelijkertijd breng deze vergrijzing aanzienlijke uitdagingen met zich mee, zoals een verhoogde kans op chronische aandoeningen, multimorbiditeit, polyfarmacie en kwetsbaarheid (frailty)(5-8). Hierdoor ontstaat een groeiende behoefte aan gerichte en geïntegreerde zorg voor ouderen met complexe medische noden. Onderwerpen zoals cognitieve screening en gedragsproblemen, aanpak van polyfarmacie, verbeteren van mobiliteit en voedingsadvies zijn slechts enkele voorbeelden van dergelijke zorg (6, 9).

Huisartsen spelen een cruciale rol binnen het Belgische zorgsysteem. Ze zijn het eerste aanspreekpunt wat betreft zorgvragen en nemen zowel een coördinerende als poortwachtersrol op zich (9). Tegelijkertijd worden zij geconfronteerd met toenemende werkdruk (9-11), deels veroorzaakt door een grotere vraag naar consultaties en door de vergrijzing en complexiteit van geriatrische zorgvragen (12). Om deze zorgvraag te beantwoorden, bieden interprofessionele samenwerkingsmodellen tussen geriaters en huisartsen in een ambulante zorgsetting een veelbelovende oplossing.

Via een uitgebreid literatuuronderzoek wordt meer inzicht verkregen in beschreven modellen van interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderenzorg of geriaters. De mogelijke klinische (of andere) uitkomsten van deze samenwerking worden in kaart gebracht en mogelijk terugkerende thema's worden geanalyseerd. Aanvullend wordt door middel van kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews de huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters bevraagd.

4. Onderzoeksdoelen

Het primaire doel is het in kaart brengen van de huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters in België (Vlaanderen). Ten eerste doen we dit via een uitgebreide literatuurstudie om meer inzicht te krijgen over bestaande systemen van interprofessionele samenwerking tussen huisartsen (eerstelijnszorg 'Primary Care') en specialisten ouderenzorg of geriaters (geriatrische zorg 'Geriatric Care')). Welke modellen zijn er tot nu toe gekend binnen de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en geriaters? Verder worden uitkomsten van de

samenwerkingsmodellen beschreven (indien van toepassing) en welke thema's binnen deze samenwerkingsmodellen aan bod komen.

In een tweede stap van dit onderzoek worden huisartsen en geriaters bevraagd hoe zij denken over de huidige samenwerking, welke elementen binnen deze samenwerking naar behoren werken en wat op basis van hun ervaringen mogelijke punten van verbetering zijn. Dit wordt beschouwd als kwalitatief beschrijvend onderzoek met het doel de acties in de praktijk in kaart te brengen.

5. Methode

5.1. LITERATUURSTUDIE

Het eerste luik van de thesis is een uitgebreid literatuuronderzoek om de vraag te beantwoorden welke modellen er tot nu toe beschreven zijn binnen de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en geriaters. Dit doel kan in drie subdoelen onderverdeeld worden:

1. Het identificeren van bestaand onderzoek naar samenwerkingsmodellen tussen huisartsen en geriaters;
2. Het beschrijven van de gerapporteerde uitkomsten van deze samenwerkingsmodellen; en
3. Het verkennen van thema's die binnen deze samenwerkingsmodellen aan bod komen.

Het framework "participants – concept – context" (PCC) wordt gebruikt om deze onderzoeksvraag op een systematische wijze te formuleren en de zoekstrategie te bepalen. Bij het ontwikkelen van de zoekstrategie wordt gebruikt gemaakt van de tool 'zoekblokken' van de interessegroep biomedische informatiespecialisten van de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Informatieprofessionals (13) in combinatie met synoniemen en MeSH-termen die relevant zijn voor de onderzoeksvraag.

1. Participants: Huisartsen en geriaters
    - Voor het identificeren van literatuur over 'huisartsen' zijn de zoekblokken "general practitioners or primary health care" en "family medicine or general practice" voor MEDLINE gebruikt (14, 15).
    - Voor 'geriaters' wordt een zoekopdracht geformuleerd aan de hand van MeSH-termen en synoniemen.
2. Concept: Interprofessionele samenwerkingsmodellen
    - De zoekopdracht voor interprofessionele samenwerkingsmodellen wordt gemaakt op basis van MeSH-termen en synoniemen.
3. Context: Zorg voor geriatrische patiënten in een ambulante setting

- In de zoektocht naar literatuur voor geriatrische patiënten wordt het zoekblok “Aged” voor MEDLINE gebruikt (16).

Met behulp van Booleaanse operatoren wordt een zoekstring geformuleerd voor MEDLINE. De volledige zoekstring is te raadplegen in bijlage 1. De gebruikte filters zijn: publicaties in de laatste 10 jaar en beschikbaarheid van volledige tekst als filter binnen MEDLINE. De zoekstring werd uitgevoerd op 11 oktober 2024 en de artikelen werden opgevraagd binnen de beschikbaarheid van de Universiteit Antwerpen.

Op basis van het PCC-framework en de onderzoeksvraag zijn de volgende inclusie- en exclusiecriteria opgesteld om relevante studies te selecteren:

- Samenwerking tussen huisarts en geriater: Inclusie vereist minimum een interactie tussen een geriater en een huisarts op vlak van medische zorg van een patiënt. De aard, timing en communicatiemodus tussen de twee partijen is geen factor in dit onderzoek. In deze samenwerking kunnen meer zorgverleners of anderen betrokken zijn.
- Ambulante setting: De focus ligt op een samenwerking voor patiënten in een ambulante setting. Patiënten in residentiële zorg vallen hier onder, hospitalisaties of spoedopnames worden uitgesloten.
- Samenwerkingen enkel met de focus op kennisuitwisseling of educatie worden uitgesloten. Zoals hierboven vermeldt, wordt de samenwerking tussen geriaters en huisartsen onderzocht bij zorg voor patiënten.
- Palliatieve zorgen: Artikelen over palliatieve zorgen worden uitgesloten.
- Populatie ≥ 65 jaar: De samenwerking betreft geriatrische patiënten, waarbij de leeftijdsgrens van 65 jaar als meest voorkomende definitie wordt gehanteerd (17).
- Type onderzoek: Alle types van onderzoek worden geïncludeerd, zonder dat de kwaliteit of de status van peer review in rekening wordt gebracht. Studieprotocollen worden wel uitgesloten, maar het artikel met resultaten wordt geïncludeerd indien reeds gepubliceerd. Indien het studieprotocol eveneens gepubliceerd is, wordt dit aangegeven.
- Publicaties in de laatste 10 jaar: Gezien relevantie van recente ontwikkelingen, wordt de zoekopdracht beperkt tot publicaties van de laatste 10 jaar.
- Artikelen in het Nederlands, Engels of Frans: De zoekopdracht wordt beperkt tot de talen die de onderzoeker beheerst.
- Volledige tekst beschikbaar: Studies waarvan alleen het abstract beschikbaar is, worden uitgesloten. De artikelen worden opgevraagd via de databases van de Universiteit van Antwerpen.

- Internationaal: Er worden geen geografische beperkingen opgelegd, zolang de studie relevant is voor de onderzoeksvraag.

De data worden gecatalogeerd door middel van Endnote 21 en Microsoft Excel. Artikelen worden gescreend op basis van deze vooraf vastgestelde inclusie- en exclusiecriteria. Eerst werden de titels en abstracts beoordeeld, waarna de volledige tekst van de geselecteerde artikelen werd geëvalueerd. De kenmerken van elk artikel (titel, auteur(s), jaartal van publicatie, land, type studie) en context (populatie, opvolging en duur van studie en soort samenwerking) worden op een visuele manier beschreven. Verder worden de doelstellingen interventie en resultaten vermeld. De data worden gesynthetiseerd in tabellen.

5.2. KWALITATIEF BESCHRIJVEND ONDERZOEK

Het tweede luik van deze thesis betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek met als doel de huidige samenwerking tussen geriaters en huisartsen in Vlaanderen in kaart te brengen. Via interviews wordt specifiek bevraagd via welke kanalen deze samenwerking verloopt, hoe artsen deze ervaren, en in welke mate zij tevreden zijn over het huidige verloop. Daarnaast wordt nagegaan welke aspecten van de samenwerking als positief worden ervaren, waar de knelpunten zich bevinden, en welke barrières een vlotte samenwerking bemoeilijken. Ook wordt er gepeild naar de mogelijke behoefte aan meer of een andere samenwerking, evenals thema's die relevant kunnen zijn voor toekomstige samenwerking.

Via semigestructureerde interviews met open vragen, gebaseerd op een vooraf opgestelde vragenlijst (zie Bijlage 2: Vragenlijst) werden er telefonisch of live interviews afgenomen. Van elke deelnemer werd aanvullende contextuele informatie verzameld, met name: anciënniteit als arts (huisarts of geriater) en werkregio. Voor de huisartsen werd aanvullend het type praktijk en aanwezigheid van een coördinerend raadgevend arts (CRA) binnen de praktijk bevraagd. De deelnemers werden gerekruteerd door persoonlijke benadering via e-mail, op basis van beschikbaarheid en bereidheid tot deelname.

