



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Kwaliteitshandboek

Zorgprogramma geriatrie

Contactpersoon	Kim Van Achteren
Geldig vanaf	14/03/2023
Referentie	AZSTM-001009
Versie	2.0

Inhoud

Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: Missie en visie.....	5
1.1 Missie en visie van AZ Sint-Maarten.....	5
1.2 Missie en visie van het zorgprogramma geriatrie.....	6
1.3 Waarden	6
Hoofdstuk 2: Doelgroep van het zorgprogramma	9
2.1 Verminderde homeostase	9
2.2 Multipele, chronische pathologie	10
Hoofdstuk 3: Beschrijving van het zorgprogramma	12
3.1 Organogram.....	12
3.2 Pluridisciplinair geriatriesch team	12
3.3 Het geriatriesch consult	13
3.4 Het geriatriesch dagziekenhuis.....	14
3.4.1 Algemeen	14
3.4.2 Samenstelling team	14
3.4.3 Modaliteiten aanvraag tot opname	14
3.4.4 Zorgaanbod	14
3.4.5 Organisatie van de zorgverlening	15
3.5 Geriatriische eenheden	16
3.5.1 Algemeen	16
3.5.2 Doelstelling	16
3.5.3 Samenstelling team	16
3.5.4 Organisatie van de zorgverlening	17
3.5.5 Opvolging geriatriische patiënten op eenheid 300	17
3.6 Interne liaison geriatrie (ILG)	17
3.6.1 Algemeen	17
3.6.2 Doelstellingen.....	17
3.6.3 Samenstelling team	18
3.6.4 Organisatie en werking.....	18
3.8 Externe liaison geriatrie	21
3.8.1 Ontslagmanagement.....	21
3.8.2 Transmurale samenwerking	21
Hoofdstuk 4: Werking van het zorgprogramma.....	24
4.1 Opnamecriteria voor verblijfseenheid geriatrie.....	24
4.1 Opnameflows voor verblijfseenheid geriatrie	25
4.1.1 Procesbeschrijving opname via spoed	25
4.1.2 Procesbeschrijving rechtstreekse opname.....	25
4.1.2 Procesbeschrijving opname via interne transfer	26
4.2 Ontslagbeleid	26
4.3 Staand orders geriatrie	27
4.4 Afspraken in specifieke context.....	27
4.4.1 Dementiebeleid.....	27
4.4.2 Weglooptgedrag.....	28
4.4.3 Delier.....	28
4.5 Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma	30
Overlegstructuur	30
Leden	30
Frequentie	30
Inhoud	30
4.6 Opleidingen georganiseerd binnen het zorgprogramma	33
Hoofdstuk 5: Kwaliteitsborging	34

Indicatoren	34
Inhoud kwaliteitshandboek.....	36
Bijlagen.....	36

Inleiding

Het pluridisciplinair geriatriesch kwaliteitshandboek beschrijft alle normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt dient te voldoen in het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten, volgens de wettelijke bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 Januari 2007.

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op multidisciplinaire diagnostiek en therapie, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt. Verder waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrische patiënten met een risicoprofiel alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het programma bestaat erin via een multidisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionaliteiten met een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon. Het handboek beschrijft alle facetten van de zorgverlening. De afspraken betreffende de samenwerking tussen de interne en de externe actoren, de richtlijnen en het kwaliteitsbeleid zijn onder meer in dit kwaliteitshandboek terug te vinden.

Het kwaliteitshandboek kan steeds geraadpleegd worden door alle medewerkers van het zorgprogramma geriatrie, alsook door de personen die direct of indirect bij de geriatrische zorg betrokken zijn.

Hoofdstuk 1: Missie en visie

1.1 Missie en visie van AZ Sint-Maarten



'Focus 2025' geeft de richting aan die het AZ Sint-Maarten uitgaat en helpt tot 2025 om beleidskeuzes te maken over o.a. het medisch aanbod, de zorgaanpak, projecten, investeringen, cultuur, waarden en personeel.

Onze missie is professionele, toegankelijke en betaalbare zorg bieden aan de samenleving van de ruime regio Mechelen.

Onze zorgverlening wordt hierin gestuurd door 'kernwaarden' die we centraal stellen in alles wat we doen: openheid, samenwerking, kwaliteit, ambitie en respect. Intern spreken we over onze 'OSKAR'. Op die manier willen we als ziekenhuis het verschil maken, in het belang van het welzijn van de patiënt.

Om onze missie te realiseren, vertrekken we vanuit vier pijlers:



- Patiënt: wat kunnen patiënten in 2025 verwachten van AZ Sint-Maarten?
- Medewerker: welke accenten zal AZ Sint-Maarten leggen om in 2025 een fijne en motiverende werkomgeving te zijn?
- Ziekenhuis: hoe zien we ons ziekenhuis als organisatie evolueren richting 2025?
- Maatschappij: welke brede maatschappelijke rol zal AZ Sint-Maarten opnemen?

De pijlers laten ons toe om de algemene missie te concretiseren, ons toekomstbeeld te verduidelijken en te vertalen naar concrete doelen.

1.2 Missie en visie van het zorgprogramma geriatrie

In dialoog met de oudere zorgvrager bieden we evidence-based kwaliteitszorg, waarbij een multidisciplinair team vanuit ieders expertise en in onderling overleg inzet op de mogelijkheden van de geriatrische patiënt.

In dialoog:

Vanuit respect voor de eigenheid van de zorgvrager wordt maximaal gestreefd naar zorg op maat. Hiervoor wordt via allerlei kanalen en door alle teamleden in communicatie getreden met en over de patiënt.

De oudere zorgvrager:

De focus wordt niet enkel gelegd op de oudere zorgvrager en diens noden en/of behoeften. Ook de mantelzorger en andere belangrijke naasten krijgen de aandacht van het multidisciplinair team als partner in de zorg voor de geriatrische patiënt. Uiteraard zijn intramurale en extramurale partnerschappen hierbij belangrijk.

Evidence-based kwaliteitszorg

Er wordt gestreefd naar warmmenselijke kwaliteitsvolle zorg die wetenschappelijk onderbouwd is. Er wordt ook ingespeeld op veranderende maatschappelijke tendensen en nieuwe innovatieve technologieën ter ondersteuning van deze zorg. Dit alles met het accent op de optimalisatie van de gezondheid en de levenskwaliteit van de geriatrische patiënt.

Multidisciplinair team

Een gemotiveerd, multidisciplinair team vormt samen een holistisch totaalbeeld over de geriatrische patiënt. Elk teamlid doet een eerste analyse vanuit het eigen expertisegebied. Nadien wordt in nauw overleg verdere therapeutische doelen vooropgesteld en therapie aangeboden.

Inzet op mogelijkheden

De geriatrische patiënt wordt op een kwetsbaar moment opgenomen in het ziekenhuis. Er wordt rekening gehouden met het broze evenwicht tussen zelfredzaamheid en het overnemen van zorg. Vanuit de principes van empowerment - en meer bepaald het krachtenperspectief - wordt tevens aangestuurd op aandacht voor het positieve, zingeving, de aanwezige mogelijkheden, capaciteiten en krachtbronnen.

1.3 Waarden

De OSKAR-kernwaarden zijn het DNA van AZ Sint-Maarten: openheid, samenwerking, kwaliteit, ambitie en respect. Ook binnen het zorgprogramma geriatrie wordt in het verlengde van deze waarden gewerkt:

Openheid



Er is openheid voor overleg met verwijzers uit de eerste lijn en met betrokkenen uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt.

