



Zorgprogramma Geriatrie

Contactpersoon	Kathleen Rottey
Geldig vanaf	25/11/2015
Referentie	AZSTM-001912
Versie	1.0

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding.....	3
Hoofdstuk 1 : Doelgroep van het zorgprogramma.....	4
Hoofdstuk 2 : Visie van het zorgprogramma	5
2.1 Visie	5
GERIATERS.....	5
VERPLEEGKUNDIGEN	5
2.2 Waarden.....	7
Hoofdstuk 3 : Beschrijving van het zorgprogramma	8
3.1 Organogram	8
3.2 Pluridisciplinair geriatri sch team.....	8
3.3 Geriatri sche consultatie	9
3.4 Geriatri sch dagziekenhuis	10
3.5 Geriatri sche afdelingen	12
3.6 Interne liaison geriatrie (ILG)	14
3.7 Referentieverpleegkundigen geriatrie	22
3.8 Externe liaison.....	24
Hoofdstuk 4 : Werking van het zorgprogramma	26
4.1 Opnamecriteria voor verblijfsafdeling geriatrie	26
4.2 Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma	27
Overlegstructuur.....	27
Leden	27
Frequentie.....	27
Inhoud.....	27
4.3 Ontslagbeleid	30
4.4 Lijst van standing orders	30
4.5 Opleidingen georganiseerd binnen het zorgprogramma	31
Hoofdstuk 5 : Kwaliteitsborging	32
Hoofdstuk 6 inhoud kwaliteitshandboek	35
Hoofdstuk 7 :Bijlagen.....	36

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

Het pluridisciplinair handboek zorgprogramma (ZGP) geriatrie heeft als doel het beschrijven van alle facetten van het zorgprogramma geriatrie zoals deze van toepassing zijn in het AZ Sint-Maarten. De afspraken betreffende de samenwerking tussen de interne en de externe actoren, de richtlijnen en het kwaliteitsbeleid zijn onder meer in dit handboek terug te vinden. Dit pluridisciplinair handboek is steeds ter beschikking van alle medewerkers van het ZGP geriatrie en ter inzage voor allen die direct of indirect bij de geriatrie zorg betrokken zijn.

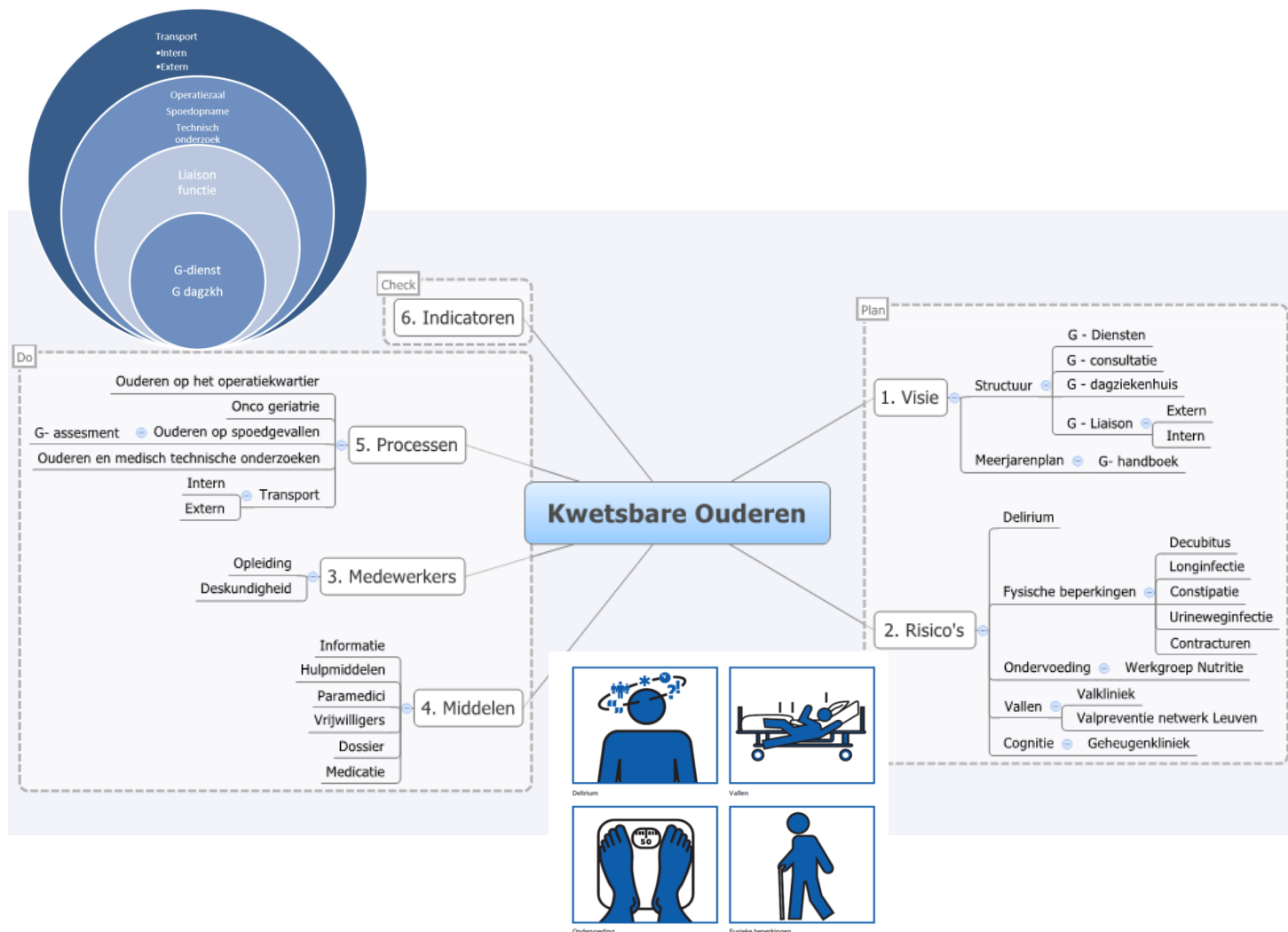
HOOFDSTUK 1 : DOELGROEP VAN HET ZORGPROGRAMMA

Het zorgprogramma richt zich tot alle 75-plussers met een geriatrich profiel, die behandeld worden in het A.Z. St. Maarten, zowel poliklinisch als in hospitalisatie.

Alle patiënten ouder dan 75 jaar worden gescreend en indien de patiënt een van de volgende kenmerken vertoont wordt hij/zij opgenomen in het zorgprogramma geriatrie.

- Fragiliteit en beperkte homeostase (Het in evenwicht zijn van alle functies in het lichaam, zoals het constant houden van de bloeddruk, de zuurtegraad, de lichaamstemperatuur, ...).
- Actieve polypathologie.
- Atypische klinische beelden.
- Risico op polyfarmacie.
- Gevaar voor functionele achteruitgang.
- Gevaar voor deficiënte voeding.
- Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven.
- Psychosociale problemen.

Elke gehospitaliseerde patiënt van jonger dan 75 jaar die een van de bovenstaande kenmerken vertoont, kan eveneens gescreend worden door het team van de interne liaison geriatrie en bij een geriatrich profiel in het zorgprogramma geriatrie opgenomen worden.



Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op QDMS

HOOFDSTUK 2 : VISIE VAN HET ZORGPROGRAMMA

2.1 Visie

GERIATERS

Het zorgprogramma geriatrie staat voor **kwaliteitsvolle, patiëntgerichte zorg op maat** binnen de specifieke eigenheid van **de geriatrie discipline**, met voldoende aandacht voor **kwaliteitsnormen** en met **focus op performantie** op menselijk, operationeel en economisch vlak, voor alle **betrokkenen** in casu patiënten, artsen, medewerkers en organisatie.

- Voor elke patiënt wordt een adequaat antwoord op zijn volledige, vaak meervoudige zorgvraag gezocht binnen de mogelijkheden van de gangbare medische evidentie.
- Bij elke diagnostische en therapeutische stap worden wenselijkheid en potentieel tegen elkaar afgewogen.
- Samenwerking met andere medische actoren en paramedici is inherent aan de discipline en derhalve essentieel.
- Er is openheid voor overleg met verwijzers uit de eerste lijn en met betrokkenen uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt.
- Er is actieve medewerking aan kwaliteitsprojecten, accreditatie en verbetertrajecten van de patiëntenzorg.
- Respectvolle en ethische benadering is gegarandeerd voor elke zorgvrager, ongeacht zijn overtuiging of afkomst.
- Een kwaliteitsvolle geriatrie vereist een efficiënt en adequaat opgeleid team van medewerkers. Elke zorgverstrekker heeft hierin een rol en verantwoordelijkheid.
- Vanuit zijn grootte en zijn brede staf, wil de dienst exemplarisch en toonaangevend blijven, met aandacht voor vernieuwing en zelfreflectie, zonder dat innovaties en academisch profiel een doel op zich zijn.
- Participatie aan activiteiten die buiten AZ St Maarten worden georganiseerd met het oog op sturing van het overheidsbeleid, worden aangemoedigd, zowel voor de medische staf als voor de paramedici.