Voor de analyse werd gebruikgemaakt van de framework analysis-methode. Er werd gekozen voor een deductieve benadering, waarbij de thema's uit de vragenlijst als uitgangspunt dienden voor de analyse. Na grondige lezing van de transcripties werden deze gecodeerd op basis van het thematisch kader. De bevindingen werden vervolgens samengevat in een matrix, opgesteld in Microsoft Excel, aangevuld met relevante quotes. Op basis van deze matrix werd gezocht naar terugkerende patronen, overeenkomsten en verschillen tussen de deelnemers.

De deelnemers werden gepseudonimiseerd: de codering van deelnemers werd uitgevoerd op basis van specialisme van de deelnemer en volgorde van interview. Hierbij werd de code “H” (huisarts) of “G” (geriater) toegekend, gevolgd door een volgnummer (bijvoorbeeld H1, G2). Er werden geen persoonsgegevens opgenomen die rechtstreeks herleidbaar zijn tot de identiteit van de respondenten.

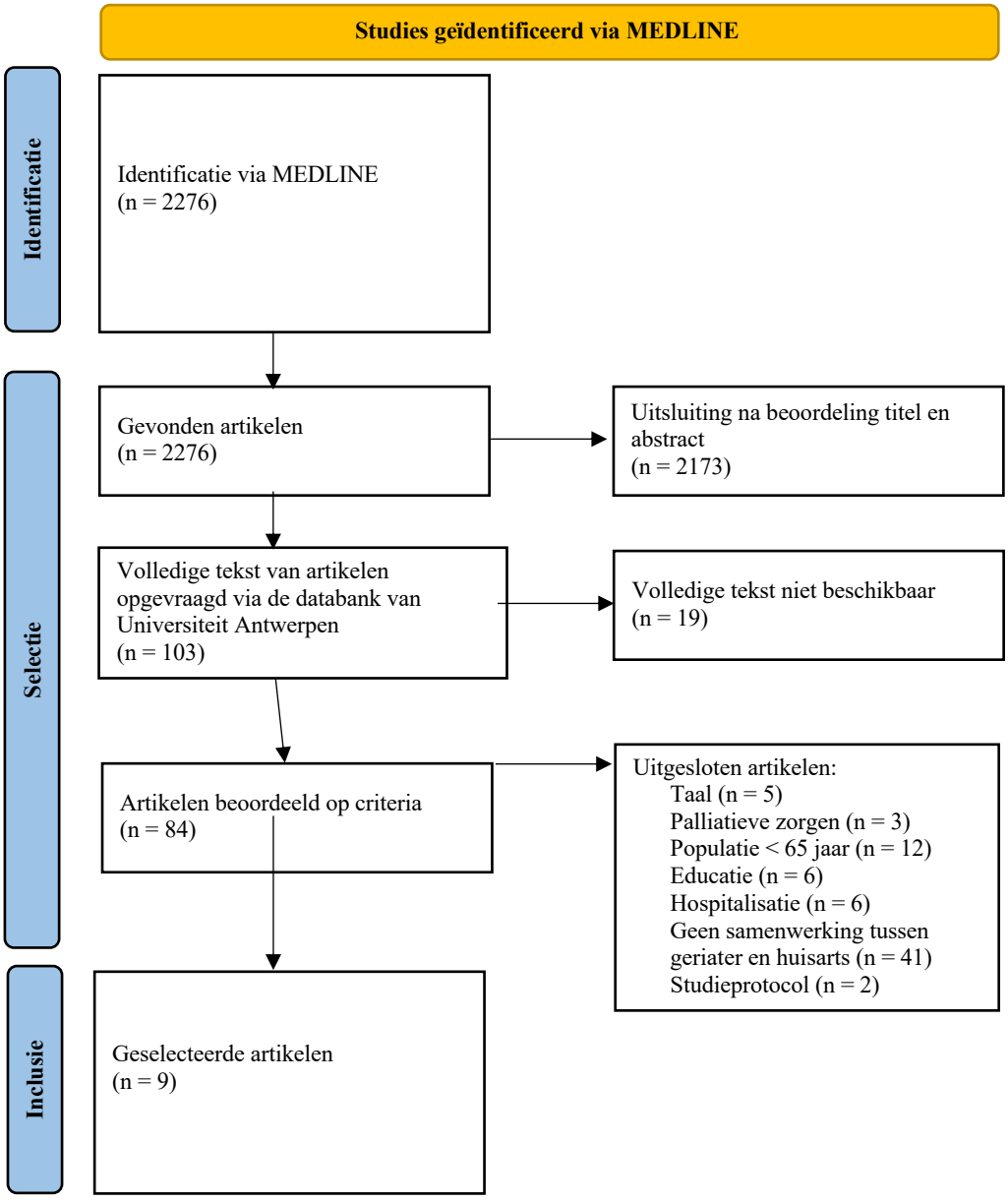
Het verzamelen van data werd verricht volgens GDPR-richtlijnen. De gepseudonimiseerde analyse-output wordt gedurende twintig jaar bewaard in een beveiligde Teams-omgeving. Enkel de promotoren hebben toegang tot deze data. Voor dit onderzoek werd op 3 maart 2025 goedkeuring verkregen van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen onder het projectnummer 5094.

6. Resultaten

6.1. LITERATUURSTUDIE

Zoals weergegeven in

Figuur 1 werden er met behulp van de zoekstring 2276 artikels geïdentificeerd, waarvan er 103 op basis van titel en abstract werden geselecteerd voor verdere beoordeling. Na het doornemen van de volledige tekst, voldeden uiteindelijk negen studies aan de vastgestelde criteria. Een overzicht van het selectieproces van de artikelen wordt gepresenteerd in Figuur 1.



Figuur 1: PRISMA Flowchart van de studieselectie

Een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de geïncludeerde studies wordt weergegeven in **Error! Reference source not found.**. De meeste studies werden uitgevoerd in Europa (

Nederland, Spanje, Noorwegen, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk), alsook een project in Canada (waarvan twee studies werden geïncludeerd) en een onderzoek uit Nieuw-Zeeland De gebruikte onderzoeksmethoden zijn gevarieerd, gaande van cluster gerandomiseerd onderzoek met controlegroep tot pre-post onderzoeken en een casestudy.

Er zijn tweemaal twee artikelen van dezelfde auteur geïncludeerd. De artikelen van Ruikes et. al (18-20) zijn geschreven en gepubliceerd in het kader van een doctoraat (21) over het geïntegreerd eerstelijnsprogramma CareWell. De artikelen die geïncludeerd zijn bespreken het effect op zorg en de kosteneffectiviteit van dit programma. De onderzoeken van Lee et al. (22, 23) zijn qua studieopzet beiden gelijkaardig. Ze beschrijven de perceptie van samenwerking tussen huisartsen en geriaters binnen de eerstelijnsgeheugenklinieken, zonder klinische uitkomsten te evalueren.

In Tabel 2 wordt de context van het onderzoek weergegeven. De populatie, de samenwerkingsmodellen en de opvolging gedurende het onderzoek worden vermeld. Gezien de onderzoeken van Lee et al. (22, 23) de perceptie van samenwerking beschrijven, is voor deze studies de populatie en de duur van de studie niet verder gespecifieerd. In de overige studies wordt in het merendeel de populatie specifiek geselecteerd op basis van verblijfplaats (n=5): drie studies focussen op thuiswonende ouderen en twee studies op ouderen in residentiële setting. De opvolging van de studies varieert tussen 3 en 12 maanden. Wat betreft samenwerking en de deelnemers aan deze samenwerking, kunnen deze in de volgende categorieën opgedeeld worden: multidisciplinair overleg (n = 4) (19, 20, 24, 25), bilateraal overleg (n = 2) (26, 27), eerstelijnsgeheugenklinieken onder supervisie geriater (n = 2) (22, 23) en als mobiel team (n = 1) (28). Als onderdeel van de samenwerking bij het mobiel team wordt een telefonische hulpdienst beschreven. Bij multidisciplinair overleg is er naast de huisarts en geriater altijd een verpleegkundige of praktijkondersteuner aanwezig. Andere disciplines die vermeld worden zijn: kinesist, maatschappelijk werker, apotheker en casemanager. Het mobiel team werkt met een interdisciplinaire insteek, maar vertrekt vanuit een team tweedelijnsspecialisten (geriater, infectioloog en palliatief arts) die werken in overleg met de huisarts (28).

T**Error! Reference source not found.** vat de doelstellingen van de geïncludeerde studies samen, e venals de gebruikte interventies en gerapporteerde uitkomsten. De doelstelling van de studies op samenwerking kan ingedeeld worden in volgende groepen, waarbij sommige artikelen meerdere doelstellingen beschrijven:

- Kosteneffectiviteit (n=2)
- Invloed op gezondheidskwaliteit (n=3)
- Analyse (n=2)

- Effect op verwijzingen naar spoedgevallen (n=1)
- Beschrijving ervaring tijdens pandemie uitbraak (n=1)
- Verkennen van mogelijke samenwerking (n = 1)

De interventie en uitkomst(en) van de geselecteerde studies kunnen als volgt worden samengevat. In 5 van de 9 studies wordt medicatiereview samen met de geriater als interventie beschreven, waarbij de uitkomst “minder” of “geschikter” medicatiegebruik wordt vermeld, alsook lagere kosten, en een hoog aantal medicatieaanpassingen (25-27). Concreet nam het medicatiegebruik in de studie van Molist-Brunet et al. met gemiddeld 15% af (25). Romskaug et al. beschrijft eveneens een hogere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL), gemeten door het 15D instrument (29), na deze medicatiereview.