Samenwerking



De kaart van interne en externe samenwerking wordt getrokken. Er wordt zeer sterk interdisciplinair gewerkt met arts-geriateren, verpleegkundigen, zorgkundigen, logistiek medewerkers, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, kinesitherapeuten, sociaal werkers,... Hierbij zijn teamwork, overleg en communicatie zeer belangrijk.

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 gestuurd wordt. In dit proces wordt ook de mantelzorger sterk betrokken.

Patiënten die op een niet-geriatrie verpleegeenheid verblijven worden ook door het zorgprogramma geriatrie opgevolgd. De zorgverstrekkers van die eenheden ontvangen de nodige ondersteuning en begeleiding vanuit de leden van het zorgprogramma. Er is ook een nauwe samenwerking met alle externe partners (huisartsen, WZC, eerstelijnszorg,...) waarbij een goede wederzijdse informatiedoorstroming centraal staat. Diverse contactmogelijkheden stimuleren deze dialoog.

Kwaliteit



Het zorgprogramma geriatrie engageert zich om de kwaliteit van leven voor de geriatrie patiënt te verbeteren of minstens te behouden. Hierbij wordt een afweging gemaakt tussen inzetten op zelfredzaamheid en zorgafhankelijkheid. Indien behandelen niet meer mogelijk (of wenselijk) is, wordt palliatieve zorg aangeboden.

Een kwaliteitsvolle, geïntegreerde geriatrie zorg vereist een deskundig team van medewerkers. Elke zorgverstrekker heeft hierin een rol en verantwoordelijkheid. Er worden vormingsmogelijkheden gericht op de geriatrie zorg intern en extern aangeboden, zodanig dat de competenties steeds verder ontwikkeld kunnen worden en dat nieuwe wetenschappelijke inzichten in de praktijk omgezet kunnen worden.

Ambitie



We ambiëren topgeneeskunde die hand in hand gaat met warmmenselijk zorg. Hiervoor doen we beroep op de competenties van de zorgverstrekker, doch maken ook gebruik van innovatieve materialen en technologieën.

Respect



Elke zorgvrager dient respectvol en ethisch benaderd te worden, ongeacht diens overtuiging of afkomst.

Hoofdstuk 2: Doelgroep van het zorgprogramma

Het zorgprogramma geriatrie richt zich specifiek tot alle 75-plussers mét een geriatrisch profiel, die behandeld worden in het AZ Sint-Maarten, zowel poliklinisch als in hospitalisatie.

Ouderen worden op basis van hun leeftijd ingedeeld in jong- en hoogbejaarden. In die laatste groep rangschikt men de 75-plussers. Een geriatrische patiënt wordt echter niet gedefinieerd op basis van zijn leeftijd; hij beantwoordt veeleer aan bepaalde karakteristieken die samen het geriatrisch profiel vormen. Naarmate de leeftijd toeneemt beantwoorden meer ouderen aan dit profiel, maar niet iedere oudere patiënt is een geriatrische patiënt. Algemeen genomen wordt de geriatrische patiënt gedefinieerd als iemand met een complex ziektebeeld, als gevolg van stoornissen op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied, waardoor zelfstandig functioneren en de kwaliteit van het leven negatief beïnvloed worden.

De oudere zorgvrager vanaf 75 jaar en/of een patiënt met een positieve screening Geriatrisch Risico Profiel (GRP) wordt beschouwd als een geriatrische patiënt. Deze geriatrische patiënt worden opgenomen in het geriatrisch zorgprogramma geriatrie indien ze beschikken over één of meerdere van de volgende karakteristieken:

- verwevenheid van medische-biologische, psychische en sociale factoren
- multipele pathologie
- polyfarmacie
- atypische presentatie van ziekten
- verminderde reservefunctie
- interindividuele variatie

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 met een geriatrisch profiel in het zorgprogramma geriatrie opgenomen worden.

2.1 Verminderde homeostase

Na de fase van ontwikkeling van het menselijk organisme en het bereiken van de volwassenheid beginnen de functionele mogelijkheden van de verschillende organen van het lichaam te verminderen. Dit verlies gebeurt aanvankelijk onopgemerkt. Eerst dalen de uitgebreide reservecapaciteiten, de functionele mogelijkheden die normaal niet gebruikt worden, tenzij voor ongewone (top)prestaties. Wanneer de reserves met de jaren verder dalen, wordt het verschil tussen normale en maximale prestaties steeds kleiner. Er wordt dan een niveau bereikt, waarbij beperkingen duidelijk worden bij kleinere supplementaire fysieke of psychische inspanningen. Dit verlies - dat reeds vroeg in het leven begint - vermindert de homeostasemogelijkheden en daardoor worden ouderen toenemend kwetsbaar op somatisch en psychosociaal vlak. Kleinere incidenten kunnen dit wankel evenwicht reeds verstoren. De lichamelijke en geestelijke veranderingen, die bij het verouderen optreden, kunnen echter sterk uiteenlopen. Naarmate de leeftijd toeneemt krijgen ouderdomsveranderingen een duidelijker individueel karakter en worden de verschillen tussen leeftijdsgenoten meer opvallend. De kalenderleeftijd (de chronologische leeftijd) geeft daarom bij ouderen minder informatie. De fysieke en mentale conditie kan sterk verschillen van wat gemiddeld op een bepaalde leeftijd verwacht kan worden. De biologische leeftijd daarentegen geeft aan met welke leeftijd de vastgestelde biologische conditie gemiddeld overeenkomt. Er is een neiging om de beperkingen die bij ouderen optreden te verklaren door de leeftijd. Het is echter duidelijk dat een reeks verschijnselen

niet obligaats gekoppeld zijn aan een bepaalde leeftijd, maar veeleer verklaard kunnen worden door pathologische processen of door een niet optimale levensstijl. Het onderscheid tussen 'optimale' veroudering en pathologische verschijnselen is wetenschappelijk van groot belang, maar in de dagelijkse praktijk is het niet altijd eenvoudig om bij ouderen 'normaal' van 'abnormaal' te onderscheiden.

2.2 Multipiele, chronische pathologie

Geriatrische patiënten vertonen steeds verschillende ziektes op hetzelfde ogenblik. Deze multimorbiditeit bestaat hoofdzakelijk uit chronische aandoeningen, dikwijls van degeneratieve aard. Dergelijke aandoeningen kunnen niet meer genezen; volledig herstel is niet meer mogelijk. De medische interventies richten zich bij dit type van pathologie veeleer op het opvangen van acute opflakkingen, op het afremmen van het verdere verloop en het in stand houden van de overblijvende functies. Alhoewel een chronische aandoening niet steeds een beperking of handicap hoeft te veroorzaken, bestaat toch steeds deze mogelijkheid, zeker wanneer een aantal van deze ziektes samen aanwezig zijn.

Bedreigde validiteit

Chronische aandoeningen verhogen de kans op invaliditeit bij ouderen. Nochtans kan er onderscheid gemaakt worden tussen een medische diagnose en de gevolgen van deze pathologie in het dagelijkse leven. Gelukkig hebben niet alle medische diagnoses direct impact op de validiteit. Zo leven vele ouderen ongehinderd met een behandeling voor bijvoorbeeld hoge bloeddruk of met artrose. Een lange lijst van diagnoses vertelt niet alles over een patiënt. Het is belangrijk dat de arts bij geriatrische patiënten ook een idee heeft over de graad van zelfstandigheid van zijn patiënt en dat hij de graad van autonomie meet met functionele testen.