VERPLEEGKUNDIGEN

“Wij willen steeds de best mogelijke **deskundige, multidisciplinaire, kwaliteits- en respectvolle** zorg bieden die aangepast is aan de **individuele noden en behoeften** van onze geriatrie patiënten. Hierbij houden we rekening met zijn individuele **situatie** en ieders **unieke levensverhaal**. Wij geven de benodigde aandacht aan de **familiale omkadering** en beschikbare **mantelzorg** van onze geriatrie patiënt.”

Wij hebben als doel de **kwaliteit van leven** voor onze geriatrie patiënt te verbeteren of minstens te behouden. We houden rekening met het broze evenwicht tussen zelfredzaamheid en het overnemen van zorg. Indien behandelen niet meer mogelijk (of wenselijk) is wordt palliatieve zorg aangeboden.

We trekken de kaart van interne en externe **samenwerking**.

Wij werken zeer sterk **interdisciplinair** (arts, verpleegkundigen, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, kinesitherapeuten, medewerkers van de sociale dienst,...). Hierbij zijn teamwork, overleg en communicatie zeer belangrijk en kunnen taken door andere disciplines overgenomen worden indien dit noodzakelijk zou zijn.

Vanaf de eerste dag van de opname trachten alle leden van het multidisciplinaire team een adequaat **ontslagbeleid** uit te bouwen waarbij vanuit de (groei)mogelijkheden van de patiënt de

therapie en revalidatie dermate gestuurd wordt waardoor de patiënt in de best mogelijke omstandigheden ontslagen wordt zodat een heropname vermeden wordt. In dit proces wordt ook de mantelzorger sterk betrokken.

Patiënten die op een niet-geriatrie afdeling verblijven worden door ons opgevolgd. De zorgverstrekkers van die afdelingen ontvangen de nodige ondersteuning en begeleiding vanuit de leden van het zorgprogramma geriatrie.

Er is ook een nauwe samenwerking met alle externe partners(huisartsen, WZC, thuishulpdiensten,...) waarbij een goede wederzijdse informatiedoorstroming centraal staat. Diverse contactmogelijkheden stimuleren deze dialoog.

Wij willen dat de medewerkers van het zorgprogramma geriatrie **deskundig** zijn en blijven. Dit willen we bereiken door middel van bijscholing gericht op de geriatrie zorg zodanig dat de competenties steeds verder ontwikkeld kunnen worden en dat nieuwe wetenschappelijke inzichten in de praktijk omgezet kunnen worden.

Wij streven er naar om altijd een **meerwaarde** te zijn voor de geriatrie patiënt ongeacht de plaats waar hij zich in ons ziekenhuis bevindt. Wij streven er naar om een **referentiepunt** te zijn voor medewerkers van andere afdelingen. Zij kunnen op een laagdrempelige wijze beroep doen op ons zodat geriatrie patiënten op hun afdelingen ook individueel aangepaste zorg kunnen krijgen. Wij engageren ons tot de organisatie van opleidingen voor referentieverpleegkundigen geriatrie. Tijdens deze vormingssessies en individuele contactmomenten maken we medewerkers bewust van de geriatrie problematiek en wijden hen verder in, in het door ons gehanteerde zorgconcept.

Wij werken mee aan de **opleiding van studenten** zodat ook zij zich bewust worden van de geriatrie zorgvisie. Wij willen dit doen door de stagiair(e)s te begeleiden, hen te laten deelnemen aan het stagetraject geriatrie en de mogelijkheid bieden om deel te nemen aan het Leer- & ZorgCentrum' (LZC), een integratief en competentiegericht stageconcept voor studenten verpleegkunde.(

2.2 Waarden

- Kwaliteit en professionaliteit in de zorgverlening
- Respect voor de eigenheid en de privacy van de patiënt
- De zelfredzaamheid en de levenskwaliteit van de patiënt staan centraal
- Aanbieden van zorg op maat op basis van onderhandelde zorg
- Integrale zorg met aandacht voor het diagnostische en therapeutische proces
- Erkenning van de mantelzorger: de onmisbare partner in het behalen van doelstellingen
- Samenwerken met alle partners in de zorg (intern, extern, patiënt en zijn familie)
- Ambitie om het zorgprogramma geriatrie van het AZ Sint-Maarten “op de kaart” te zetten

HOOFDSTUK 3 : BESCHRIJVING VAN HET ZORGPROGRAMMA

Het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt is gericht op het pluridisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrie patiënt. Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrie patiënten, alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele mogelijkheden en naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

3.1 Organogram

In het AZ Sint-Maarten omvat het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt 5 pijlers.

1. vijf erkende diensten voor geriatrie
2. een geriatrie dagziekenhuis op campus Zwartustersvest
3. interne liaison op de drie campi
4. externe liaison
5. geriatrie consult op de drie campi

Klik [hier](#) om het organogram van het zorgprogramma geriatrie te openen.

3.2 Pluridisciplinair geriatrie team

Het pluridisciplinair geriatrie team betreft een stuur/beleidsgroep voor het globale zorgprogramma geriatrie dat samengesteld is uit artsen, verpleegkundigen en paramedici. Dit team komt apart samen (eventueel in kleine werkgroepen) en koppelt terug op een interdisciplinair overleg (IDO) zorgprogramma geriatrie.

Het team heeft als taak:

1. het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatrie handboek;
2. het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatrie handboek;
3. de naleving van de in het bij KB vastgestelde normen;
4. de registratie van de geriatrie gegevens;
5. de continuïteit van de zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens;
6. de praktische organisatie van het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving ervan

Het pluridisciplinair geriatrie team betreft een team van personen die het beleid voor het globale zorgprogramma geriatrie aansturen.

Het team bestaat minimaal uit:

- De verantwoordelijke arts van het zorgprogramma geriatrie
- Het medisch diensthoofd zorgcluster geriatrie
- De clusterverantwoordelijke van de zorgcluster geriatrie
- De hoofdverpleegkundigen
- Een sociaal verpleegkundige / sociaal medewerker
- Een afgevaardigd kinesitherapeut
- Een afgevaardigd ergotherapeut

- Een afgevaardigd logopedist
- De hoofddiëtist of een afgevaardigd diëtist
- De psycholoog

3.3 Geriatrische consultatie

Een geriatrische consultatie is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts, een **geriatrisch advies** te verstrekken en voor het uitvoeren van **interventies** die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen.

Indien deze consultatie gebeurt op verzoek van de huisarts worden, in het kader van de continuïteit van zorg, de bevindingen schriftelijk overgemaakt aan deze zorgverlener.

Deze bevindingen worden genoteerd in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd van de overmaking van deze informatie.

Indien zich een probleem voordoet bij een geriatrische patiënt in de thuissituatie of in een thuisvervangende situatie kan steeds een **pluridisciplinair geriatrisch advies** gevraagd worden. De extramurale patiënt kan mits afspraak steeds op consultatie komen op het geriatrisch dagziekenhuis bij de geriater en een lid van het multidisciplinair geriatrisch team.

3.4 Geriatriisch dagziekenhuis

A. Algemeen

Het geriatriisch dagziekenhuis heeft een erkenning voor 6 plaatsen (zetels/bedden) en is gesitueerd op de campus Zwartustersvest.

B. Samenstelling team

Het pluridisciplinair team bestaat uit

- verantwoordelijke geriater(s)
- verpleeg- en paramedici equipe (2FTE)
 - verpleegkundigen met een BBT/BBK geriatrie
 - ergotherapeuten
 - logopedisten

De team wordt in functie van de diagnostiek, therapie en revalidatie aangevuld met:

- sociaal werker
- psycholoog
- diëtist van de dienst CVD (centrale voedingsdienst)
- kinesitherapeuten van de dienst “fysische geneeskunde en revalidatie”
- intercultureel bemiddelaar
- pastoraal medewerker

C. Modaliteiten aanvraag tot opname

- De geriatriische patiënt wordt opgenomen in een geriatriische daghospitalisatie via een verwijzing door de huisarts of specialist.
- De verpleegkundige van deze afdeling zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Hij/zij brengt de huisarts, geriater en contactpersoon van de patiënt op de hoogte van de opnamedatum.
- Met de contactpersoon wordt de organisatie van het vervoer van de patiënt besproken.