Verder blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen en geriaters als waardevol wordt gerapporteerd en dat het de zorgcoördinatie ten goede komt (22-24, 26-28), waaronder een lager aantal spoedverwijzingen.

In een aantal studies is sprake van niet-significante verschillen na interventie. Zo tonen de CareWell-studies, Molist et al. en Connoly et al., geen significante klinische verschillen, kosteneffectiviteit of een afname in hospitalisaties na interventie (19, 20, 25). Verder is financiering voor een samenwerkingsproject (en hierdoor de verloning van de zorgverleners) niet altijd vanzelfsprekend en is er nood aan een duidelijke rolverdeling en structuur voor de samenwerking (22, 23).

Tabel 1: Overzicht van geïncludeerde studies met publicatiejaar, land, studieontwerp, deelnemers en uitkomst

Auteur	Jaar	Land	Studiedesign	Deelnemers en samenwerking	Uitkomst
F. G. H. Ruikes et al. #1 (20)	2018	Nederland (Nijmegen)	Cluster gecontroleerd effectiviteitsonderzoek	Multidisciplinair overleg (huisarts, praktijkondersteuner, ouderenspecialist, kinesist en maatschappelijk werker)	Zorgprogramma niet significant kosteneffectief
F. G. H. Ruikes et al. #2 (18, 19)*	2016	Nederland (Nijmegen)	Niet-clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek	Multidisciplinair overleg (huisarts, praktijkondersteuner, ouderenspecialist, kinesist en maatschappelijk werker)	Geen significante impact op preventie van negatieve uitkomsten
L. Lee et al. #1 (23)	2019	Canada	Beschrijvend onderzoek	Huisartsen met extra opleiding werkende in geheugenklinieken in de eerste lijn met geriaters als supervisie	Samenwerking waardevol Gebrek aan structuur en rolverdeling Gebrek aan financiering
L. Lee et al. #2 (22)	2015	Canada (Ontario)	Mixed-methods onderzoek	Huisartsen met extra opleiding werkende in geheugenklinieken in de eerste lijn met geriaters als supervisie	Positieve ervaringen over samenwerking Gebrek aan financiering
M. J. Connolly et al. (24)	2018	Nieuw-Zeeland (Auckland)	Pre-post onderzoek	Multidisciplinair overleg (huisarts, geriater, verpleegkundige, apotheker en casemanager)	Verbeterde zorgcoördinatie Vermindering van spoedverwijzingen, geen vermindering van hospitalisaties
N. Molist-Brunet et al. (25)	2022	Spanje (Catalonië)	Quasi-experimenteel ongecontroleerd pre-post onderzoek	Multidisciplinair overleg (Huisarts en verpleegkundige, samen met een consulterend geriater en apotheek)	Minder medicatiegebruik, Lagere kosten Geen klinische verbeteringen
P. Poupin et al. (28)	2021	Frankrijk (Tours)	Casestudy	Mobiel team (geriater, infectioloog, palliatieve zorgen) met overleg huisarts	Beoordeling medische beslissingen en gepaste hospitalisaties
R. Romskaug et al. (26, 30)*	2020	Noorwegen (Oslo)	Clustergerandomiseerd onderzoek met controlegroep	Overleg geriater en huisarts	Hogere gezondheidskwaliteit Geschikter medicatiegebruik Tijdrovend

					Gemeenschappelijk plan en implementatie van medicatieveranderingen
S. C. Lea et al. (27)	2017	Verenigd Koninkrijk (Stoke-on-Trent)	Haalbaarheidsstudie	Overleg geriater en huisarts	Hoog aantal medicatieaanpassingen, hoge implementatie van aanbevelingen Positieve samenwerking huisarts en geriater

***** *Studieprotocol gepubliceerd*

Tabel 2: Context – Doelstelling, interventie, populatie en opvolging

Auteur	Doelstelling	Interventie	Populatie	Opvolging
F. G. H. Ruikes et al. #1 (20)	Kosteneffectiviteit multidisciplinair eerstelijnszorgprogramma CareWell	Multidisciplinaire meetings, vroegtijdige zorgplanning, medicatiereview, casemanagement	Thuiswonende kwetsbare ouderen > 70 jaar (n = 536)	12 maanden
F. G. H. Ruikes et al. #2 (18, 19)	Gezondheidseffect multidisciplinair eerstelijnszorgprogramma CareWell	Multidisciplinaire meetings, vroegtijdige zorgplanning, medicatiereview, casemanagement	Thuiswonende kwetsbare ouderen > 70 jaar (n = 536)	12 maanden
L. Lee et al. #1 (23)	Analyse van samenwerking tussen geriaters en huisartsen in geheugenklinieken	Vragenlijst en interview aan huisartsen (n = 71) en geriaters (n = 21) over samenwerking binnen geheugenklinieken	Niet van toepassing	Niet van toepassing
L. Lee et al. #2 (22)	Analyse van samenwerking tussen geriaters en huisartsen in geheugenklinieken	Vragenlijst en interview aan huisartsen (n = 29) en geriaters (n = 9) over samenwerking binnen geheugenklinieken	Niet van toepassing	Niet van toepassing
M. J. Connolly et al. (24)	Effect van multidisciplinair overleg op spoedverwijzingen	Algemeen onderzoek, monitoring van parameters en multidisciplinair overleg	Ouderen in residentiële setting (n = 247)	9 maanden
N. Molist-Brunet et al. (25)	Impact van medicatiereview volgens patiëntgericht model op frailty en kosten	Medicatiereview volgens het patiëntgericht model door huisarts en verpleegkundige, samen met een consulterend geriater en apotheek	Ouderen > 65 jaar met multimorbiditeit (n = 428)	3 maanden
P. Poupin et al. (28)	Beschrijving ervaring mobiel multidisciplinair team tijdens pandemie uitbraak	Beheer Covid-19 uitbraak woonzorgcentrum door mobiel team: outbreak management en telefonische hulpdienst	Ouderen in residentiële zorg	Niet van toepassing
R. Romskaug et al. (26, 30)	Effect geriatrische beoordeling en medicatiereview op gezondheidskwaliteit	Geriatrische beoordeling en medicatiereview door geriater, overleg geriater met huisarts	Thuiswonende ouderen met polyfarmacie (n = 174)	16 en 24 weken
S. C. Lea et al. (27)	Verkennen van bereidheid huisarts tot samenwerking rond medicatiereview	Geriatrische beoordeling en aanbevelingen medicatieaanpassingen, overleg huisarts	Ouderen > 65 jaar die > 8 medicaties gebruiken (n = 186)	6 en 12 maanden

6.2. INTERVIEWS

Er werden drie huisartsen en drie geriaters geïnterviewd na verkrijgen van geïnformeerde toestemming. De interviews vonden plaats in persoon tussen 11 en 24 maart 2025, duurden gemiddeld 14 minuten en werden na opname woordelijk getranscribeerd. De anciënniteit van de huisartsen varieerde tussen 2 en 10 jaar, met een gemiddelde werkervaring van 5,5 jaar. Bij de geriaters varieerde de anciënniteit tussen de 1,5 en 13 jaar, met een gemiddelde werkervaring van 6,8 jaar. Vier van de respondenten zijn werkzaam in provincie Limburg, de twee overige in de provincie Vlaams-Brabant. Alle huisartsen waren actief binnen een groepspraktijk, waarvan één een CRA werkzaam had in de praktijk. Uit de analyse kwamen de volgende vier thema's naar boven: 'samenwerking tussen huisartsen en geriaters', 'onderlinge communicatie', 'verloop van de samenwerking' en 'tips om de samenwerking te verbeteren'. De structuur van de interviews en de beperkte schaal van de studie maakten het mogelijk om de analyse handmatig en systematisch uit te voeren via Microsoft Word en Microsoft Excel en werd het gebruik van gespecialiseerde software niet als noodzakelijk beschouwd.

Huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters

De deelnemers geven aan dat in de praktijk de samenwerking tussen huisartsen en geriaters vooral verloopt via telefonisch overleg, schriftelijke communicatie en/of verwijzingen (naar het geriatrisch dagziekenhuis of raadpleging). Hoewel een structurele samenwerking vaak ontbreekt - op overlegmomenten tussen geriaters en CRA's na - blijkt uit de interviews dat er in concrete casussen wel overleg plaatsvindt. Daarnaast geven ze aan dat er initiatieven in ontwikkeling zijn die mikken op een meer geïntegreerde samenwerking tussen beiden.

Verwijzingen naar dagziekenhuis en raadpleging

De verwijzingen naar het geriatrisch dagziekenhuis wordt door huisartsen als nuttig ervaren voor minder subacute problematieken of polypathologie.