Het risico van polyfarmacie

De kans is reëel dat ouderen met multipiele chronische aandoeningen daarvoor ook verschillende geneesmiddelen. Dit vergt bijzondere aandacht, want ouderen ondervinden gemakkelijk neveneffecten van deze medicatie. Naarmate het aantal voorgeschreven producten stijgt, kunnen er ook meer fouten gemaakt worden bij het innemen. De hoge incidentie van neveneffecten berust echter niet alleen op de hoge consumptie van medicatie in deze groep. Er dient ook rekening gehouden te worden met de kans op interacties tussen de verschillende geneesmiddelen, en de veranderingen in de farmacokinetiek en -dynamiek van vele geneesmiddelen bij ouderen. De verminderde homeostase, de verminderde reserve en de verhoogde kwetsbaarheid van ouderen tonen zich tevens bij de impact van geneesmiddelen op hun welzijn.

Gewijzigde presentatie en verloop van pathologie

Een hoogbejaarde 'zieke' presenteert zich vaak anders, op een ongewone manier. Het klachtenpatroon verandert, wordt meestal armer en vager. De anamnese wordt daardoor onduidelijker en moet dikwijls aangevuld worden door een heteroanamnese van personen uit de omgeving. Ouderen reageren ook meer met vage symptomen: hun algemene toestand gaat achteruit, ze eten minder, ze worden minder mobiel of incontinent. Anderen verliezen hun mentale alertheid en worden meer verward. De veroudering kan symptomen zoals dehydratie maskeren en verschillende ziekte tekens zullen omwille van een gebrek

aan reactievermogen bij oudere patiënten ook minder frequent optreden. Zo kan koorts bij een infectie bij ouderen minder hoog zijn en zal spierweerstand bij een acuut abdomen minder opvallend zijn. In andere gevallen zijn het de verwikkelingen die de aandacht trekken. Een myocardinfarct dat pijnloos verliep kan zich manifesteren als een longoedeem, een acute verwardheid of een cerebrovasculair accident. De vagere anamnese, de ongewone symptomen en de minder duidelijke ziekte tekens maken dat de diagnostiek bij hoogbejaarden moeilijker is. Die veranderde presentatie houdt het risico in dat de ziekte miskend wordt en dat een behandeling (te) laat gestart wordt. Bij geriatrische patiënten die juist verhoogd kwetsbaar zijn, kan dit tijdsverlies mede verantwoordelijk zijn voor het ongunstigere verloop van verschillende aandoeningen.

Somato-psycho-sociale verwevenheid

De interactie tussen lichaam en geest is bij geriatrische patiënten zeer opvallend. Somatische aandoeningen hebben in deze groep vaker psychische gevolgen. Het optreden van een delirium is hiervan een duidelijk voorbeeld. Psychiatrische ziektebeelden zoals een depressie kunnen zich voordoen als een somatische aandoening of zich verwikkelen met lichamelijke problemen zoals zelfverwaarlozing en ondervoeding. Bij ouderen met dementie vergt de behandeling van intercurrente lichamelijke ziektes eveneens een eigen aanpak. Heel wat hoogbejaarden worden door anderen deels geholpen in het dagelijkse leven, maar wanneer die ondersteuning onverwachts wegvalt geraten ze in praktische moeilijkheden. Voor anderen is het verder thuis verblijven niet meer mogelijk en moet er naar een gepast alternatief gezocht worden. De vermenging van somatische problemen met stoornissen en moeilijkheden op andere gebieden is een essentieel kenmerk van geriatrische patiënten. Het is een belangrijk element waar aandacht aan gegeven dient te worden bij de opvang van dit type patiënten.

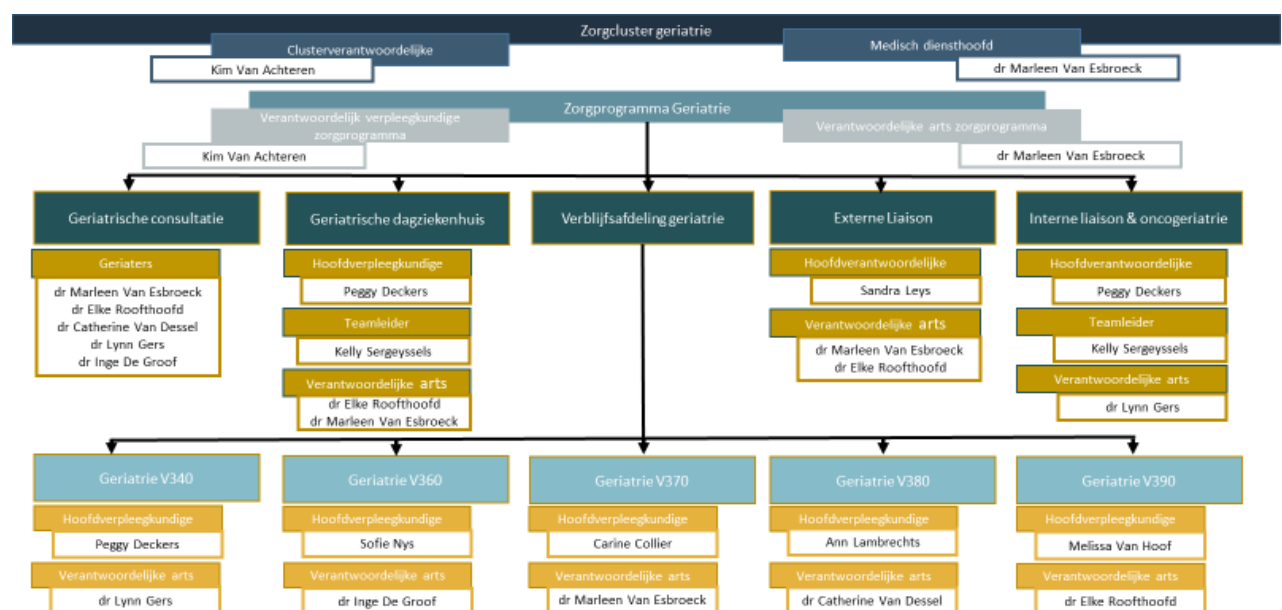
Hoofdstuk 3: Beschrijving van het zorgprogramma

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op het pluridisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt. Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrische patiënten, alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin aan de hand van 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 geriatrische patiënt 5 pijlers:

1. het geriatrisch consult
2. een geriatrisch dagziekenhuis
3. vijf erkende geriatrische verblijfseenheden
4. interne liaison geriatrie
5. externe liaison geriatrie



3.2 Pluridisciplinair geriatrisch team

Het pluridisciplinair geriatrisch team is een stuurgroep voor het globale zorgprogramma geriatrie die het geriatrisch beleid richting geeft. Dit team komt thematisch samen in kleinere werkgroepen en koppelt terug tijdens een pluridisciplinair overleg (PDO) zorgprogramma geriatrie.

Het team heeft als taak:

1. het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatriesch handboek;
2. het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatriesch handboek;
3. de naleving van de vastgestelde normen;
4. de registratie in het kader van de kwaliteitszorg van de geriatrische 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 geriatriesch team bestaat uit een team van zorgmedewerkers die het beleid voor het globale zorgprogramma geriatrie aansturen.