D. Zorgaanbod

Dit dagziekenhuis is beschikbaar voor geriatriische patiënten en richt zich naar diagnostiek, ambulante therapie en revalidatie.

- Diagnostiek:
 - Comprehensive geriatriisch assessment (multidisciplinaire geriatriische evaluatie naar fysiek, psychisch en sociaal functioneren)
 - Evaluatie van metabole en geriatriische syndromen (diabetes, osteoporose, malnutritie, sarcopenie, polyfarmacie, delier)
 - Preoperatieve evaluatie van de geriatriische patiënt
 - Oppuntstelling van de onco- geriatriische patiënt
 - Diagnose van algemeen internistische problemen bij ouderen (anemie , ionenstoornissen, gastro-intestinale pathologie, pulmonaire klachten , hematologische aandoeningen)
 - Urinaire en fecale (in)continentie
 - Neurodegeneratieve aandoeningen en cognitieve dysfunctie
 - Valkliniek (vallen, gangstoornissen, vertigo en orthostatisme)
 - Slikstoornissen
 - Malnutritie

- Ondersteuning van moeilijke en belastende ambulante onderzoeken bv colonoscopie. (incidenteel)
- Revalidatie:
 - Fysieke revalidatie
 - Continentie
 - Evenwicht
 - Slikken
 - Cognitieve revalidatie
- Behandeling:
 - Intraveneuze therapie bv: ijzer toediening, osteoporose therapie
 - Bloedtransfusie
 - Complexe wondzorg

E. Organisatie van de zorgverlening

Diagnose

Elke pluridisciplinaire geriatrie evaluatie wordt uitgevoerd op basis van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.

Het eindverslag van de geriater bevat de anamnese, diagnose, ziektegeschiedenis, resultaten van onderzoeken, conclusies en voorstel van zorgplan. Dit verslag is terug te vinden in C2M(elektronisch medisch dossier) en wordt (bij voorkeur elektronisch) bezorgd aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van deze informatie.

Revalidatie en/of behandeling

De **pluridisciplinaire geriatrie revalidatie** is beperkt tot maximum 40 sessies binnen een periode van 12 weken en kan 1x per jaar plaatsvinden.

Deze revalidatie bestaat uit een individueel revalidatieplan, genoteerd in het patiëntendossier. Vooral de ergotherapeut, logopedist, kinesitherapeut en psycholoog zijn betrokken bij het revalidatieplan.

Wekelijks wordt de voortgang van deze patiënten besproken en genoteerd in het patiëntendossier.

Op het einde van het revalidatieplan (of behandeling) wordt een verslag opgemaakt in het patiëntendossier waarbij de evolutie wordt weergegeven met een opvolgingsplan. Dit verslag wordt overgemaakt aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van de informatie.

3.5 Geriatriische afdelingen

A. Algemeen

Het AZ Sint- Maarten heeft 132 erkende geriatriische bedden verdeeld over 5 afdelingen.

campus Leopoldstraat:

- 30 bedden op “geriatrie D3”
- 24 bedden op “het anker” (specialisatie psychogeriatric)

campus Zwartustersvest

- 24 bedden op “geriatrie D2”
- 24 bedden op “geriatrie D4”

campus Rooienberg

- 30 bedden op “geriatrie C4”

B. Doelstelling

De geriatriische verpleegafdeling heeft als voornaamste doel elke oudere patiënt een goede diagnosestelling, een adequate behandeling en een actieve revalidatie te bieden.

Het zelfstandig functioneren van (hoog)bejaarden is bedreigd wanneer zij ziek worden. Een behandeling bestaat niet enkel uit het genezen van de zieke. Van bij de eerste ziekteverschijnselen zullen we het uiteindelijke doel van de behandeling voor ogen houden: het vrijwaren van de autonomie en streven naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid na ontslag uit het ziekenhuis. Multidisciplinaire zorg en revalidatie is daarom een essentieel onderdeel van het behandelplan waarin de patiënt, thuiszorg, mantelzorg en de huisarts nauw betrokken worden.

C. Afdelingen

Wat betreft de hospitalisatiediensten hospitaliseert elke dienst een case-mix van acute en subacute pathologie. Het is belangrijk dat op elke G- afdeling een aantal instabiele en behandelingsintensieve patiënten komen opdat het team zou in staat zijn om adequaat te kunnen reageren en werken in geval van acute en dringende situaties bij verblijvende patiënten.

De vijf afdelingen worden als volgt beschreven:

- Afdeling geriatrie C4: acute afdeling algemene geriatrie
- Afdeling geriatrie D3: acute afdeling algemene geriatrie
- Afdeling geriatrie D2: acute afdeling algemene geriatrie met eveneens metabole problemen
- Afdeling geriatrie D4: acute afdeling algemene geriatrie met eveneens locomotorische problemen
- Afdeling het anker: acute gesloten geriatriische afdeling, met specifieke ervaring in de psychogeriatric

D. Samenstelling team

Het pluridisciplinair team bestaat uit

- verantwoordelijke geriater(s)
- verpleeg- en paramedici equipe
 - Hoofdverpleegkundige met ervaring en een bijzondere beroepstitel geriatrie.
 - Vanaf 30 bedden: een adjunct hoofdverpleegkundige
 - Verpleegkundigen: een belangrijk percentage met een bijzondere beroepstitel en/of bekwaamheid geriatrie.
 - Zorgkundigen
 - Logistiek medewerker(s)

- Paramedici: ergotherapeut(en), logopedist(en)
- sociaal werker van de sociale dienst
- diëtist van de dienst CVD (centrale voedingsdienst)
- kinesitherapeut(en) van de dienst “fysische geneeskunde en revalidatie”
- psycholoog
- intercultureel bemiddelaar
- pastoraal medewerker

E. Organisatie van de zorgverlening

Elke afdeling heeft een huishoudelijk reglement die de werking en afspraken van de dienst weergeeft.

- [afdelingsreglement geriatrie C4](#)
- [afdelingsreglement geriatrie G2](#)
- [afdelingsreglement geriatrie G4](#)
- [afdelingsreglement geriatrie D3](#)
- [Link huishoudelijk reglement van afdeling het anker](#)

F. Opvolging geriatrische patiënten op eenheid SP cardio pneumo op campus Rooienberg

Patiënten die vanuit een afdeling geriatrie naar de afdeling SP cardio pneumo transfereren worden door de geriater verder opgevolgd. Dit verloopt in een nauwe samenwerking met de behandelend arts van deze afdeling.

G. Opvolging geriatrische patiënten op eenheid Medium Care op campus Zwartustersvest

Patiënten die omwille van verhoogde medische instabiliteit nood hebben aan verhoogd toezicht en snel wisselende behandelingen, worden naar een aangepaste setting overgebracht waar deze nood kan worden geborgd. Het medisch toezicht en medisch beleid berusten in handen van de geriater.

3.6 Interne liaison geriatrie (ILG)

A. Algemeen

Het aantal bedden op geriatrische afdelingen zijn niet toereikend om alle geriatrische patiënten te hospitaliseren, de interne liaison geriatrie (ILG) werd opgericht om dit tekort te overbruggen.

De interne liaisonfunctie wordt waargenomen door een multidisciplinair geriatisch liaisonsteam. De leden van dit team stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatische principes en de geriatische deskundigheid ter beschikking aan de behandelende geneesheer-specialist en de teams van de afdeling waar de patiënt verblijft.

Naar ontslag toe wordt, samen met de sociale dienst, informatie over diverse mogelijkheden uitgewisseld. Anderzijds wordt een eventuele overname op geriatrie of een revalidatieafdeling besproken voor verdere behandeling en uitwerking van geriatische problemen.

Het liaisonsteam kan elke weekdag gecontacteerd worden tussen 8 u en 16 u en werkt over de 3 campussen van het AZ Sint-Maarten heen.

B. Doelstelling

- *Aanbieden van een complementaire, geriatische benadering aan elke gehospitaliseerde patiënt, met een geriatisch profiel (> en < 75jaar), die niet op een dienst geriatrie verblijft.*

De interne liaison maakt het mogelijk om patiënten met een geriatisch profiel, die niet op een afdeling geriatrie verblijven, actief op te sporen, te herkennen en om vervolgens de geriatische principes en de pluridisciplinaire geriatische deskundigheid ter beschikking te stellen van dat zorgteam. Met als resultaat een behandeling op maat van de “fragiele” oudere.