> "Je kan mensen ook naar het geriatrisch dagziekenhuis sturen als je soms ook wat polypathologie hebt of niet goed weet wat je moet aanvangen." (H1)

> "Er is ook wel het geriatrisch dagziekenhuis, wat ook wel fijn is dat dat bestaat. Dat je zaken die niet zo dringend zijn om langs spoed te gaan, de dag zelf nog of dag nadien een afspraak kan geven voor dagopname." (H3)

Overlegmomenten met CRA's en transmurale zorg

Uit de interviews met de geriaters blijkt dat er structureel overlegmomenten zijn met CRA's. Deze worden gezien als momenten om praktische afspraken te maken en de zorgaanpak op elkaar af te stemmen indien nodig.

"We hebben om de zoveel maanden tussen onze dienst geriatrie en de CRA's van de regio [...] overlegmomenten om daar afspraken te maken of dingen te benoemen" (G1)

"Met de woonzorgcentra hebben we ook soms een overleg 4-5 keer per jaar, en daar zitten dan de CRA's en directie van het woonzorgcentrum in." (G3)

Daarnaast lopen er verschillende proefprojecten vanuit de geriatrische dienst in het kader van transmurale samenwerking te faciliteren. Eén van die voorbeelden die de geriaters aangaven was het opstarten van een zorgpad voor osteoporose of het bezoeken van een woonzorgcentrum door de geriater.

"We proberen een project op te starten om naar minstens één woonzorgcentrum te gaan voor consultaties en dat dan uit te breiden naar verschillende centra. [...]" (G2)

"We zijn hier ook bijvoorbeeld bezig met een osteoporose zorgpad […] en daar proberen we ook een van de huisartsen mee te betrekken." (G3)

Onderlinge communicatie

Telefonisch overleg blijkt een belangrijke pijler te zijn in de huidige samenwerking tussen huisartsen en geriaters. Zowel huisartsen als geriaters geven aan dat dit contact meestal laagdrempelig is en op ad hoc basis wordt georganiseerd:

"Als ik vastzit over een patiënt, dan bel ik die wel eens." (H1)

"Ik neem meestal rechtstreeks contact op met het geriatrisch secretariaat en dan rechtstreeks doorverbonden te worden met de geriater." (H2)

"Vandaag heb ik bijvoorbeeld wel nog gebeld voor een patiënt die opgenomen is, om even te horen hoe de toestand is en wat de prognose is. Dan zijn ze wel gemakkelijk te bereiken via het secretariaat." (H3)

De geriaters geven eveneens aan dat de samenwerking met huisartsen vooral telefonisch gebeurt, het vaakst in het kader van opnames via het dagziekenhuis of patiënten. Ze geven aan dat dit voornamelijk nodig is voor de opvolging na een ontslag of bij overlijden van een patiënt:

"Voor het dagziekenhuis is wel de voorwaarde dat we telefonisch contact hebben ervoor. Dat weten de verpleegkundigen van het dagziekenhuis ook, zij gaan alleen patiënten inschrijven als de patiënt met ons besproken is." (G1)

" … In bepaalde palliatieve situaties of uitzonderlijke omstandigheden dan bellen wij de huisarts actief op om een ontslag voor te bereiden…" (G1)

"We koppelen ook terug als iemand overleden is, dan proberen we altijd te bellen." (G3)

Naast de telefonische contacten is de schriftelijke communicatie een tweede belangrijke manier van samenwerking tussen geriaters en huisartsen. Voor huisartsen zijn de verslagen een primaire bron van informatie na ziekenhuisopname. Deze verslagen bieden voldoende uitgebreid en duidelijke informatie en dat wordt best behouden.

"Geriatrie, die maken over het algemeen ook wel altijd goede verslagen, dus daar heb je ook wel veel aan." (H1)

"Wij krijgen verslagen binnen via het ziekenhuis, dat lezen wij. Als er onduidelijkheden zijn, nemen we contact op met hun." (H2)

Verloop van samenwerking

De algemene indruk van de samenwerking tussen huisartsen en geriaters is positief. De samenwerking wordt door de meeste respondenten omschreven als vlot of goed, zowel van het perspectief van de huisartsen als de geriaters. De tevredenheid wordt vooral gedreven door de manier van communicatie, die over het algemeen als aangenaam wordt ervaren.

"Die contacten met de huisartsen zijn dan quasi altijd positief, dat is altijd aangenaam, dat zijn nooit vervelende gesprekken of zo." (G1)

"Een hele aangename samenwerking." (G3)

Bij het doorvragen blijkt dat respectvolle communicatie een belangrijke factor is.

"Als zij niet vriendelijk zullen zijn of snel zeggen van 'allez collega, wat heb jij gedaan' en dan durf je niet te bellen." (H1)

"Dat ze luisteren naar het verhaal en niet te rap proberen af te wimpelen." (H2)

De duidelijke communicatie en uitgebreidheid van advies (zowel telefonisch als in de verslagen) wordt door huisartsen geapprecieerd.

"Ik ben altijd heel tevreden als ze een uitgebreid verslag sturen." (H1)

"Voor alle vragen kan je wel terecht bij de geriaters, meestal geven ze ook wel heel deftig advies." (H2)

De mate waarin collega's bereikbaar zijn, speelt een belangrijke rol in de samenwerking. Dat geriaters vlot telefonisch te bereiken zijn, verlaagd de drempel voor overleg.

"Ik denk het feit dat je weet dat ze vriendelijk zijn, laagdrempelig te bereiken zijn, ook gemakkelijk durft van: ik pak de telefoon en ik bel hen even." (H1)

"Telefonisch gemakkelijk bereikbaar zijn om iets te bespreken." (H3)

"De bereikbaarheid, dat we goed kunnen overleggen, dat het aangenaam is." (G3)

Ondanks de overwegend positieve ervaringen, wordt de samenwerking soms als oppervlakkig ervaren en verschilt de ervaring tussen collega's.

"Ik heb zelf het idee dat dat nog redelijk oppervlakkig is op dit moment. [...] maar als ik dan contact heb, is dat contact over het algemeen wel goed" (G2)

"Wel redelijk goed. [...] het hangt inderdaad een beetje af van huisarts tot huisarts." (G3)

Individuele relaties tussen geriaters en huisartsen lijken een element te zijn om de drempel voor overleg te verlagen en de samenwerking positief te beïnvloeden.

"Er zijn wel huisartsen waar ik de drempel ook wel lager leg om ze te contacteren omdat ik weet dat die daar ook zelf heel erg voor openstaan om gecontacteerd te worden." (G2)

"Er zijn een aantal huisartsen [...] die me persoonlijk bellen omdat ze me kennen." (G1)

De huisartsen geven aan dat ze zeer tevreden zijn over de samenwerking met geriaters die hulp bieden in de aanpak van polyfarmacie door de medicatielijst bij opname of dagziekenhuis na te gaan.

"Wat ze goed doen is de medicatielijst altijd goed doornemen en alle overbodige medicatie eruit halen." (H1)

"De medicatielijst is opgekuist." (H3)

Vanuit het perspectief van de geriater wordt opgemerkt dat wanneer de huisartsen het initiatief nemen tot contact of verwijzing, ze een gevoel krijgen van vertrouwen en erkenning over hun rol.

"Het is natuurlijk altijd aangenaam als mensen mij contacteren omdat ze vertrouwen hebben in mij, dat is dan positief." (G1)

"Zoals ik al net zei, het goed contact met bepaalde huisartsen, dat is aangenaam en dat je vertrouwen krijgt als geriater van de huisarts." (G2)

Ondanks de positieve ervaringen, leeft het gevoel dat de zorg gefragmenteerd is. Zorgverleners hebben het gevoel dat ze eerder naast elkaar dan met elkaar werken, wat de samenwerking kan bemoeilijken.

"Ik vind dat de zorg een beetje verbrokkeld is en dat iedereen zijn eigen ding doet." (G2)

"Alles met de zorg is heel versnipperd (...), op den duur begin je dan elkaar tegen te werken, en dat is heel jammer." (G2)

Tips ter verbetering van samenwerking

Hoewel de meeste respondenten over het algemeen positief zijn over de samenwerking, worden er zowel door huisartsen als geriaters verschillende concrete verbetervoorstellen voorgesteld.

Organisatorische obstakels

Bij de huidige samenwerking geven zowel geriaters als huisartsen aan dat - ondanks de tevredenheid over de laagdrempelige telefonische overlegmogelijkheid - de bereikbaarheid toch een barrière vormt om contact op te nemen, vooral na kantooruren.

"Wat we soms als opmerking krijgen is dat we niet altijd even bereikbaar zijn. Maar wat wij dan altijd terugkoppelen is dat huisartsen volgens ons ook niet goed bereikbaar zijn." (G1)

"Op sommige momenten zijn ze gemakkelijker te bereiken dan anderen en na 17u is het soms moeilijk om een geriater van wacht te kunnen vastkrijgen om iets te vragen of een overleg te plannen." (H2)

Vooral bij geriaters wordt aangehaald dat een uitgebreidere samenwerking – bijvoorbeeld een nauwere samenwerking met rusthuizen – tijd en logistieke middelen vergt. Dit is met de huidige werkdruk niet vanzelfsprekend.