Het team bestaat minimaal uit:

- Het medisch diensthoofd geriatrie, als verantwoordelijke arts van het zorgprogramma geriatrie
- Eén of meerdere arts-geriateren
- De clusterverantwoordelijke zorg van de zorgcluster geriatrie, als verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie
- De Hoofdverantwoordelijke zorg
- De teamleiders zorg
- Een afgevaardigd zorgkundige
- Een afgevaardigd sociaal werker
- Een afgevaardigd kinesitherapeut
- Een afgevaardigd ergotherapeut
- Een afgevaardigd logopedist
- Een afgevaardigd diëtist
- De psycholoog
- Een afgevaardigd pastoraal medewerker

3.3 Het geriatriesch consult

Een geriatriesch consultatie is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts, een geriatriesch advies te verstrekken en/of om interventies, die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen, uit te voeren.

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 elektronisch patiëntendossier (KWS) en zijn ter beschikking via een elektronisch portaal (MyNexuzHealth). De patiënt wordt geïnformeerd van de overdracht van deze informatie.

Indien zich een probleem voordoet bij een geriatriesch patiënt in de thuissituatie of in een thuisvervangende situatie, kan steeds een pluridisciplinair geriatriesch advies gevraagd worden. De extramurale patiënt kan mits afspraak steeds op consultatie komen in het geriatriesch dagziekenhuis bij de arts-geriater en een lid van het multidisciplinair geriatriesch team. De multidisciplinaire bevindingen worden genoteerd in het elektronisch patiëntendossier (KWS) en zijn ter beschikking via een elektronisch portaal (MyNexuzHealth). De patiënt wordt geïnformeerd van de overdracht van deze informatie.

3.4 Het geriatrisch dagziekenhuis

3.4.1 Algemeen

Het geriatrisch dagziekenhuis heeft een erkenning voor 6 plaatsen (zetels/bedden) en is gesitueerd op eenheid D281.

3.4.2 Samenstelling team

Het pluridisciplinair team bestaat uit:

- De verantwoordelijke arts-geriater(s)
- De teamleider
- De verpleegkundige en paramedische equipe:
 - verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of verpleegkundigen met aantoonbare expertise in de geriatrie
 - ergotherapeuten
 - logopedisten

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

- sociaal werker
- psycholoog
- diëtist
- kinesitherapeuten
- intercultureel bemiddelaar
- pastoraal medewerker

3.4.3 Modaliteiten aanvraag tot opname

De geriatrische patiënt wordt opgenomen in de geriatrische daghospitalisatie na verwijzing door de huisarts of een arts-specialist. De verpleegkundige van deze eenheid zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Hij/zij brengt de huisarts, arts-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.

3.4.4 Zorgaanbod

Het geriatrisch dagziekenhuis is uitsluitend beschikbaar voor geriatrische patiënten en focust zich op diagnostiek, ambulante therapie en revalidatie.

- Diagnostiek:
 - Comprehensive geriatrisch assessment (multidisciplinaire geriatrische evaluatie naar fysiek, psychisch en sociaal functioneren)
 - Evaluatie van metabole en geriatrische syndromen (diabetes, osteoporose, malnutritie, sarcopenie, polyfarmacie, delier)
 - Preoperatieve evaluatie van de geriatrische patiënt
 - Oppuntstelling van de onco- geriatrische 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)
 - Geheugenkliniek (diagnose, therapie en educatie aan personen met dementie en hun mantelzorgers)
 - Slikstoornissen
 - Malnutritie
 - Ondersteuning van moeilijke en belastende ambulante onderzoeken bv. colonoscopie (incidenteel)
- Revalidatie:
 - Fysieke revalidatie > diagnosestelling met doorverwijzing naar de interne dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie (FGR)
 - Cognitieve revalidatie > diagnosestelling met doorverwijzing naar een verder aanbod in de periferie
- Behandeling:
 - Intraveneuze therapie bv: ijzer toediening, osteoporose therapie
 - Bloedtransfusie
 - Complexe wondzorg

3.4.5 Organisatie van de zorgverlening

Diagnose

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

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 het elektronisch patiëntendossier en wordt elektronisch bezorgd aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze informatiedeling.

Revalidatie en/of behandeling

De volledige verdere revalidatie en opvolging gebeurt ambulant in de dienst FGR. 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.

In de dienst FGR wordt de voortgang van deze patiënten wekelijks besproken en genoteerd in het patiëntendossier.

Op het einde van het revalidatieplan (of behandeling) wordt een verslag opgemaakt in het elektronisch 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 deze informatiedeling.

3.5 Geriatrische eenheden

3.5.1 Algemeen

Het AZ Sint- Maarten heeft 132 erkende geriatrische bedden verdeeld over vijf verblijfseenheden:

- Verpleegeenheid 340: 27 bedden
- Verpleegeenheid 360: 27 bedden
- Verpleegeenheid 370: 27 bedden, met specialisatie orthogeriatrie
- Verpleegeenheid 380: 24 bedden, gesloten eenheid met specialisatie psychogeriatrie
- Verpleegeenheid 390: 27 bedden

3.5.2 Doelstelling

De verpleegeenheden geriatrie hebben als voornaamste doel elke geriatrische patiënt een correcte 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 aanbieden van therapie voor de ziekte. Van bij opname wordt gewerkt naar een efficiënt ontslagbeleid, waarbij gestreefd wordt naar het (deels) herwinnen van de autonomie en een maximale zelfredzaamheid in de huidige context. Multidisciplinaire zorg en revalidatie is dan ook een essentieel onderdeel van het behandelplan waarin de patiënt, thuiszorg, mantelzorg en de huisarts nauw betrokken worden.

3.5.3 Samenstelling team

Het pluridisciplinair team per verblijfseenheid bestaat uit:

- De verantwoordelijke arts-geriater(s)
- De verpleegkundige en paramedische equipe, samengesteld uit:
 - Hoofdverantwoordelijke zorg die houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie
 - Verpleegkundigen, waarvan een belangrijk percentage die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of die verpleegkundige zijn met aantoonbare expertise in de geriatrie
 - Zorgkundigen
 - Logistiek medewerkers
 - Paramedici: ergotherapeut(en), logopedist(en)
- Een sociaal werker, afgevaardigd door de Sociale Dienst
- Een diëtist, afgevaardigd door de Centrale Voedingsdienst Emmaüs (CVD)
- Kinesitherapeut(en), afgevaardigd door de dienst FGR
- Een psycholoog
- Een pastoraal medewerker

Er kan verder beroep gedaan worden op een intercultureel bemiddelaar, alsook op de andere medische disciplines aangeboden in het AZ Sint-Maarten.

3.5.4 Organisatie van de zorgverlening

Elke hospitalisatie-eenheid maakte werkafspraken (in QDMS) op, die de werking en de interne afspraken van de eenheid weergeeft. Deze zijn terug te vinden onder de zoektermen "eenheidsreglement" en "dienstorganisatie van eenheid".

3.5.5 Opvolging geriatrische patiënten op eenheid 300

Geriatrische patiënten, die vanuit een verblijfseenheid geriatrie naar de revalidatie-verblijfseenheid 300 - SP cardio-pulmo transfereren, worden door de arts-geriater verder opgevolgd. Dit verloopt in nauwe samenwerking met de arts fysische geneeskunde & revalidatie verbonden aan deze SP-eenheid.