Patiënten die opgenomen zijn in het dagziekenhuis behoren niet tot de doelgroep van de ILG.

- *Door een vroegtijdige detectie van patiënten met een geriatisch profiel de ziekenhuisopname en –ontslag zo optimaal mogelijk te plannen en te laten verlopen.*

Hierbij wil de interne liaison een soort van tweedelijnsfunctie vervullen tav de verblijfsafdeling, door niet de zorg over te nemen, maar door hen te ondersteunen met raad en advies.

De klemtoon van deze aanpak ligt vooral op het preventief herkennen van factoren die bepalend zijn voor een beperking in de zelfredzaamheid en bijgevolg een verlengde hospitalisatie, een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

De interne liaison geriatrie zorgt er bovendien voor dat deze patiënten op de juiste afdeling terecht komen en waarschuwt de nodige paramedici en diensten om ervoor te zorgen dat ze bij ontslag een goede omkadering krijgen.

C. Samenstelling team

Het pluridisciplinair team bestaat uit

- verantwoordelijke geriater(s) waaronder de verantwoordelijke arts zorgprogramma geriatrie
- verpleeg- en paramedici equipe (4 FTE).
 - verpleegkundigen met een BBT/BBK geriatrie
 - psycholoog
 - ergotherapeuten

- sociaal verpleegkundige

Dit team wordt in functie van de individuele patiënt aangevuld met logopedist, diëtist, kinesitherapeut, enz.

D. Organisatie en werking

Opsporen en screenen

Elke, in het ziekenhuis opgenomen, patiënt ouder dan 75 jaar die niet op een geriatrische afdeling verblijft wordt geëvalueerd naar zijn / haar geriatisch profiel met een GRP score op de dienst spoedgevallen ofwel met een Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) rechtstreeks op de afdeling uitgevoerd door ILG.

- Spoed: De verpleegkundigen van spoed scoren elke patiënt ouder dan 75 jaar met behulp van het Geriatisch Risico Profiel (GRP). Bij een positieve GRP wordt het ILG geconsulteerd om de patiënt gericht te kunnen oriënteren naar de juiste afdeling (geriatrie of niet). Het verslag van deze evaluatie wordt samen met de aanbevelingen opgenomen in het patiëntendossier (C2M) en besproken met de aanwezige verpleegkundige. De GRP wordt door ILG met een SEGA verder aangevuld bij hospitalisatie van een spoedpatiënt op een niet-geriatrische afdeling.

Klik [hier](#) om de werkafpraak “doorverwijzen van een patiënt vanuit spoedgevallen naar geriatrie” te openen.

- Afdeling: In afwachting van een elektronisch zorgdossier kiezen de leden van de ILG er bewust voor om zelf de 75plussers actief op te sporen a.d.h.v. een dagelijks rapport uit het bedbezettingspakket.
Een verpleegafdeling kan steeds een consult van ILG aanvragen bij een patiënt jonger dan 75 jaar of iemand die voorheen negatief scoorde op de SEGA maar nu wel bepaalde geriatische problemen stelt.
Bij een dringend advies wordt best telefonisch contact opgenomen met de ILG (9927) of met de geriater van wacht (telefoonnummer in wachtlijst).

Geriatisch Assessment en notatie

Op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek wordt gezocht naar de typische kenmerken van de geriatische patiënt.

Wanneer een patiënt een geriatisch profiel heeft, stelt de ILG bijkomende vragen en worden de nodige paramedici verwittigd.

Het interne liaison team verricht steeds volgende evaluaties zoals vermeld in de Belgische Multidisciplinaire Geriatische Screening Tool (BMGST):

- basisactiviteiten dagelijks leven (KATZ)
- instrumentele activiteiten dagelijks leven (LAWTON iADL)
- valrisico bepaling (HENDRICH II)
- pijnevaluatie
- frailty score (ISAR)
- screening rond malnutritie (MNA)

Indien nodig of nuttig ook

- een cognitieve evaluatie:
 - Kloktekentest (KTT)
 - Mini Mental State Examination (MMSE)
 - Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R)

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op QDMS

- een evaluatie van de gemoedstoestand:
 - Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15)
 - CORNELL Scale for Depression (CSDD)

Omdat niet alle disciplines van geriatrie aanwezig zijn in het interne liaison team kan er een beroep gedaan worden op volgende paramedici:

- a. Diëtist: de MNA wordt doorgestuurd naar de diëtisten van het ziekenhuis. Zij bezoeken patiënten met een risico op ondervoeding, passen hun maaltijden aan en volgen de patiënt verder op tijdens zijn/haar opname. Hun verslag verschijnt in C2M en kan door iedereen geraadpleegd worden.
- b. Logopedist: wanneer een patiënt spraak- en/of slikstoornissen vertoont wordt beroep gedaan op een logopedist van het zorgprogramma geriatrie. Zij bezoeken en onderzoeken de patiënt en plaatsen hun verslag in C2M.
- c. Kinesist: zij zijn aanwezig op alle afdelingen en kunnen steeds aangesproken worden met vragen over een bepaalde patiënt of met opmerkingen die vanuit het ILG assessment naar voren zijn gekomen.

Elk teamlid van het geriatrisch liaison team formuleert in functie van zijn/haar deskundigheid de nodige voorstellen voor diagnostiek, therapie en revalidatie in het medisch dossier (C2M). Dit wordt besproken met de behandelend arts en hoofdverpleegkundige. Het eindverslag wordt genoteerd in het medisch dossier (C2M) en wordt aan de behandelende huisarts (via Medibridge/Hector) overgemaakt.

Na dit advies wordt er, indien nodig, een follow-up door ILG voorzien. Tijdens hun hospitalisatie worden de positieve patiënten nog 3 maal per week getoerd door de ILG medewerkers waarvan 1 maal in aanwezigheid van de geriater.

Indien een opname op de afdeling geriatrie een uitdrukkelijke meerwaarde kan betekenen voor deze patiënt, zal hij op medische beslissing van de geriater getransfereerd worden naar een afdeling geriatrie. De problematiek **‘patiënt wacht op plaatsing in een externe zorgvoorziening’ is geen indicatie voor overname op geriatrie.**

Pluridisciplinair overleg

Wekelijkse teambespreking:

- Bespreking van alle dossiers en patiënten voor wie een tussenkomst van het pluridisciplinair geriatrisch team plaatsvond.
- Aanwezigen: interne liaison team en geriater.
Bij afwezigheid van de vaste geriater wordt een vervangregeling via het intern vervangschema medegedeeld aan het ILG team.

Nadien gaan de geriater en 2 leden van het interne liaison team (VPK en een ander teamlid) naar de afdeling waar zij de patiënten bezoeken, het verpleegdossier inkijken en overleggen met de afdelingsverpleging.

Adviezen en eventuele extra onderzoeken worden door de geriater in het verpleegdossier en C2M genoteerd.

Het advies van interne liaison geriatrie wordt na ontslag doorgestuurd naar de behandelende huisarts via Medibridge/Hector.

Toermomenten:

CL: dinsdag tussen 11 en 16u

CR: woensdagnamiddag rond 15u

Op een aantal verblijfsafdelingen (bv: orthopedie, cardiologie, neurologie) neemt interne liaison geriatrie wekelijks deel aan een patiëntenbespreking waarbij informatie uitgewisseld wordt over de fysieke staat, de evolutie van de revalidatie, opgemerkte problemen enz. van een patiënt

E. Overzicht taken

Het team interne liaison geriatrie vervult geen zorgtaken.

Algemene Taken

Het pluridisciplinair team van de geriatrie liaison staat in voor:

- Screening patiënten op afdelingen en spoed (zie boven)
- Verdere afname BMGST (algemene zaken, zie boven)
- Advies geven aan verpleging en arts en deze noteren in het verpleegdossier en C2M
- Consult aanvragen van andere paramedici bv. logopedist, diëtist, kine, etc. waar nodig
- Het opstellen van aanbevelingen (genoteerd in het patiëntendossier) voor de huisarts om een heropname na ontslag te vermijden.
- Het verspreiden van de geriatrie benadering: aanleren van de systematische screening, coachen van zorgteams en geven van opleiding of bijscholingen.
- Aanspreekpersoon van de referentieverpleegkundigen geriatrie.