"[…] Vooral voldoende mankracht of vrouwkracht om die functie dan goed te kunnen uitvoeren." (G1)

"Dat vergt natuurlijk ook wel wat tijd en management om dat allemaal geregeld te krijgen (...)" (G2)

Praktische obstakels

Vooral geriaters ervaren een belangrijke barrière in samenwerken door het ontbreken van een gedeeld elektronisch dossier. Het is niet mogelijk voor huisartsen om het verloop van de ziekte en behandeling te volgen tijdens opname, en geriaters hebben geen toegang tot het dossier van de huisarts. Medicatieschema's en voorschrijfverleden wordt niet doorgegeven.

"Ons dossier is niet zichtbaar voor de huisarts en omgekeerd ook niet [...]. De huisarts vult medicatie in, maar dat komt niet goed tot bij ons." (G2)

"Dat systeem waardoor we ook andere ziekenhuizen kunnen bekijken, dat is gewoon een beetje log [...], dat dat niet zo toegankelijk is [...], waardoor medicatiefouten toch meer zouden voorkomen kunnen worden. […] We kunnen in heel veel andere ziekenhuizen eigenlijk gemakkelijker aan dossiers dan bij huisartsen." (G3)

Geriaters benadrukken de nood aan een betere overdracht tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg op systematische wijze, zowel wat betreft zorg maar ook het functioneren van de patiënt in thuissetting.

"We moeten de drempel echt verlagen en de overdracht tussen de muren meer systematisch maken." (G2)

"We zijn meer open om geriatrische zorg buiten het ziekenhuis toe te staan en dat niet te zien als bemoeienis (...)." (G1)

"Hoe de patiënten ervoor functioneren, dat dat soms ook gemakkelijk zou zijn als daar iets van info zou meegegeven worden *(...)."* (G3)

Het ontbreken van een gedeeld elektronisch dossier wordt bij huisartsen en geriaters gemist in het terugkoppelen van bepaalde beslissingen, voornamelijk rond DNR-beleid.

"DNR-beleid zou ik graag wel meer overleg over hebben, want dat wordt niet automatisch aan ons doorgegeven." (H3)

"We merken wel dat vaak, als wij dat bespreken met de familie (...), dat wordt niet teruggekoppeld naar de huisarts." (G3)

Verder geven geriaters aan dat sommige medicatie-adviezen of specialistische aanbevelingen niet altijd worden opgevolgd.

"Als we bepaalde dingen of andere artsen dan adviezen lees (...), dat dat niet altijd gebeurt." (G1)

"En medicatie loopt soms ook wel, maar dat is dan weer in twee richtingen (...), dat er dan toch weer medicatie gestart werd die wij dan eerder gestopt waren of zo." (G3)

Vooroordelen bij samenwerking

Geriaters merken dat niet alle huisartsen openstaan voor samenwerking en dat sommige huisartsen zich tegen structurele samenwerking verzetten, al dan niet omwille van de perceptie van controleverlies.

> "Wat we ooit voorgesteld hebben is advies geven in rusthuizen over polyfarmacie, maar dat stootte toen op redelijk wat weerstand. (...)" (G1)

> "Er is een huisartsenpopulatie die heel erg op zichzelf wil doen en dat zo een beetje ziet als bemoeienis als de specialist er dan tussenkomt." (G2)

Bijscholingen

Door huisartsen wordt benadrukt dat er interesse is in bijscholingen gericht op geriatrie, zowel om de kennis rond bepaalde onderwerpen te verbeteren, als het collegiale aspect.

> "Zo een bijscholing van de geriaters vind ik ook wel interessant (...). Door een geriater heb ik eigenlijk nog nooit veel bijscholingen gehad." (H1)

> "Misschien zou het wel zinvol zijn, nu je het vraagt, dat ze nog eens een bijscholing geven. Want die connectie is er precies niet vaak." (H3)

Structurele uitbreiding van samenwerkingen

Bij het bevragen welke onderwerpen de respondenten waardevol en relevant vonden voor verdere samenwerking, kwamen drie hoofdthema's naar voren: osteoporose en valpreventie, polyfarmacie en vroegtijdige zorgplanning.

<u>Osteoporose en valpreventie</u>

Zowel huisartsen als geriaters erkennen het belang van vroegtijdige detectie en preventie van valincidenten, zeker bij kwetsbare ouderen. Huisartsen geven aan dat geriaters verder staan in het opsporen van deze problematiek, maar er is interesse om dit gezamenlijk aan te pakken. Geriaters geven aan dat een initiële screening en na diagnose het opvolgen van medicatie en bewegingsadvies, een taak is die door de huisarts uitgevoerd kan worden.

> "Vallen vind ik ook wel een interessante. Ik vind dat zij daar ook wel snel op inpikken terwijl wij dat als huisarts soms wel lang laten liggen." (H1)

> "Osteoporosezorg al op tijd detecteren. Ik denk dat dat een belangrijke functie is voor de huisarts, die ze dan naar ons kan verwijzen." (G1)

> "Het management hiervan is niet altijd gemakkelijk vanuit het ziekenhuis. Dan is het fijn als we daar een goede samenwerking rond hebben met de huisartsen." (G2)

<u>Polyfarmacie en medicatiereview</u>

Vooral huisartsen geven aan dat de aanpak van polyfarmacie een meerwaarde kan zijn in samenwerking met de geriater. Als patiënten verschillende specialisten raadplegen, kan dit leiden tot conflicterende behandelingen. Huisartsen hebben het gevoel dat samenwerking met geriaters

over dit onderwerp een meerwaarde kan geven gezien geriaters ervaring hebben met polypathologie en bijgevolg polyfarmacie.

"Polyfarmacie vind ik wel een goede, sommige mensen hebben een hele lijst medicatie (...)." (H1)

"Waarom moeten al die medicamenten nog ingenomen worden (...)? Iedereen heeft zijn eigen hokje." (H2)

Vroegtijdige zorgplanning en DNR-beleid

Naast het doorgeven van het DNR-beleid transmuraal als verbetering van samenwerking, wordt aangegeven dat dit thema een belangrijk onderwerp is voor nauwere samenwerking gezien de huisarts vaak de vertrouwenspersoon is van de patiënt en diens familie:

"DNR-beleid zou ik graag wel meer overleg over hebben" (H3)

"Over vroegtijdige zorgplanning, daar is de huisarts belangrijk omdat die heel de voorgeschiedenis heel goed weet en ook heel de context kent." (G3)

7. Discussie

Tijdens de literatuurstudie werden negen studies geïdentificeerd die een samenwerkingsmodel tussen geriaters en huisartsen in ambulante setting beschrijven. Deze bevindingen werden aangevuld met kwalitatieve interviews met drie huisartsen en drie geriaters in Vlaanderen. Hierbij werd gepeild naar de huidige samenwerking, onderlinge communicatie, verloop van de samenwerking en tips om de samenwerking te verbeteren. Zowel de uitkomsten van de samenwerkingsmodellen in de literatuur als de thema's die tijdens de interviews naar voren kwamen, worden belicht.

7.1. TYPOLOGIE VAN SAMENWERKINGSMODELLEN

Multidisciplinair overleg

Vier van de negen geïncludeerde studies beschrijven een multidisciplinair teamoverleg als samenwerkingsvorm. Dit is een gepland overleg over een patiënt en wordt (in 3 van de 4 studies) systematisch herhaald. Verschillende disciplines nemen deel, waarbij in de geselecteerde artikelen naast de geriater en de huisarts een verpleegkundige aanwezig is. Er werd geen multidisciplinair overleg in ambulante setting in Belgische context beschreven in de inclusie van artikelen. Wel bestaat er dergelijk multidisciplinair overleg binnen de ziekenhuissetting, de zogenaamde interne liaison. Hierbij wordt door een geriatrisch multidisciplinair team interne expertise verleend aan alle opgenomen 75-plussers, ook diegenen die niet op een geriatrische dienst verblijven (4). In onderzoek naar de aanwezigheid van verschillende zorgverleners binnen interne liaison is de zaalarts de hoofddeelnemer (31, 32). Uit de interviews blijkt dat een

multidisciplinair overleg niet aangehaald wordt als samenwerkingsmodel tussen huisartsen en geriaters.

Bilateraal overleg

Directe, geplande samenwerking tussen huisartsen en geriaters (zonder aanwezigheid van andere disciplines) werd in 2 van de 9 studies beschreven. Mits de samenwerking gestructureerd is, lijkt dit samenwerkingsmodel ook waardevol (33, 35). Tijdens de interviews werd aangegeven dat dit soort samenwerkingsmodel tussen CRA's en geriaters wel voorkomt.