3.6 Interne liaison geriatrie (ILG)

3.6.1 Algemeen

Het aantal bedden op geriatrische eenheden zijn niet toereikend om alle geriatrische patiënten te hospitaliseren, de interne liaison geriatrie (ILG) werd opgericht om een mogelijke gap aan geriatrische zorg te overbruggen.

De interne liaisonfunctie wordt waargenomen door een multidisciplinair geriatrisch liaisonteam. De leden van dit team stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid ter beschikking aan de behandelende geneesheer-specialist en de teams van de eenheid waar de patiënt verblijft. Naar ontslag toe wordt, samen met de sociale dienst, informatie over diverse mogelijkheden uitgewisseld. Tevens kan een eventuele overname op geriatrie of een revalidatie-eenheid besproken worden, waar verdere behandeling en uitwerking van specifieke geriatrische problemen kan plaats vinden.

Het liaisonteam kan elke weekdag gecontacteerd worden tussen 8.00u en 16.00u.

3.6.2 Doelstellingen

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

De ILG maakt het mogelijk om patiënten met een geriatrisch profiel, die niet op een verblijfseenheid geriatrie verblijven, actief op te sporen, te herkennen en om vervolgens de geriatrische principes en de pluridisciplinaire geriatrische 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 geriatrisch profiel kan de ziekenhuisopname meer gunstig verlopen en het ontslag zo optimaal mogelijk gepland worden.*

Hierbij wil de ILG het zorgteam van de niet-geriatrische verblijfseenheid ondersteunen met raad en advies, zonder de zorg over te nemen. De klemtoon van deze aanpak ligt vooral op het preventief herkennen van de zogenaamde "frailty" factoren die bepalend zijn voor een beperking in de zelfredzaamheid en bijgevolg kunnen resulteren in een verlengde hospitalisatie, een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

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

3.6.3 Samenstelling team

Het pluridisciplinair team bestaat uit

- verantwoordelijke geriater(s) waaronder de verantwoordelijke arts zorgprogramma geriatrie
- verpleegkundige en paramedici equipe
 - verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of verpleegkundigen met aantoonbare expertise in de geriatrie
 - psycholoog
 - ergotherapeuten

Dit team wordt in functie van de individuele patiënt aangevuld met logopedist, diëtist, kinesitherapeut en werkt nauw samen met de sociale dienst.

3.6.4 Organisatie en werking

Opsporen en screenen

Als eerste taak kijken de medewerkers van de ILG in de lijst "GSTGehospitaliseerde 75 Plusser MZH" in KWS (saved query) en zoeken zij naar alle 75-plussers die sinds de vorige werkdag opgenomen werden op de niet-geriatrische afdelingen in het ziekenhuis. Dit zijn de afdelingen heeldkunde en inwendige in het ziekenhuis. Interne Liaison geriatrie screent niet op geriatrie (worden reeds geriatrisch opgevolgd), intensieve zorgen en mediumcare (tenzij op vraag), PAAZ (tenzij op vraag), SP, De mantel, pediatrie en materniteit (niet van toepassing). Met nieuwe patiënten bedoelen we niet alleen patiënten die opgenomen werden via spoed of patiënten die naar het ziekenhuis komen voor een geplande ingreep, maar ook patiënten die van de afdeling intensieve zorgen naar een gewone afdeling konden getransfereerd worden.

Een eerste beoordeling gebeurt door de verpleegkundigen op spoed of op de verblijfseenheid. In hun anamnese vullen ze de vragen in van de screening op Geriatrisch Risico Profiel (GRP). Wanneer de GRP 0 of 1 als eindscore heeft, dan is er geen geriatrisch risicoprofiel. Patiënten met een score van 2 of meer (of een afwezige score) worden verder bekeken door het liaison team.

Hun dossier wordt geopend en relevante informatie wordt ingevuld op de Short Emergency Geriatric Assessment schaal (SEGA). Daarna bezoekt een ILG medewerker de patiënt en wordt de SEGA vervolledigd aan de hand van de informatie die de patiënt verstrekt. Deze informatie wordt bij twijfel aan de juistheid nagekeken a.d.h.v. het verpleegdossier of informatie die de medewerkers van de afdeling en familie van patiënt verstrekken, het dossier van sociale dienst e.d. Een patiënt heeft een geriatrisch risicoprofiel wanneer hij

of zij een score van 8 of meer haalt op de SEGA. Deze patiënten worden verder opgevolgd door de ILG. Patiënten die minder scoren dan 8 op de SEGA en/of minder dan 2 op de GRP, hebben geen geriatrisch profiel en worden verder niet meer gevolgd door de ILG, tenzij op uitdrukkelijke vraag van de desbetreffende verblijfseenheid (bv. omwille van complicaties die zich voordoen tijdens de opname). De SEGA-schaal wordt integraal gekopieerd in het elektronisch patiëntendossier (KWS): onder contact YLGE (screening) wanneer het resultaat negatief is. Bij een positieve SEGA wordt de Belgische Multidisciplinaire Geriatrische Screening Tool (BMGST) in een contact YLGE (multidisciplinair) ingevoerd in KWS.

Uitzonderingen:

- Patiënten die komen voor een ambulante opname worden niet gescoord door de ILG
- Patiënten met een DNR3 of palliatief beleid worden niet bezocht door ILG tenzij op uitdrukkelijke vraag van de afdeling of behandelend arts.
- Patiënten die minder dan een maand tevoren opgenomen waren en gescoord werden, krijgen geen nieuwe SEGA-screening als zij opgenomen worden voor een gelijkaardig probleem. Het resultaat van vorige opname blijft behouden en patiënten worden al dan niet verder opgevolgd aan de hand van dit vroegere resultaat. Indien een patiënt binnen de maand heropgenomen wordt o.w.v. een pathologie die zijn functioneren ernstig heeft beïnvloed wordt er wel een nieuwe SEGA afgenomen (bv. CVA, heupfractuur).

Overzicht taken

Wanneer een patiënt een geriatrisch risicoprofiel heeft, wordt deze verder opgevolgd door de ILG. Het team ILG vervult geen zorgtaken bij deze patiënten. Dit houdt wel in dat er extra vragen gesteld worden aan de patiënt zodat de BMGST ingevuld kan worden en dat de patiënt geobserveerd wordt. De patiënt wordt bekeken op volgende vlakken:

- Verpleegkundige aandachtspunten: de verpleegkundige van de ILG overlegt met het zorgteam op de afdeling, houdt parameters en algemene toestand in het oog en meldt problemen aan de geriater. De verpleegkundige brieft de afdeling over adviezen die de geriater geeft en volgt deze mee op. Er kan ook advies gegeven worden i.v.m. incontinentiemateriaal, fixatie, e.d.
- Cognitie: Tijdens het assessment wordt de cognitieve functie van de patiënt beoordeeld. Indien nodig wordt de patiënt extra bezocht om deze ondersteunend te oriënteren in tijd en ruimte bv. wanneer patiënt lijdt aan een delier. Indien nodig wordt een patiënt doorverwezen naar de geheugenkliniek of kan er een geheugentest gebeuren op de afdeling (bv. om een plaatsingsdossier te vervolledigen).
- Zelfredzaamheid: De ergotherapeut bekijkt de functionaliteit van de patiënt. Er worden hulpmiddelen aangeboden voor de thuissituatie en de patiënt wordt geobserveerd tijdens diens verblijf in het ziekenhuis. Indien nodig wordt er voor ontslag een ADL uitgevoerd of huisbezoek gepland om te bepalen of een patiënt in de thuissituatie zou kunnen functioneren.
- Mentaal welbevinden en oriëntatie: de psychologe van ILG biedt een luisterend oor en ondersteuning. Indien nodig wordt ook een depressie-vragenlijst afgenomen om de mogelijke aanwezigheid van een depressie te verifiëren.
- Sociale context: de thuissituatie van de patiënt wordt in kaart gebracht. De sociaal werker van de afdeling wordt op de hoogte gebracht van problemen of wensen die de patiënt op dit vlak heeft. Zo kunnen we zorgen voor een haalbare ontslagplanning, die zorgt dat de patiënt in optimale toestand het ziekenhuis kan verlaten met de nodige thuishulp. Indien dit niet direct mogelijk is zoekt de sociale werker een tijdelijke oplossing, die de patiënt de mogelijkheid biedt om de stap geleidelijk te zetten: bv. revalidatie op SP, kortverblijf,...