Specifieke Taken

1. Verpleging

- Aanspreekpunt voor de referentieverpleegkundigen geriatrie
- Opvolging delier, malnutritie en maaltijdbegeleiding
- Fixatiebeleid
- Opvolgen medische situatie, parameters, delier
- Uitvoeren medische opdrachten op de toer

2. Ergotherapeuten

- ADL (activiteiten van het dagelijks leven): observatie ochtendtoilet (wassen/kleden/gehele planning daarbij horend)
- Cognitieve screening: MMSE, ACE-R en opvolging delier
- Transfers: observeren en inoefenen
- Advies over hulpmiddelen, zowel voor thuis als in het ziekenhuis
- Eventueel: huisbezoek

3. Sociaal verpleegkundige

- Sociale situatie van ILG-patiënten in kaart brengen
- Familie contacteren
- Regelingen treffen i.v.m. thuishulp
- Transfers naar SP/G-dienst, maar ook naar WZC, dagcentra, hersteloorde, ..

4. Psycholoog

- Rouwverwerking en aanpassingsproblemen
- Depressie; o.a. afname GDS (geriatrie depressie schaal)
- Cognitieve screening: MMSE en ACE-R en opvolging delier
- Dataverwerking ILG

F. Toelichting gebruikte instrumenten**Screeningsinstrument: Geriatrisch Risico Profiel (GRP)**

Het screeningsinstrument "Geriatrisch Risico Profiel" (GRP) is een vertaling van het **TRST** (triage risk screening tool) en een instrument voor identificatie van geriatrische patiënten op niet geriatrische diensten.

Het screeningsinstrument bevat 5 items:

1. aanwezigheid van cognitieve stoornis
2. alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/familie
3. moeilijkheden bij het stappen/transfer of slachtoffer van valpartij in de voorbije 6 maanden
4. hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden
5. polyfarmacie: meer dan 5 verschillende geneesmiddelen

Bij een score van 2 of meer spreken we over een risicopatiënt en wordt overwogen in overleg met de behandelende arts of een adviesaanvraag voor interne liaison geriatrie noodzakelijk is.

Screeningsinstrument: Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA)

De SEGA is een instrument voor identificatie van geriatrische patiënten op niet geriatrische diensten.

Het screeningsinstrument bevat 12 items met elk een score van 0 tot 3, totaal op 26

1. Leeftijd
2. Herkomst
3. Geneesmiddelen
4. Cognitieve functies
5. Gemoedstoestand
6. Perceptie van gezondheid
7. Val de laatste 6 maanden
8. Voeding
9. Invaliderende ziekte
10. ADL (mobiliteit)
11. ADL (continentie)
12. ADL (voeding)
13. iADL (maaltijd, telefoon, medicatie)

Bij een Score 0 – 7 is er geen geriatrisch profiel, vanaf score 8 wordt er een advies liaisonteam geriatrie aangeraden en bij een Score 12 – 26 is er duidelijk een geriatrisch profiel en wordt transfer aangewezen.

Screeningsinstrument: KATZ (Belgische versie)

Dit instrument evalueert de basis-activiteiten van het dagelijkse leven. Het instrument bestaat uit 6 items. Scoren kan van 1 tot 4 per item. Hoe hoger de score, hoe afhankelijker de patiënt is.

De 6 items zijn:

1. wassen
2. kleden
3. verplaatsen
4. toiletbezoek
5. continentie
6. eten

Screeningsinstrument: MAI volgens LAWTON iADL

De Lawton is een evaluatie van de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven. De evaluatie bevat 9 items met elk een score van 1 tot 3, totaal op 27. Waar bij score 1 een patiënt niet in staat is deze taak uit te voeren en score 3 hij of zij dit zelfstandig kan.

1. gebruik telefoon
2. verplaatsingen verder dan loopafstand
3. boodschappen
4. maaltijden bereiden
5. huishoudelijk werk
6. kleine karweitjes in en rond het huis
7. was
8. medicatie
9. geldzaken

Score valt tussen 9 en 27 waar bij de laagste score de patiënt volledig afhankelijk is van derden voor I-ADL activiteiten en waar bij de hoogste score de patiënt zelfstandig is.

Screeningsinstrument: HENDRICH II

De HENDRICH II Fall Risk Model is een screeningsinstrument dat bestaat uit 8 vragen met een gewogen score. Vanaf een score van meer dan 5 is er een verhoogd valrisico.

1. verwardheid, desoriëntatie en impulsiviteit (score 4)
2. symptomatische depressie (score 2)
3. veranderde uitscheiding
4. duizelingen, draainissen, verminderd evenwicht
5. mannelijk geslacht
6. inname van anti-epileptica
7. inname van benzodiazepines
8. get-up-and-go test (score 0-4)

Screeningsinstrument: MNA

Klik [hier](#) voor de werkafpraak “invullen MNA-SF” en [hier](#) voor de werkafpraak “nutritionele evaluatie en screenen op malnutritie”

Screeningsinstrument: KKT

De Klokteken Test is een eenvoudig af te nemen test met 3 deelopdrachten die erg gevoelig is voor enkele cognitieve dysfuncties bij bv. beginnende alzheimer dementie of na een CVA. De patiënt wordt gevraagd een cirkel te tekenen, om daarin de cijfers van 1 tot 12 te plaatsen zoals in een klok en om daarna de wijzers te plaatsen op een bepaald tijdstip. De beoordeling kan gebeuren aan de hand van enkele criteria zoals de plaatsing van de verschillende elementen, het onthouden van de opdracht etc.

Screeningsinstrument: MMSE

De Mini Mental State Examination is een korte evaluatie van 6 verschillende hersenfuncties aan de hand van een set gestandaardiseerde vragen. De test bestaat uit 21 vragen en wordt gescoord op 30.

Een score van 27 of meer is normaal maar sluit geheugenproblemen niet volledig uit omdat de test ook gevoelig is voor opleidingsniveau.

Een score onder de 24 wordt als abnormaal beschouwd.

De test alleen kan geen diagnose van dementie geven maar dient als middel tot het opsporen van patiënten waarbij verdere investigatie kan gebeuren. Indien een patiënt 24 of meer scoort kan bv. ook de ACE-R afgenomen worden.

1. Oriëntatie in tijd en ruimte
2. Inprentingsvermogen
3. Aandacht
4. Geheugen
5. Taal
6. Constructieve vaardigheid

Screeningsinstrument: ACE-R

De Addenbrooke's Cognitive Examination (Revised) is een test ontwikkeld door J.R. Hodges en wordt gebruikt bij de diagnostiek van cognitieve problemen. Nadat de test afgenomen is worden de scores per deel berekend en opgeteld om de totaalscore op 100 te bekomen. Deze score kan vergeleken worden met gemiddelde scores van gezonde proefpersonen met een gelijkaardig opleidingsniveau, geslacht en leeftijd. Een patiënt die 1, 2 of 3 standaarddeviaties onder het gemiddelde van de groep scoort doet het respectievelijk slechter dan 60%, 95% of 99% van de gezonde proefpersonen.

De vragen van de Mini Mental State Examination (MMSE) zijn vervat in de ACE-R en na afname van deze test kan er dus ook een MMSE-score berekend worden.

1. Oriëntatie
2. Geheugen: inprenting, reproductie, anterograad geheugen, retrograad geheugen, herkenning/selectie
3. Aandacht en Concentratie
4. Woordvlotheid
5. Taal: begrip, schrijven, naspreken, benoemen, lezen
6. Constructieve praxis
7. Perceptuele vaardigheden

Screeningsinstrument: GDS-15

De Geriatrische Depressie Schaal (GDS) werd speciaal ontwikkeld voor het meten van depressie bij ouderen. De volledige versie bestaat uit 30 vragen (GDS-30) maar er zijn ook enkele verkorte versies zoals de GDS-15, de GDS-8 en de mini-GDS.

Een antwoord krijgt de score 1 als het antwoord (ja of neen) overeenstemt met een depressieve gemoedstoestand.

GDS-15: Wanneer de totaalscore die bekomen wordt door alle scores op te tellen 6 of meer bedraagt heeft de patiënt mogelijks een depressie.

GDS-30: Een score van 0-10 is de normaal, hogere scores indiceren een mogelijke depressie.

Screeningsinstrument: CORNELL Depression Scale

De CORNELL depressie schaal is een screeningstool die afgenomen kan worden ism de verpleging, familie of anderen die de patiënt goed kennen wanneer de patiënt zelf niet kan antwoorden. De referentiepersoon dient aan te geven of de patiënt in de voorbije week een aantal symptomen, opgedeeld in 5 categorieën, gesteld heeft. Deze worden dan als volgt gescoord: a: niet van toepassing, 0: afwezig, 1: licht of wisselend aanwezig, 2, sterk aanwezig. Vanaf een score van 12 is een depressie mogelijk.