Eerstelijnsgeheugenklinieken

Door Lee et al. wordt de werking van eerstelijnsgeheugenklinieken beschreven in Canadese context (22, 23). In deze setting worden ouderen met geheugenproblemen gediagnosticeerd en behandeld door artsen met een huisartsenopleiding en een extra opleiding met betrekking tot geriatrie. Deze huisartsen zijn niet noodzakelijk de vaste huisarts van de patiënt. Geriaters en gerontopsychiaters worden gekoppeld aan dit initiatief om te superviseren en eventuele vragen te beantwoorden. In Belgische context worden dagziekenhuizen of geheugenklinieken niet vanuit eerstelijnszorg georganiseerd, maar net vanuit tweedelijnszorg. De geheugenstoornissen moeten door een geriater, neuroloog of psychiater gediagnosticeerd worden (33). In de praktijkbevraging geven huisartsen aan dat een verwijzing naar het dagziekenhuis net erg nuttig kan zijn en dit regelmatig de aanleiding geeft om telefonisch contact te leggen met een geriater. Eerder onderzoek over dagziekenhuizen in België geeft aan dat huisartsen niet altijd tevreden zijn over de werking door gebrek aan samenwerking en communicatie. De coördinerende rol van huisartsen in het zorgproces zou in het gedrang komen (34). Deze bezorgdheid wordt niet bevestigd door de bevraagde huisartsen, maar geriaters signaleren wel dat er bij sommige huisartsen terughoudendheid bestaat ten aanzien van intensievere samenwerking. Verder onderzoek naar de verwachtingen van zowel huisartsen als geriaters ten aanzien van samenwerking lijkt wenselijk om deze dynamiek beter te begrijpen en aan te pakken.

Mobiel team

Een ander model dat wordt besproken, is de inzet van mobiele teams, zoals beschreven door Poupin et al. tijdens een COVID-19-uitbraak in een woonzorgcentrum in Frankrijk. Mobiele teams, bestaande uit ziekenhuisspecialisten, worden beschreven als een geschikte manier om aan acute zorgnoden te voldoen en de integratie tussen rusthuizen en ziekenhuizen te versterken (28, 35). Franse huisartsen geven echter aan dat er interesse is in een uitbreiding van zulk samenwerkingsverband naar zorg voor ouderen met cognitieve stoornissen en gedragsproblemen (36). Eveneens loopt er in Australië een project waarbij een geriatrische

'outreach' in residentiële zorginstellingen na hospitalisatie minder gebruik van ziekenhuisdiensten aantoonde (37). Een mobiel team of geriatrisch outreach-project voor woonzorgcentra betreffende medische zorg is officieel nog niet beschikbaar in Vlaanderen. Ontwikkelingen zijn echter volop bezig: in het voorjaar van 2025 wordt door Pentalfa een webinar over dit onderwerp georganiseerd (38) en vanuit de geriaters werd aangegeven dat er verschillende proefprojecten lopen vanuit de geriatrische dienst om een transmurale samenwerking op te starten.

Telefonische hulpdienst en telecommunicatie

Een telefonische hulpdienst wordt beschikbaar gesteld in de interventie van Poupin et al., zonder hiervan verdere details van gebruik te vermelden (28). Uit de interviews blijkt dat telefonisch contact op een ad hoc basis het meest wordt gebruikt als middel van samenwerking tussen Vlaamse huisartsen en geriaters. In Lee et al. (23) worden teleconsultaties tussen huisarts en specialist als een alternatief voorgesteld om efficiënt te communiceren, tijdig ondersteuning te krijgen in het kader van consultaties en minder doorverwijzingen naar tweede lijn te verwezenlijken. In dit onderzoek is er echter geen enkele studie die enkel de samenwerking beschrijft binnen de samenwerking van geriaters en huisartsen in ambulante setting, terwijl deze methode informeel wordt toegepast (39). Het voordeel van teleconsultaties is dat deze minder intens zijn dan een fysiek consult of overleg. De samenwerking voor de zorgverleners is daarbij laagdrempelig, dit komt ook naar voren uit de ervaringen van de respondenten. Het is echter moeilijk om definitieve diagnoses te stellen of een patiënt klinisch in te schatten enkel door teleconsultaties (40). Andere valkuilen van telefonisch overleg die naar voren kwamen vanuit de interviews zijn dat de bereikbaarheid en de afhankelijkheid van persoonlijk contact en vertrouwen tussen de artsen.

7.2. RESULTATEN EN THEMA'S UIT LITERATUUR EN INTERVIEWS

Klinische uitkomsten van samenwerkingsmodellen

Binnen vier van de negen geïncludeerde studies was er geen significante impact op klinische uitkomsten, ziekenhuisopnames of kosteneffectiviteit (19, 20, 24, 25). Enkel bij Romskaug et al. werd een significante verbetering van gezondheidskwaliteit aangetoond na medicatienazicht door een huisarts en een geriater (26). Hierbij speelt de relatief korte duur van de studies mogelijk een rol en het moeilijk kwantitatief aantonen van het nut van samenwerkingsmodellen. Ondanks het gebrek aan klinische verbeteringen, blijven positieve signalen het potentieel van samenwerkingsmodellen aantonen.

Ervaringen van huisartsen en geriaters

In contrast tot de beperkte klinische uitkomsten van de interventie, is een terugkerend thema dat huisartsen deze interprofessionele samenwerking zeer waardevol vinden, zowel in context van multidisciplinair overleg of geheugenklinieken (22, 23, 27). Dit wordt ook gereflecteerd tijdens de bevraging: zowel geriaters als huisartsen zijn tevreden over hoe de huidige samenwerking verloopt. De redenen voor tevredenheid vanuit huisartsenperspectief zijn een respectvolle communicatie, laagdrempelige bereikbaarheid en het beschikken over uitgebreid advies. Geriaters halen tevredenheid uit het vertrouwen dat ze krijgen van huisartsen na een verwijzing.

Implementatie-uitdagingen: financiering, coördinatie en tijd

Een terugkerende uitdaging in de besproken samenwerkingsmodellen is het gebrek aan financiering en tijd voor implementatie, zoals benadrukt door Lee et al. en Romskaug et al. (22, 23, 26). Dit probleem wordt eveneens waargenomen in België. Tijdens de interviews wordt bevestigd dat tijdsdruk en logistieke aspecten een drempel vormen voor uitbreiding van samenwerking. In het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over geriatrische liaison-teams, wordt aangehaald dat de beperkte middelen de organisatie van interne geriatrische liaisons bemoeilijken en de implementatie van externe liaisons dwarsbomen (4). Structurele ondersteuning, zowel financieel als in personeelscapaciteit, is essentieel om interprofessionele zorg duurzaam te organiseren.

De interne organisatie van samenwerkingsmodellen vraagt om duidelijke afspraken over de rollen en verantwoordelijkheid van de deelnemers aan de samenwerking. Cruciaal is het aanwijzen van een duidelijke coördinator: na implementatie moeten zorgplannen worden opgevolgd en waar nodig aangepast (23, 34, 41). De nood naar coördinatie werd niet aangehaald tijdens de praktijkbeleving, mogelijks omdat de huidige samenwerking als relatief oppervlakkig wordt ervaren. Wel wordt wat betreft organisatie, het belang van een gezamenlijk dossier of inzage in elkaars dossier als cruciaal ervaren voor verbetering en mogelijke uitbreiding van de samenwerking.

Communicatie, adviesopvolging en gedeeld dossier

Een voordeel van samenwerking tussen geriaters en huisartsen is een hogere implementatie van adviezen van tweedelijnszorg in de eerstelijnszorg. Dit wordt geïllustreerd in Lea et al., waarbij 65% van de medicatie-adviezen op follow-up van twaalf maanden nog gerealiseerd waren (27). Een ander voorbeeld is Connolly et al. waar er een 31% vermindering van spoedpresentaties gemeten werd negen maanden na een multidisciplinair overleg (24). Overleg tussen huisarts en

geriater over deze adviezen of medicatiereviews zou een mogelijke oplossing zijn voor de frustratie over niet-uitgevoerde adviezen van de interne liaison (42) en bij de geïnterviewde geriaters. Dit benadrukt de noodzaak van betere samenwerking en communicatie tussen de eerste en tweede lijn en kansen om de coördinatie van zorg te verbeteren. Zowel huisartsen als geriaters geven aan dat een betere toegang tot elkaars dossiers de samenwerking zou vergemakkelijken en de opvolging van behandelingsplannen zou verbeteren, maar dat de huidige digitale structuur dit nog niet toelaat. Hierdoor worden kansen voor verdere samenwerking gemist.

Medicatiereview en polyfarmacie

Medicatienazicht is in vijf van de negen geïncludeerde studies de interventie of een onderdeel van de interventie en leidt tot een vermindering van polyfarmacie, minder ongepast medicatievoorschrijfgedrag en betere implementatie van medicatieaanpassingen (31, 33, 35). Romskaug et al. toonde als enige studie een klinisch significant voordeel: een verhoogde kwaliteit van leven (26). Respondenten benoemen dit thema spontaan als waardevol voor thema's naar verdere samenwerking toe. Een belangrijk voordeel van medicatienazicht is de relatief eenvoudige implementatie. De patiënt moet niet noodzakelijk klinisch onderzocht worden en er zijn zelden uitgebreide aanvullende onderzoeken voor nodig. De benodigde informatie komt vaak uit het patiëntendossier. Huisartsen bevinden zich in een geschikte positie om individuele opmerkingen te geven tijdens het medicatienazicht en om aan de patiënt de juiste instructies, educatie, opvolging en advies te geven (43). Bij de onderzoeken van Ruikes et al. en Molist-Brunet et al. wordt ook de apotheker bij het medicatienazicht betrokken (25, 44), maar onderzoek toont niet noodzakelijk een significant verschil in de medicatieaanpassingen bij het nazicht van een huisarts met of zonder betrokkenheid van een apotheker (45).