- Slikproblemen: er zit geen vaste logopediste in het team van de ILG maar een externe logopediste op zelfstandige basis kan gecontacteerd worden door de ILG om een patiënt te bezoeken voor o.a. evaluatie van de slik-act, afasie.
- Malnutritie: de ILG werkt samen met de diëtisten in het ziekenhuis om ondervoede patiënten op te sporen. Alle volgpatiënten van de ILG worden gescreend m.b.v. de NRS. De diëtist(e) kan aangevraagd worden via ACTA zodat deze indien nodig de patiënt kan bezoeken en de voeding aanpassen.
- Valrisico: wanneer een patiënt aangeeft dat deze vaak valt of opgenomen is omwille van een val wordt een brochure van de valkliniek meegegeven. De evaluatie op de valkliniek gebeurt het best na revalidatie maar kan voor sommige patiënten al gepland worden tijdens de opname. De resultaten en adviezen van de medewerkers van de ILG worden genoteerd in het (elektronisch) verpleegdossier en in het dossier en/of de opvolgnota's van de patiënt in KWS (contact YLGE).

Pluridisciplinair overleg

Wekelijks worden de patiënten die gevolgd worden door de ILG besproken in een multidisciplinair overleg waarbij de geriater en minstens twee andere disciplines aanwezig zijn. De geriater bekijkt het dossier van de volgpatiënten, bezoekt eventueel patiënten op hun kamer, en schrijft indien nodig onderzoeken voor of past de medicatie aan. Op enkele afdelingen woont de ILG wekelijks ook een multidisciplinair overleg bij. De patiënten worden besproken samen met verpleging, arts, sociale dienst, kinesist, logopedist, PSST en/of pastorale dienst. Op andere diensten wonen ze wekelijks een briefingsmoment bij.

Advies en overleg

Alle informatie die door de medewerkers van ILG in de brief van de patiënt genoteerd werd en eventueel het advies dat de geriater formuleerde wordt elektronisch doorgestuurd aan de huisarts van de patiënt. Naast de ILG zijn er nog verscheidene andere teams werkzaam in het ziekenhuis. ILG kan advies vragen over de volgpatiënten aan al deze teams:

- Sociale dienst: de meest frequente uitwisseling met andere diensten is deze tussen ILG en de sociale werkers van het ziekenhuis. De sociale dienst wordt gecontacteerd indien patiënten vragen hebben over extra thuishulp, revalidatie e.d. (dit mag ook bij patiënten zonder geriatrisch profiel!)
- Logopedie: de logopediste wordt gecontacteerd bij slikproblemen, spraakstoornissen e.d. of bij vraag naar advies i.v.m. mondhygiëne
- Kinesithérapie: de kinesist volgt de mobilisatie van de patiënt op, bekijkt nood aan motorische hulpmiddelen en bekijkt of de transfers thuis mogelijk zullen zijn. Indien een patiënt aangeeft dat het stappen nog niet zo gaat als voor opname en dit wel verwacht wordt (bv. nakend ontslag) kan mits voorschrift kinesithérapie thuis verder gezet worden.
- Dieet/Malnutritie: de diëtist kan aangevraagd worden via ACTA wanneer de NRS een risico op ondervoeding aangeeft. Zij kunnen ook via mail gecontacteerd worden i.v.m. speciale voedingswensen en/of voorkeuren die de patiënt heeft.
- PSST en Borstkliniek: deze teams volgen de oncologische en palliatieve patiënten op. Oudere patiënten kunnen zowel een geriatrisch profiel als een oncodiagnose hebben en vallen aldus al eens onder beide teams. Indien onduidelijk is welk team het voortouw zal nemen, dan kan dit in overleg uitgeklaard worden. De teams van PSST en borstkliniek bestaan uit verpleegkundigen, sociale werkers en psychologen. Indien zij vragen hebben rond het cognitief functioneren van patiënten contacteren zij de ILG voor bv. testing. Let wel: ILG volgt geen palliatieve patiënten op.
- Pastorale dienst: zij kunnen gecontacteerd worden bij levensvragen, vragen rond zingeving en ook algemeen op vraag van de patiënt.
- Algologische functie: het pijn-team probeert in samenspraak met verpleging en artsen het verblijf van patiënten met chronische pijn zo comfortabel mogelijk te maken. Zij hebben een adviserende functie maar overleggen ook 2-wekelijks met

de medische (neurochirurg, neuroloog, pijnarts) en paramedische (sociale dienst, psychologe) disciplines.

3.8 Externe liaison geriatrie

De externe liaison geriatrie is een opdracht die gerealiseerd wordt door de pluridisciplinaire teams van de verblijfseenheden geriatrie, het geriatisch dagziekenhuis, de interne liaison geriatrie en de sociale eenheid.

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 geriatische doelgroep voor en na de hospitalisatie.

3.8.1 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. De sociaal werker werkt hiervoor nauw samen met de patiënt, de mantelzorger, interne zorgverstrekkers, de huisarts en externe eenheden met respect voor de geldende afspraken met betrekking tot het ontslag van de geriatische patiënt (taakafspraken). De sociaal werker heeft hierbij een brugfunctie tussen het ziekenhuis en de thuiszorg en profileert zich als coördinator van het ontslag en belangenbehartiger t.a.v. de patiënt en diens mantelzorger. Er wordt zo mogelijk proactief gewerkt en dit ook vanuit de raadpleging en het dagziekenhuis (geriatrie, oncologie, chirurgie).

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

3.8.2 Transmurale samenwerking

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

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

- De huisarts

De arts-geriater en/of sociaal werker contacteren de huisarts voor advies en vragen over de situatie van de patiënt. Zolang de patiënt thuis woont, gaat alle verslaggeving rechtstreeks naar de huisarts (via e-health). Dit gebeurt steeds in samenspraak met het pluridisciplinair team.

De arts-geriateren zijn - net als alle huisartsen van de regio alsook de meeste specialisten - lid van de overkoepelende artsenkring. Deze kring organiseert maandelijks navormingen. Elk lid kan onderwerpen voordragen voor deze navormingen.

Jaarlijks vindt er ook een systematisch overleg plaats met de afgevaardigden van de verwijzende huisartsen om het aanbod te duiden en wederzijdse bemerkingen aangaande de zorgverlening te bespreken. Directeur kwaliteit & strategie is voorzitter van dit overleg. De agenda wordt in nauw overleg met betrokken stakeholder (bv. sociale dienst) opgemaakt.