1. Stemminggerelateerde kenmerken
2. Gedragsstoornissen
3. Lichamelijke kenmerken
4. Cyclische functies
5. Stoornissen in de gedachteninhoud

3.7 Referentieverpleegkundigen geriatrie

Patiënten met G profiel worden niet enkel op de geriatrie afdelingen opgenomen, daarom werd vanuit de interne liaison een netwerk van referentieverpleegkundigen opgericht, met als doel een aanspreekpunt te hebben op iedere afdeling waar mogelijks geriatrie patiënten worden opgenomen.

Update 03/2015

Afdeling	Naam
Spoed CR	Johan Buellens
Spoed CL	Inge Saels
Inzo CR	Katrien Joostens
Inzo CL	Astrid De Wachter
Med care CZ	Astrid De Wachter
A1 CR	Jan Van Gaver
A2 CR	Mieke Van Camp
A3 CR	Anke Sweerts
SP loco	Wendy Verbiest
SP cardio/pneumo	Jan Van Loock
De mantel	Jos Roeffaers
B3 CL	Volckaerts Marike
B4 CL	Dominik Rahier
D2 CL	Hilde Oger.
B2 CL	Herlinde Bartholomees
Chirurgisch DGZH CZ	Carine Bruyninckx
PAAZ A CZ	Ellen Ferdinand
PAAZ D CZ	Charlotte Ketels

Doel van deze functie

De referentieverpleegkundige geriatrie helpt mee aan de uitbouw van een specifieke benadering van de geriatrie patiënt op de niet-geriatrie afdeling.

Hij/zij bewaakt (samen met de hoofdverpleegkundige) de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening van de geriatrie patiënt op zijn/haar afdeling.

De referentieverpleegkundige geriatrie is het aanspreekpunt op zijn/haar afdeling bij een eventuele geriatrie zorgproblematiek.

Rol referentieverpleegkundige

- Naast de functie van verpleegkundige op de eigen afdeling heeft hij/zij een duidelijke affiniteit voor de geriatrie patiënt en zijn / haar zorgvraag.
- De referentieverpleegkundige sensibiliseert de collega-verpleegkundigen om aan de oudere zorgvrager meer patiëntgerichte en kwalitatief betere observaties te doen en een specifieke geriatrie benadering te geven.
- Als referentieverpleegkundige begeleidt, coacht en informeert je je collega-hulpverleners in de verzorging en omgang met geriatrie patiënten.
- De referentieverpleegkundige geriatrie fungeert als contactpersoon tussen de verpleegafdeling en de interne liaison geriatrie.
- De interne liaison spoort zelf de patiënten op met een geriatrie profiel.

- werken actief mee aan besluitvorming over en implementatie van protocollen, standaarden en klinische paden

Situering van de functie

- De referentieverpleegkundige geriatrie is lid van het verpleegkundig – paramedisch departement en werkt als verpleegkundige op een verpleegafdeling.
- Samen met de interne liaison ondersteunt hij/zij de medewerkers in het kwalitatief uitvoeren van de taken.
-

Ondersteuning vanuit het zorgprogramma

Hij/zij kan te allen tijde beroep doen op de interne liaison geriatrie om advies in te winnen.

De referentieverpleegkundige geriatrie dient op de hoogte te zijn van de actuele trends en innovatieve geriatrie zorgverlening. Om hieraan tegemoet te komen organiseert het zorgprogramma geriatrie jaarlijks bijscholing omtrent geriatrie zorg waar verwacht wordt dat de referentieverpleegkundige aanwezig zal zijn.

3.8 Externe liaison

De externe liaison is een opdracht die gerealiseerd wordt door de pluridisciplinaire teams van de afdelingen geriatrie, geriatisch dagziekenhuis, geriatische interne liaison en de sociale dienst. De externe liaison streeft ernaar om de continuïteit van zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, alsook om functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.

Ontslagmanagement

Op het niveau van de patiënt staat de participatie van de patiënt aan zijn eigen zorgrelatie met de zorgverlener centraal.

Aan de hand van een pluridisciplinaire benadering van patiënt en mantelzorger wordt vanaf de opname systematisch het ontslag uit het ziekenhuis voorbereid. Op deze wijze voorkomen we een heropname en/of een opname in een WZC.

De sociaal medewerker werkt hiervoor nauw samen met de patiënt, de mantelzorger, interne zorgverstrekkers, de huisarts en externe diensten met respect voor de geldende afspraken met betrekking tot het ontslag van de geriatische patiënt (taakafspraken). De sociaal medewerker heeft hierbij een brugfunctie tussen het ziekenhuis en de thuiszorg en profileert zich als coördinator van het ontslag en belangenbehartiger t a v patiënt en mantelzorger.

De externe liaison bevordert zodoende de continuïteit van de zorgverlening zowel intramuraal door interdisciplinaire samenwerkingsprocessen als extramuraal door een goede samenwerking met de eerste lijnszorg.

Transmurale samenwerking

De externe liaison stelt de geriatische principes en kennis ter beschikking van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts van de WZC en de zorgverstrekkers van de geriatische patiënten.

Hiervoor heeft het zorgprogramma geriatrie van het AZ Sint-Maarten een formele samenwerking met :

- De huisarts:
De sociaal medewerker contacteert de huisarts voor advies en vragen over de sociale situatie van de patiënt.
Zolang de patiënt thuis woont zendt de sociaal medewerker een sociaal verslag naar de huisarts (C2M). Dit gebeurt steeds in samenspraak met het pluridisciplinair team.

De gerieters zijn, net als alle huisartsen van de regio alsook de meeste specialisten. lid van de overkoepelende artsenkring Dodoens vzw. Deze kring organiseert maandelijkse navormingen. Elk lid kan onderwerpen voordragen voor deze navormingen.
Contactpersoon is dr Guido Janssens.
- Thuiszorgvoorzieningen
4x/jaar organiseert de ontslagmanager (sociaal medewerker) een **lokale multidisciplinaire begeleidingscommissie**. Dit is een gemeenschappelijk overleg met diensten voor de thuiszorg van de regio Mechelen - Duffel (SEL TOM).
Hierin zetelen:
 - vertegenwoordigers van het ziekenhuis (directeur verpleegkundig en paramedisch departement, directeur medisch departement, clusterverantwoordelijke

zorgprogramma geriatrie, geriater, afgevaardigde van de hoofdverpleegkundigen, ontslagmanager (sociaal medewerker))

- vertegenwoordigers vanuit de thuiszorg (vertegenwoordigers van de huisartsen, samenwerkingsinitiatieven, thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp, mutualiteiten en OCMW's).

De doelstelling is om informatie uit te wisselen, de patiëntenzorg en de zorgcontinuïteit te verbeteren en een constructieve samenwerkingsrelatie op te bouwen.

Aandacht gaat naar het gebruik van aanwezige ervaring en expertise vanuit het ziekenhuis en thuiszorgdiensten. Daarbij gebeurt er een kennisoverdracht vanuit het ziekenhuis naar de diensten voor thuiszorg.

Hyperlink Conceptraamakkoord SEL TOM en algemene ziekenhuizen.

- WZC / Centra voor dagverzorging
 - 2x/jaar wordt een gemeenschappelijk overleg georganiseerd met alle Mechelse en Duffelse WZC waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsverband heeft. Verschillende vertegenwoordigers van het ziekenhuis nemen deel aan dit overleg zoals de directeur verpleegkundig en paramedisch departement (voorzitter), directeur medisch departement, clusterverantwoordelijke zorgprogramma geriatrie, geriater, afgevaardigde van de hoofdverpleegkundigen, ontslagmanager (sociaal medewerker - secretaris). Deze bijeenkomst heeft als doel om informatie uit te wisselen (bijscholingen organiseren), de patiëntenzorg en de zorgcontinuïteit te verbeteren en een constructieve samenwerkingsrelatie op te bouwen. Bijzondere aandacht gaat uit naar kennisoverdracht tussen het ziekenhuis en de WZC. Dit resulteerde onder andere in een specifiek ontslagdocument dat bij ontslag naar een WZC door de afdeling wordt meegegeven. Een functioneel samenwerkingsverband tussen het AZ Sint-Maarten en de WZC's is opgesteld.
 - In overleg met CRA en behandelende huisarts verleent een geriater advies of verricht uitzonderlijk consultatie in een lokaal WZC.
- CRA – overlegvergadering met gezamenlijke bijscholingsmomenten. De CRA's van de regio organiseren een platform waaraan de geriater van het A.Z. St. Maarten op uitnodiging participeren. De geriater formuleert regelmatig voorstellen voor onderwerpen waarover samen gereflecteerd wordt. Verantwoordelijke voor dit platform is dr Karel Van Engeland.