Hoewel medicatiereviews vaak tot minder medicatiegebruik leiden, blijven de klinische voordelen hiervan beperkt aantoonbaar. Verdere studies met een langere follow-up zijn nodig om de impact op klinische uitkomsten, zoals levenskwaliteit en functionele gezondheid, beter te beoordelen. Dit thema lijkt wel een sterke basis te vormen voor samenwerkingsmodellen tussen huisartsen en geriaters.

Valpreventie, osteoporose en vroegtijdige zorgplanning

Deze thema's komen in de literatuur minder prominent aan bod, maar worden in de interviews wel sterk naar voren geschoven als potentiële samenwerkingsonderwerpen, vooral door de unieke, nauwe relatie van de huisarts met de patiënt. Bij osteoporose en valpreventie, lijken huisartsen uitstekend geplaatst om een eerste screening uit te voeren en, indien aangewezen, door te verwijzen naar de geriater voor verdere diagnostiek en behandeling. Na het opstarten van een behandelingsplan, kan de huisarts vervolgens de therapietrouw nauw opvolgen.

Wat betreft vroegtijdige zorgplanning, blijkt in praktijk de geriater deze beslissing tijdens opname te nemen, terwijl de huisarts beter vertrouwd is met de thuissituatie en sociale context van de patiënt. Samenwerken rond deze materie lijkt wenselijk gezien de complexiteit en de ethische overwegingen van deze beslissing.

7.3. STERKTES EN BEPERKINGEN

Het onderzoek naar interprofessionele samenwerking sluit nauw aan bij actuele maatschappelijke uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de toenemende verschuiving naar ambulante zorg. Via grondig literatuuronderzoek werden diverse samenwerkingsmodellen geïdentificeerd, waarbij zowel de voordelen als beperkingen van deze modellen in kaart worden gebracht. Het belang van interprofessionele samenwerking binnen de geriatrische zorg wordt in deze literatuurstudie nogmaals bevestigd.

De bevraging van huisartsen en geriaters biedt een waardevol en uniek perspectief op de samenwerking tussen deze beroepsgroepen in Vlaanderen. Het onderzoek geeft concrete inzichten in de aspecten waarover tevredenheid bestaat, de ervaren knelpunten, bestaande barrières, en de noden en verwachtingen ten aanzien van toekomstige samenwerking. De praktijkgerichte benadering maakt aanbevelingen realistischer en vergroot de kans op acceptatie van implementatie van samenwerkingsmodellen in het veld. De resultaten bieden een basis voor toekomstig onderzoek en kunnen richtinggevend zijn voor de ontwikkeling van nieuwe samenwerkingsprojecten of beleidsmaatregelen. Een concreet voorbeeld hiervan is het opzetten van proefprojecten rond ‘geriatric outreach’ in Vlaanderen. Verder toont deze bevraging dat er wel degelijk een draagvlak is bij huisartsen en geriaters om samenwerking uit te breiden.

Een eerste limitatie van deze studie betreft de beschikbaarheid van één onderzoeker met beperkte tot geen ervaring in kwalitatief onderzoek. Daarnaast is de literatuurstudie beperkt gebleven tot één zoekmachine en zijn daarom mogelijks belangrijke publicaties gemist. De strenge inclusiecriteria maakten dat enkel de meest recente publicaties meegenomen werden, wat resulteert in een beperkt inzicht in gevonden samenwerkingsmodellen.

Daarnaast is de eerste lijn, over de verschillende landen waar onderzoek uitgevoerd is geweest, telkens anders en maakt het moeilijk om de vertaalslag te maken naar Belgisch model. Zo is er in verschillende landen is sprake van uiteenlopende taakverdelingen tussen artsen en andere (para)medische disciplines, wat invloed heeft op hoe interprofessionele samenwerking wordt vormgegeven. Hierdoor zijn de beschreven samenwerkingsmodellen niet altijd rechtstreeks toepasbaar binnen de Belgische, en meer specifiek Vlaamse, zorgcontext. Dit bemoeilijkt de vertaling van internationale inzichten naar de lokale praktijk en benadrukt het belang van aanvullend lokaal onderzoek en meer bepaalde naar de specifieke noden.

De beschikbaarheid van de respondenten was beperkt waardoor de omvang van de steekproef klein bleef. De conclusies uit de interviews geven een idee over bestaande ervaringen, maar kunnen niet veralgemeend worden.

Om een beter beeld te krijgen over de samenwerking tussen geriaters en huisartsen in de eerste lijn is het aangewezen om meer interviews af te nemen en daarbij rekening te houden met de jaren van werkervaring, verschillende settings en betere balans van vertegenwoordiging uit heel Vlaanderen. Een bredere spreiding van huisartsen over verschillende eerstelijnszones en geriaters uit meerdere ziekenhuizen zou ook kunnen bijdragen aan een ruimer en meer representatief perspectief op interprofessionele samenwerking in de geriatrische zorg.

8. Conclusie

Deze studie toont aan dat samenwerking tussen huisartsen en geriaters in de ambulante zorg veel potentieel heeft. Huisartsen en geriaters ervaren samenwerking als waardevol. Dit wordt zowel in de literatuur als in de bevraging bevestigd. Voor een meer structurelere en efficiëntere samenwerking moeten belemmeringen worden aangepakt, waarbij het ontbreken van een gedeeld elektronisch dossier als grootste praktisch obstakel naar voren komt. Een nauwere samenwerking is vooral aanbevolen binnen thema's medicatiereview, osteoporosezorg en vroegtijdige zorgplanning. Gezien de beperkte omvang van deze studie is verder onderzoek aangewezen om deze bevindingen te verdiepen en te verbreden.

9. Referenties

1. STATBEL. Population by places of residence, nationality (Belgian / non-Belgian), marital status, age and gender 2024 [updated 11/06/2024. Available from: https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=e35b8fd3-ac11-4de9-b35b-3f3d1cf8399a.
2. STATBEL. Sterftetafels en levensverwachting 2024 [updated 09/07/2024. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting.
3. World Health Organization. Ageing and Health 2024 [updated 1 oktober 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
4. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, et al. Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015. Report No.: 245A.
5. Doody P, Lord JM, Greig CA, Whittaker AC. Frailty: Pathophysiology, Theoretical and Operational Definition(s), Impact, Prevalence, Management and Prevention, in an Increasingly Economically Developed and Ageing World. Gerontology. 2023;69(8):927-45.
6. Naar een gezond België. Zorg voor ouderen: belgium.be; 2024 [updated 02/02/2024. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen.
7. Varghese D, Ishida C, Patel P, Haseer Koya H. Polypharmacy. StatPearls. Treasure Island (FL)2024.
8. Weiss CO. Frailty and chronic diseases in older adults. Clin Geriatr Med. 2011;27(1):39-52.
9. Domus Medica. Huisarts 2030. Domus Medica; 2022 06/12/2022.
10. Naar een gezond België. Beschikbaarheid van zorgpersoneel: belgium.be; 2024 [updated 25/03/2024. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/duurzaamheid-van-het-gezondheidssysteem/beschikbaarheid-van-zorgpersoneel.
11. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen P. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts en wetenschap. 2016;59(3):94-101.
12. Adams WL, McIlvain HE, Lacy NL, Magsi H, Crabtree BF, Yenny SK, et al. Primary Care for Elderly People: Why Do Doctors Find It So Hard? The Gerontologist. 2002;42(6):835-42.
13. Biomedische informatie, Koninklijke Nederlandse Vereniging van Informatieprofessionals. Search blocks 2024 [Available from: https://blocks.bmi-online.nl/.
14. Biomedische informatie, Koninklijke Nederlandse Vereniging van Informatieprofessionals. General practitioners or primary health care 2019 [Available from: https://blocks.bmi-online.nl/catalog/129.
15. Biomedische informatie, Koninklijke Nederlandse Vereniging van Informatieprofessionals. Family medicine or general practice 2019 [Available from: https://blocks.bmi-online.nl/catalog/114.
16. Biomedische informatie, Koninklijke Nederlandse Vereniging van Informatieprofessionals. Aged 2018 [Available from: https://blocks.bmi-online.nl/catalog/7.
17. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of "elderly". Geriatrics & Gerontology International. 2006;6(3):149-58.
18. Ruikes FG, Meys AR, van de Wetering G, Akkermans RP, van Gaal BG, Zuidema SU, et al. The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. BMC Fam Pract. 2012;13:115.
19. Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJ, Schers HJ, Koopmans RT. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. J Am Board Fam Med. 2016;29(2):209-17.