- WZC / Centra voor dagverzorging
 - 2x/jaar wordt een gemeenschappelijk overleg georganiseerd met alle regionale WZC's 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 Hoofdverantwoordelijken geriatrie, ontslagmanager (sociaal werker - secretaris).

Deze bijeenkomst heeft als doel om informatie uit te wisselen (bijscholingen te 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's.

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.
- Eerstelijnszone (ELZ) Mechelen-Katelijne
 - De ELZ Mechelen-Katelijne is een samenwerkend en daadkrachtig netwerk van partners, zowel professionals als mantelzorgers en vrijwilligers, met als doel het optimaliseren van welzijn en gezondheid van alle mensen die in haar regio wonen, werken en/of leven.
 - AZSTM is lid van de Zorgraad ELZ Mechelen en Sint-Katelijne-Waver. Vergaderingen gebeuren maandelijks, met het accent op draagkracht. De zorgraad stuurt een eerstelijnszone aan en bestaat als vzw uit een bestuursorgaan en een algemene vergadering. Deze is opgericht door het eerstelijnsdecreet en alzo erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. De zorgraad brengt kennis en kunde samen vanuit verschillende disciplines, samen met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. In de zorgraad zetelen vertegenwoordigers uit 4 clusters. Een cluster is een afvaardiging van een bepaald domein binnen de zorg-en welzijnssector. Deze zijn allemaal op een gelijke manier vertegenwoordigd.
 - cluster 'zorg' (bv. huisarts)
 - cluster 'welzijn' (bv. Mutualiteiten)
 - cluster 'lokale besturen'
 - cluster 'personen met zorg -en ondersteuningsnood'
 - cluster 'optionele partners': AZSTM behoort tot deze cluster

AZSTM kan binnen dit overleg het intern aanbod kenbaar maken aan de extramurale partners en actief meewerken aan projecten (deze ondersteunen of aanbrengen).
 - AZSTM maakt deel uit van het Dagelijks Bestuur van ELZ Mechelen-Katelijne, waarin de vertegenwoordigers van de clusters zetelen. Vergaderingen gebeuren 2-wekelijks, met accent op bestuurskracht (frequentie van overleg kan stijgen door omstandigheden, bv. Covid). Belangrijke doelstellingen: infodeling, verbanden leggen, begrotingscontrole, voorbereidend werk agenda Zorgraad, alsook opvolging projecten en beleidsplan.
 - AZSTM maakt deel uit van de Algemene Vergadering van ELZ Mechelen-Katelijne. Vergadering gebeurt jaarlijks. Doelstellingen: opvolgen jaarrekening en begroting, bekrachtigen van de leden.
 - AZSTM maakt deel uit van de Werkgroep Mantelzorg van ELZ Mechelen-Katelijne. Vergaderfrequentie is afhankelijk van de lopende projecten.

Inhoud: acties rond in kaart brengen van aanbod en bevraging naar noden, matchen vraag-aanbod, vertaling naar concrete acties, opvolging projecten.

- Samenwerking Stad Mechelen en Inloophuis 't moNument inzake dementiebeleid
 - AZSTM maakt deel uit van Stuurgroep dementievriendelijke Mechelen
 - vergaderfrequentie 4x/jaar
 - leden: huisartsen, wzc's, thuishulpdiensten (bv. Familiehulp), mutualiteiten, ...
 - doelstelling: Mechelen dementievriendelijk maken in samenwerking met alle partners, partners verbinden en dezelfde handvaten meegeven in hun werking rond dit thema
 - AZSTM maakt deel uit van Stuurgroep 't moNument
 - vergaderfrequentie 1x/jaar
 - leden: sociale dienst geriatrisch dagziekenhuis AZSTM, 't monument, huisartsen
 - doelstelling: delen van info, samen zorg verlenen vanuit focus op patient en diens mantelzorger
- Zornet-icuro, werkgroep sociale diensten geriatrie
 - Tijdelijke werkgroep, accent op beleid
 - vergaderfrequentie 3x/jaar
 - leden: sociale dienst geriatrisch dagziekenhuis AZSTM, 't monument, huisartsen
 - doelstelling: delen van info, samen zorg verlenen vanuit focus op patient en diens mantelzorger
- Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie (BVGG)
 - Zowel arts als verpleegkundige verantwoordelijk voor Zorgprogramma Geriatrie zijn lid van BVGG
 - Werkgroep verpleegkundig en paramedisch leidinggevenden
 - Leden: verpleegkundig en paramedisch leidinggevenden van acute geriatrische afdelingen in Vlaanderen
 - Vergaderfrequentie: minimum 5x/jaar
 - Doelstelling: bevorderen van de wetenschappelijke kennis en delen van "good practices"
- CRA – overlegvergadering met gezamenlijke bijscholingsmomenten

De CRA's van de regio organiseren een platform waaraan de arts-geriaters van het AZ Sint-Maarten op uitnodiging participeren. De geriaters formuleren regelmatig voorstellen voor onderwerpen, waarover samen gereflecteerd kan worden.

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 arts-geriaters, hoofdverantwoordelijken 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 verblijfseenheid geriatrie



Triage op de eenheid spoedgevallen:

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

Indien 1 van de 3 bovenstaande voorwaarden aanwezig is, wordt de geriatr van eenheid gecontacteerd voor verder advies, eventueel met het oog op opname op eenheid geriatrie. De geriatr van de eenheid staat gepreciseerd op de werklíst en/of is bereikbaar via de 'geriafoon'.

Opnamecriteria rechtstreekse opname

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

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

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

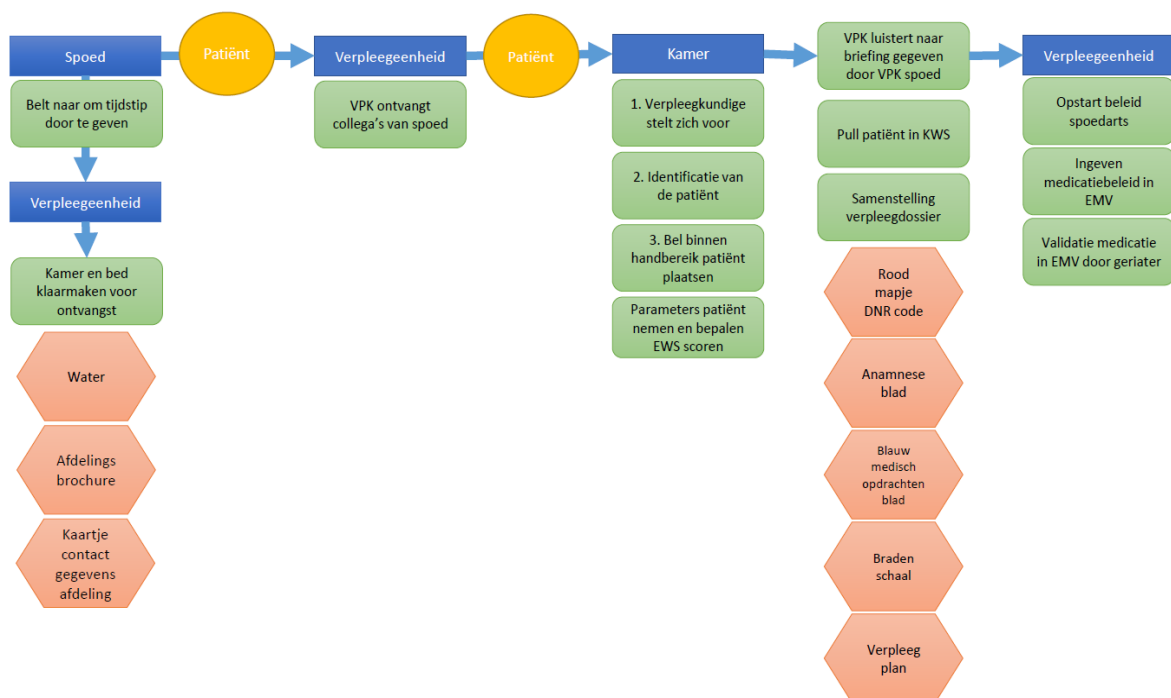
De problematiek 'Patiënt wacht op een plaatsing in een woonzorgcentrum' komt niet in aanmerking voor een overname.