Macroniveau

Knelpunten rond de zorg van de geriatrische patiënt worden geformuleerd vanuit de verschillende actoren en dit door participatie aan overlegorganen waar een signaalfunctie kan gebeuren naar het federale of regionale zorgbeleid. De geriater, diensthoofden en de clusterverantwoordelijke zijn lid van de meeste representatieve organisaties en dragen actief bij aan de besluitvorming.

HOOFDSTUK 4 : WERKING VAN HET ZORGPROGRAMMA

4.1 Opnamecriteria voor verblijfsafdeling geriatrie

Triage op de dienst spoedgevallen:

1. Verwijzing van de huisarts naar de afdeling geriatrie.
2. > 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/ functioneel/ sociaal falen.
3. < 75 jaar met een geriatrisch profiel.

Indien 1 van de 3 bovenstaande voorwaarden aanwezig is, wordt de geriater van dienst gecontacteerd voor verder advies, eventueel met het oog op opname op dienst geriatrie. De geriater van dienst staat gepreciseerd op de werklíst en/of is bereikbaar via de 'geriafoon' (015-40) 97.89. Tijdens nacht, weekend en feestdagen is er per campus een adequate vervanging (zie Emmaus Toolset).

Klik [hier](#) om de "werkafpraak doorverwijzen van een patiënt vanuit spoedgevallen naar geriatrie" te openen.

Opnamecriteria rechtstreekse opname

1. Verwijzing van de huisarts voor opname op de afdeling geriatrie.
2. > 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/ functioneel/ sociaal falen bij wie een opname nodig is.
3. < 75 jaar met een geriatrisch profiel die moet opgenomen worden.

Opnamecriteria overname van een andere verpleegafdeling in het AZ Sint-Maarten:

1. > 75 jaar met geriatrisch profiel die niet medisch ontslagklaar zijn en geriatrisch nog uit te werken zijn na de oppuntstelling van de desbetreffende subdiscipline.
2. < 75 jaar met een geriatrisch profiel die niet medisch ontslagklaar zijn en geriatrisch nog uit te werken zijn na de oppuntstelling van de desbetreffende subdiscipline.

De problematiek 'Patiënt wacht op een plaatsing in een woonzorgcentrum' komt niet in aanmerking voor een overname.

Bij overnames vanuit andere disciplines naar een geriatrische verblijfsafdeling:

- Er dient via de interne liaison een akkoord te zijn tot overname op geriatrie. Op de Mechelse campi is dit voornamelijk via dr Annemarie De Cock, in Duffel via dr Elke Roofthoofd. In 'dringende' en 'specifieke' gevallen kan van de afspraak worden afgeweken via een rechtstreeks contact tussen de verwijzende arts en hetzij de ontvangende geriater, hetzij de 'geriafoon' (015-40) 97.89.
- De geriatrische afdeling zelf en de behandelende geriater worden steeds op de hoogte gebracht van de transfer.
- Transfers gebeuren van maandag tot donderdag. Overnames op vrijdag bij voorkeur enkel bij medisch doorslaggevende redenen of bij dringende bedden nood in de dienst van herkomst. Vrijdagtransferten liefst in de voormiddag.

4.2 Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma

Hieronder wordt een overzicht verstrekt van de overlegmomenten die over de diverse afdelingen en functieprofielen heen georganiseerd worden.

Overlegstructuur	Leden	Frequentie	Inhoud
Overleg hoofdverpleegkundige -clusterverantwoordelijke	- Hoofdverpleegkundige van een afdeling binnen het zorgprogramma geriatrie - clusterverantwoordelijke	Om de 2weken	- Personeelsbespreking - Bespreken van oa afdelingsgebonden werkafspraken, processen,... - Doorgeven van beleidsinformatie vanuit de directie en middenkader naar de HVP - Doorgeven van informatie vanuit HVP naar de directie en middenkader.
Ergo vergadering	- Ergotherapeuten werkzaam binnen zorgprogramma geriatrie - Ann Lambrechts	4x/jaar	- Ergotherapeutisch beleid en werking binnen zorgprogramma geriatrie en SP. - Bespreking van oa casussen, knelpunten, nieuwe projecten, werkafspraken, aankoop nieuwe materialen,...
Logo vergadering	- Logopedisten werkzaam binnen zorgprogramma geriatrie en Sp-diensten - Ann Lambrechts	4x/jaar	- Logopedisch beleid en werking binnen zorgprogramma geriatrie en SP - Bespreking van oa casussen, knelpunten, nieuwe projecten, werkafspraken, aankoop nieuwe materialen,...
Overleg geriaters	Alle geriaters	Wekelijks	Bespreken en bepalen van het medisch beleid en werking zorgprogramma geriatrie.
Dienstvergadering afdeling geriatrie	- Leden van de dienst van het zorgprogramma geriatrie - Hoofdverpleegkundige	Afdeling: Min 6x/jaar Interne liaison: min 2x/jaar	- Informatie vanuit de directie meedelen naar de leden van de dienst. - Bespreken van de operationele werking van de dienst oa werkafspraken, personeel, incidenten, verbeterprojecten, uitwerken van doelstellingen,....

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op QDMS

		Geriatrisch dagziekenhuis: min 2x/jaar	
Overleg sociale dienst	- Medewerkers sociale dienst - Hoofdverantwoordelijke sociale dienst	1x/maand	Werking van sociale dienst mbt zorgprogramma geriatrie
Overleg cluster G-SP op niveau van sociale dienst	- Medewerkers sociale dienst werkzaam binnen zorgprogramma geriatrie - Medewerkers sociale dienst werkzaam binnen SP - Hoofdverantwoordelijke sociale dienst	4 à 5x / jaar	- Werking van sociale dienst mbt zorgprogramma geriatrie en SP - Casusbespreking - Bespreking van knelpunten/interessante zaken rond geriatrische patiënten - Bespreking en verdere uitwerking verbetertrajecten rond zorgprogramma geriatrie en verwante thema's.
Clustervergadering	- Hoofdverpleegkundigen van zorgprogramma geriatrie - Adjunct-hoofdverpleegkundigen van de zorgprogramma geriatrie - clusterverantwoordelijke	Maandelijks Vergaderingen van juli en augustus wordt vervangen door een denkdag die in de andere maanden georganiseerd wordt.	- Bepalen, bespreken en uitwerken van een beleid binnen verpleegkundig en paramedisch departement aangaande geriatrie. - Bepalen, bespreken, uitwerken en verbeteren van operationele werking van de cluster geriatrie (al zijn diverse onderdelen en functies) - Uitwerken van een uniform beleid in clustergebonden werkafspraken. - Doorgeven van beleidsinformatie vanuit de directie en middenkader naar de HVPen - Doorgeven van informatie vanuit HVPen naar de directie en middenkader
Pluridisciplinair team	- De verantwoordelijke arts van het zorgprogramma geriatrie - Het medisch diensthoofd zorgcluster geriatrie - clusterverantwoordelijke van de	2x/jaar	- Uitwerken en evalueren van het pluridisciplinair geriatrisch kwaliteitshandboek - Kwaliteitsbeleid bepalen en opvolgen - KB normen opvolgen

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op QDMS

	zorgcluster geriatrie • hoofdverpleegkundigen • sociaal verpleegkundige / sociaal medewerker • afgevaardigd kinesitherapeut • afgevaardigd ergotherapeut • afgevaardigd logopedist • hoofddiëtist of een afgevaardigd diëtist • psycholoog		• registratie van de geriatrische gegevens • continuïteit van zorg, via de doorstroming van patiëntgegevens opvolgen en verbeteren
Interdisciplinair overleg	• alle (adjunct)hoofdverpleegkundigen van zorgprogramma geriatrie • alle geriaters • clusterverantwoordelijke zorgprogramma geriatrie • afgevaardigde van de interne liaison • afgevaardigde van het geriatrisch dagziekenhuis • afgevaardigde van de logopedisten • afgevaardigde van de ergotherapeuten • afgevaardigde van de kinesitherapeuten • lid van de pastorale dienst • lid van de sociale dienst • adjunct of hoofdapotheke	2x/jaar	• Bepalen, bespreken en uitwerken van een zorgbeleid binnen zorgprogramma geriatrie. • Bepalen, bespreken, uitwerken en verbeteren van operationele werking van het zorgprogramma geriatrie (al zijn diverse onderdelen en functies) • Informeren van de diverse disciplines over nieuwe werkafspraken, processen en projecten. • Kwaliteitsbeleid mee uitschrijven en opvolgen. • Informeren van elkaar teneinde de continuïteit en kwaliteit van zorg te blijven verbeteren.
HVP-geriaters	• clusterverantwoordelijke • hoofdverpleegkundigen van zorgprogramma geriatrie • geriaters	Ad hoc	Zorgbeleid, werking cluster geriatrie in zijn totaliteit.