20. Ruikes FGH, Adang EM, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans R, Zuidema SU. Cost-effectiveness of a multicomponent primary care program targeting frail elderly people. BMC Fam Pract. 2018;19(1):62.
21. Ruikes F. Integrated primary care for frail elderly: Implementation, effects and costs of the CareWell primary care program. Nijmegen: Radboud University; 2018.
22. Lee L, Heckman G, McKelvie R, Jong P, D'Elia T, Hillier LM. Physicians' perceptions of capacity building for managing chronic disease in seniors using integrated interprofessional care models. Can Fam Physician. 2015;61(3):e148-57.
23. Lee L, Hillier LM, Locklin J, Lumley-Leger K, Molnar F. Specialist and family physician collaboration: Insights from primary care-based memory clinics. Health Soc Care Community. 2019;27(4):e522-e33.
24. Connolly MJ, Broad JB, Bish T, Zhang X, Bramley D, Kerse N, et al. Reducing emergency presentations from long-term care: A before-and-after study of a multidisciplinary team intervention. Maturitas. 2018;117:45-50.
25. Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juvanteny E, Barneto-Soto M, González-Bueno J, Espaulella-Panicot J. Improving individualized prescription in patients with multimorbidity through medication review. BMC Geriatr. 2022;22(1):417.
26. Romskaug R, Skovlund E, Straand J, Molden E, Kersten H, Pitkala KH, et al. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2020;180(2):181-9.
27. Lea SC, Watts KL, Davis NA, Panayiotou B, Bankart MJ, Arora A, et al. The potential clinical benefits of medicines optimisation through comprehensive geriatric assessment, carried out by secondary care geriatricians, in a general practice care setting in North Staffordshire, UK: a feasibility study. BMJ Open. 2017;7(9):e015278.
28. Poupin P, N'Diaye D, Chaumier F, Lemaignen A, Bernard L, Fougère B. Management of COVID-19 in a French Nursing Home: Experiences from a Multidisciplinary Mobile Team. J Frailty Aging. 2021;10(4):363-6.
29. Sintonen H. 15D instrument [Available from: https://15d-instrument.net/15d/.
30. Romskaug R, Molden E, Straand J, Kersten H, Skovlund E, Pitkala KH, et al. Cooperation between geriatricians and general practitioners for improved pharmacotherapy in home-dwelling elderly people receiving polypharmacy - the COOP Study: study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials. 2017;18(1):158.
31. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Van den Heede K, Flamaing J, Boland B, et al. Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review. International Journal of Nursing Studies. 2016;55:98-114.
32. Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. Age and Ageing. 2019;48(4):498-505.
33. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beginnende dementie: tegemoetkoming in de kosten voor de behandeling in geheugenklinieken [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/mentale-en-neurologische-stoornissen/beginnende-dementie.
34. Vanden Bussche P, Desmyter F, Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al. Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners. BMC Health Services Research. 2010;10(1):202.
35. Chansiaux-Bucalo C, Lacaille S, Roy C, Bayle C, Saint-Jean O. [The role of external mobile geriatric teams in nursing homes]. Soins Gerontol. 2015(116):15-7.
36. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson JL, Couturier P. [Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016;14(1):23-30.

37. Hutchinson AF, Parikh S, Tacey M, Harvey PA, Lim WK. A longitudinal cohort study evaluating the impact of a geriatrician-led residential care outreach service on acute healthcare utilisation. Age Ageing. 2015;44(3):365-70.
38. Pentalfa. Samen Sterk: Outreach Geriatrie en Ouderenpsychiatrie in partnerschap met woonzorgcentra voor een betere levenskwaliteit 2025 [Available from: https://pentalfa.gbiomed.kuleuven.be/sessies/samen-sterk-outreach-geriatrie-en-ouderenpsychiatrie-in-partnerschap-met-woonzorgcentra-voor-een-betere-evenskwaliteit/.
39. Wadhwa A, Ford-Jones EL, Lingard L. A qualitative study of interphysician telephone consultations: extending the opinion leader theory. J Contin Educ Health Prof. 2005;25(2):98-104.
40. Nomura K, Ebihara S, Ikebata Y, Umegaki H, Ooi K, Ogawa S, et al. Japan Geriatrics Society "Statement for the use of telemedicine in geriatric care: Telemedicine as a complement to in-person medical practice": Geriatric Medical Practice Committee consensus statement. Geriatr Gerontol Int. 2022;22(11):913-6.
41. Verhoeff M, Meijer-Smit OM, de Rooij S, van Munster BC. Multiple chronic conditions: the need for integrated secondary care. Neth J Med. 2019;77(6):220-3.
42. Braes T, Flamaing J, Pelemans W, Milisen K. Geriatrics on the run: rationale, implementation, and preliminary findings of a Belgian internal liaison team. Acta Clin Belg. 2009;64(5):384-92.
43. Radcliffe E, Servin R, Cox N, Lim S, Tan QY, Howard C, et al. What makes a multidisciplinary medication review and deprescribing intervention for older people work well in primary care? A realist review and synthesis. BMC Geriatr. 2023;23(1):591.
44. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijen S, et al. Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. Int J Integr Care. 2016;16(2):5.
45. Baqir W, Hughes J, Jones T, Barrett S, Desai N, Copeland R, et al. Impact of medication review, within a shared decision-making framework, on deprescribing in people living in care homes. Eur J Hosp Pharm. 2017;24(1):30-3.

Bijlage 1: zoekstring

("Primary Health Care"[mh] OR "primary care"[all fields] OR "Physicians, Family"[mh] OR general pract*[all fields] OR "family"[ad] OR family pract*[all fields] OR family physician*[tw] OR "Family Practice"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "family practice"[tiab] OR "general practice"[tiab] OR "family practices"[tiab] OR "general practices"[tiab] OR "family practitioner "[tiab] OR "general practitioner"[tiab] OR "family practitioners "[tiab] OR "general practitioners"[tiab] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "primary care"[tiab])
AND
("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR "Geriatric Psychiatry"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh]) OR (elder*[tw] OR eldest[tw] OR frail*[tw] OR geriatri*[tw] OR old age*[tw] OR oldest old*[tw] OR senior*[tw] OR senium[tw] OR very old*[tw] OR septuagenarian*[tw] OR octagenarian*[tw] OR octogenarian*[tw] OR nonagenarian*[tw] OR centarian*[tw] OR centenarian*[tw] OR supercentenarian*[tw] OR older people[tw] OR older subject*[tw] OR older patient*[tw] OR older age*[tw] OR older adult*[tw] OR older man[tw] OR older men[tw] OR older male*[tw] OR older woman[tw] OR older women[tw] OR older female*[tw] OR older population*[tw] OR older person*[tw])
AND
("Geriatrics"[mh] OR "geriatrics"[all fields] OR "geriatrician"[all fields] OR "geriatricians"[all fields] OR "geriatric care"[all fields] OR "geriatric healthcare"[all fields] OR "geriatric health care"[all fields] OR "geriatric specialist"[all fields] OR "geriatric specialists"[all fields] OR "geriatric physician"[all fields] OR "geriatric physicians"[all fields] OR "geriatric medicine"[all fields] OR "Geriatrics"[Mesh] OR "geriatric practice"[all fields] OR "elderly care"[all fields] OR "senior care"[all fields] OR "senior healthcare"[all fields])
AND
("collaboration"[all fields] OR "collaborative practice"[all fields] OR "collaborative practices"[all fields] OR "interdisciplinary collaboration"[all fields] OR "interprofessional collaboration"[all fields] OR "interprofessional relations"[mh] OR "teamwork"[all fields] OR "team-based care"[all fields] OR "team-based approach"[all fields] OR "interdisciplinary team"[all fields] OR "interdisciplinary teams"[all fields] OR "multidisciplinary team"[all fields] OR "multidisciplinary teams"[all fields] OR "collaborative care"[all fields] OR "cooperative behavior"[mh] OR "cooperative care"[all fields] OR "cooperation"[all fields] OR "partnership"[all fields] OR "healthcare team"[all fields] OR "health care team"[all fields] OR "health care teams"[all fields] OR "team science"[all fields])

Bijlage 2: Vragenlijst

DEMOGRAFISCH BESCHRIJVENDE VRAGEN:

1. Wat is uw specialisatie: geriater of huisarts
2. Hoe lang werkt u al als geriater/ huisarts?
3. Indien u huisarts bent: in wat voor soort praktijk werkt u? (Solopraktijk, groepspraktijk)
4. Indien u huisarts bent: ben u CRA of is één van uw collega's CRA-arts?
5. In welke regio werkt u?

SAMENWERKING

1. Hoe ziet op dit moment uw samenwerking tussen geriaters/huisartsen er uit?
2. Hoe verloopt deze samenwerking?
3. Wat zijn zaken waarover u tevreden bent binnen deze samenwerking en waarom?
4. Wat zorgt ervoor dat de samenwerking goed loopt?
5. Wat zijn in uw ogen verbeterpunten binnen uw samenwerking?
6. Zijn er barrières die u ervaart in het samenwerken met huisartsen/geriaters?
7. Heeft u nood aan meer samenwerking tussen huisartsen en geriaters?
8. Zijn er bepaalde onderwerpen waarover u meer zou willen samenwerken met huisartsen/geriaters?

Bijlage 3: lijst van figuren en tabellen

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1: PRISMA Flowchart van de studieselectie 11

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1: Overzicht van geïncludeerde studies met publicatiejaar, land, studieontwerp, deelnemers en uitkomst 14
Tabel 2: Context – Doelstelling, interventie, populatie en opvolging 16