4.3 Ontslagbeleid

Het ontslag van de geriatrische patiënt wordt vanaf de opname in het ziekenhuis voorbereid. Bij elk ontslag van een geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair ontslagdossier opgemaakt dat alle, voor de continuïteit van de zorg, nuttige elementen bevat. Dit ontslagdossier wordt elektronisch ter beschikking gesteld aan de door de patiënt aangewezen huisarts en, indien nodig, aan andere zorgverleners om de continuïteit van zorg te garanderen. De sociale dienst neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de dag van opname in het ziekenhuis.

In geval van plaatsing in een zorginstelling, komt vaak de vraag het dossier via Medibridge/Hector over te maken aan de arts-CRA, ook indien deze niet de huisarts van de patiënt is. Dit is een controversieel probleem. Om die reden wordt in deze situatie een “hardcopy” van de documenten met de patiënt meegegeven die dan zelf kan oordelen of hij deze documenten ter beschikking stelt van de arts-CRA. Zodra duidelijk is dat de huisarts geen bezwaar heeft tegen het delen van de documenten met de arts-CRA, wordt de CRA op eenvoudige vraag via Medibridge/Hector in het bezit gesteld van de nodige documenten.

4.4 Lijst van standing orders

Deze zijn per afdeling in QDMS terug te vinden onder ‘staand orders’.

4.5 Opleidingen georganiseerd binnen het zorgprogramma

Vanuit het zorgprogramma geriatrie wordt jaarlijks 8u – 15u interne opleiding van toepassing voor behoud van BBT en BBK geriatrie georganiseerd. Deze opleidingen worden aanbevolen voor de zorgverstrekkers werkzaam in het zorgprogramma geriatrie en de referentieverpleegkundigen geriatrie.

Het doel van deze opleidingen is het verspreiden van de geriatische benadering in het ziekenhuis, up-to-date houden van de kennis en deskundigheid van de zorgverstrekkers aangaande diverse pathologieën en behandelingswijzen bij geriatische patiënten.

Klik [hier](#) voor de werkafpraak “Volgen van een bijscholing in kader van behoud BBT BBK geriatrie”.

Het is de ambitie van alle betrokkenen om te werken naar een core-curriculum geriatrie A.Z. St.-Maarten dat de belangrijkste geriatische zorgtopics aansnijdt. Dit curriculum loopt over verschillende werkjaren en wordt om de evenveel jaren geüpdatet. Zodra beschikbaar zal dit curriculum worden geïmplementeerd in Hoofdstuk 5.1 (zie verder).

HOOFDSTUK 5 : KWALITEITSBORGING

Volgende indicatoren zijn ter kwaliteitsopvolging gedefinieerd:

2015 – 2017

1. ***Het zorgprogramma geriatrie van het AZ Sint-Maarten wenst door de organisatie van bijscholing een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de geriatrische zorg in de regio***
 - Doel: Het ziekenhuis realiseert minimaal 8u opleidingen voor verpleegkundigen, paramedici, artsen, van toepassing voor het behoud van BBT/BBK geriatrie
 - Prestatie indicator:
 - Het aantal effectief georganiseerde vormingen
 - Het aantal deelnemers (intern – extern)
 - Het aantal positieve evaluaties ingediend door de cursisten > 80%
 - Streefwaarde
 - Het aantal effectief georganiseerde vormingen bedraagt minimaal 8u vorming van toepassing voor het behoud van BBT/BBK geriatrie
 - Het aantal positieve evaluaties ingediend door de cursisten > 80%
 - Actiepunten:
 - Uitwerken bijscholingen en bespreken met de respectievelijke collega's van het zorgprogramma geriatrie. Bijscholing wordt georganiseerd op basis van individuele (functioneringsgesprekken), cluster (HVP), of afdelingsnoden (dienstvergadering).
 - Organisaties die een samenwerkingsverband (externe liaison) hebben met het ziekenhuis worden steeds uitgenodigd voor de opleidingen.
2. ***Deelname aan extern georganiseerde bijscholingen in de geriatrie in kader van behoud BBT/BBK***
 - Doel: Het ziekenhuis financiert 8u externe opleidingen voor verpleegkundigen, van toepassing voor het behoud van BBT/BBK geriatrie
 - Prestatie indicator:
 - Het percentage deelnemers met BBT/BBK geriatrie dat jaarlijks min 7u36 aan externe opleiding mbt geriatrische zorg volgt
 - Streefwaarde
 - 80%
 - Actiepunten:
 - Actief vormingsbeleid waarbij de verpleegkundigen gestimuleerd worden jaarlijks 15u opleiding te volgen gericht naar behoud van BBT/BBK geriatrie. De helft van deze uren mag extern gevolgd worden.
3. ***Patiënten hebben een optimale voedingstoestand***
 - Doel: elke patiënt wordt gescreend op zijn risico op malnutritie.
 - Prestatie indicator: Percentage opgenomen patiënten dat binnen de 3 dagen na opname gescreend wordt naar hun risico op ondervoeding
 - Streefwaarde: minimaal 80%
 - Exclusiecriteria: Palliatieve patiënten

4. Handhygiëne

Deze indicator wordt ziekenhuisbreed gemeten. De resultaten worden gecommuniceerd en op de afdeling en cluster opgevolgd:

- Aantal personen conform de randvoorwaarden van handhygiëne
- Verbruikscijfers handalcohol

5. Patiënten ID-bandje

Deze indicator wordt ziekenhuisbreed gemeten. De resultaten worden gecommuniceerd en op de afdeling en cluster opgevolgd:

- Aantal patiënten met een correct en leesbaar ID-bandje aan

Nog verder te bepalen en uit te werken vanaf 2017**1. Aantal heropnames van een geriatrische patiënt binnen de 14 dagen**

- Doel: heropnames omwille van dezelfde reden van opname vermijden
- Prestatie indicator: percentage heropnames van geriatrische patiënten binnen de 14 dagen na ontslag uit het ziekenhuis
- Streefwaarde: 20%
- Exclusiecriteria: Palliatieve patiënten
- Te bekijken of er een registratiesysteem opgesteld kan worden waarbij makkelijk genoteerd kan worden dat een ontslag vanuit geriatrie door het pluridisciplinair team gedragen wordt.

2. Aantal valincidenten tijdens een verblijf

- Doel: opvolgen van het aantal valincidenten bij op een geriatrische afdeling gehospitaliseerde patiënten.
- Prestatie indicator:
 - # vastgestelde vallen / # gerealiseerde verpleegdagen
 - # vastgestelde vallen met schade/ # gerealiseerde verpleegdagen
- Streefwaarde:
 - Te bepalen ifv eerste meting.
 - benchmark tussen alle G-verblijfsafdelingen
- Exclusiecriteria:
 - valincidenten van patiënten waarvoor niet minstens één verpleegdag wordt aangerekend

3. medicatie

- a.** Interventies van de apotheek bij medicatievoorschriften
- b.** medicatietoedieningsfouten

4. Aantal decubitusregistraties**5. Pijnregistratie****6. Aantal nosocomiale UWI.**

Vanaf 2017 zal gewerkt worden aan transmurale zorgpaden teneinde de kwaliteit en efficiëntie van zorg te verhogen.

HOOFDSTUK 6 INHOUD KWALITEITSHANDBOEK

Het pluridisciplinair geriatisch handboek wordt tweejaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd. Het document is vrij raadpleegbaar door elke ziekenhuismedewerker (intranet/QDMS) en alle andere verstrekkers die vanwege de samenwerking bij het zorgprogramma betrokken zijn evenals door de patiënt of zijn vertegenwoordiger (website, afdruk op vraag).

HOOFDSTUK 7 :BIJLAGEN

/