Bij overnames vanuit andere disciplines naar een geriatische verblijfseenheid:

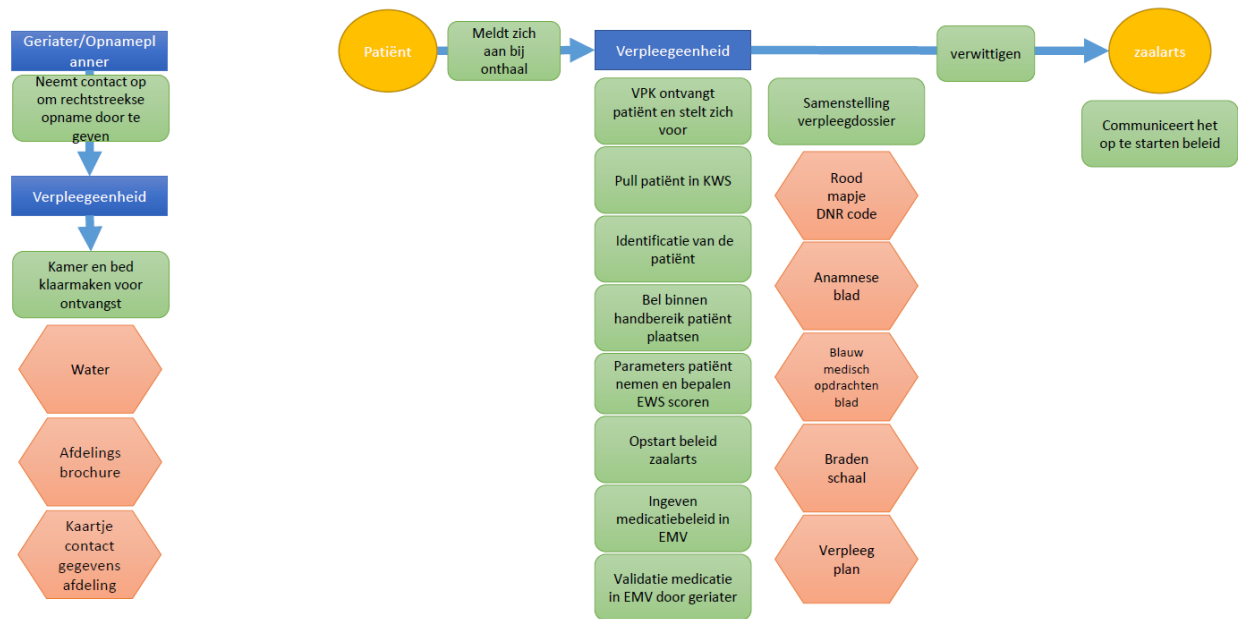
- Er dient via de interne liaison een akkoord te zijn tot overname op geriatricie. In 'dringende' en 'specifieke' gevallen kan van de afspraak worden afgeweken via een rechtstreeks contact tussen de verwijzende arts en de (ontvangende) arts-geriater.
- De geriatrie eenheid en de geriater worden steeds 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 eenheid van herkomst. Vrijdagtransferten liefst in de voormiddag.

4.1 Opnameflows voor verblijfseenheid geriatricie

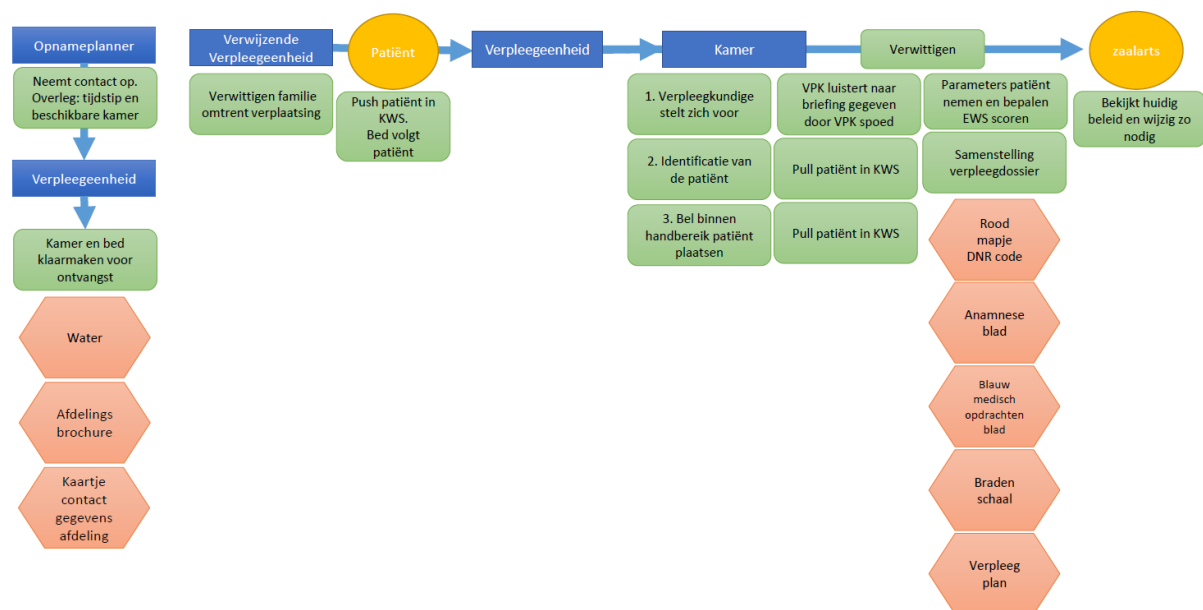
4.1.1 Procesbeschrijving opname via spoed



4.1.2 Procesbeschrijving rechtstreekse opname



4.1.2 Procesbeschrijving opname via interne transfer



4.2 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 eenheid neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de dag van opname in het ziekenhuis.

4.3 Staand orders geriatrie

Deze zijn in het Procedureboek (op intranet) terug te vinden onder 'staand orders geriatrie'.

4.4 Afspraken in specifieke context

4.4.1 Dementiebeleid

AZSTM heeft de ambitie om mee te werken aan de principes van senior-friendly, dementievriendelijk ziekenhuis.

Er wordt aan elke geriatrische patiënt met dementie maximaal gepaste zorg verleend. Op een niet-geriatrische eenheid worden deze patiënten opgevolgd door het team van de desbetreffende afdeling, samen met het team interne liaison geriatrie (zie hoofdstuk 'interne liaison geriatrie').

Op een geriatrische eenheid wordt een medische transfer naar de gesloten afdeling V380-psychogeriatric overwogen indien voldaan is aan één van de volgende criteria:

- Aanwezigheid van weglloopgedrag/doolgedrag
- Uitgesproken gedragsstoornissen
- Dementieprobleem is groter dan het fysieke probleem
- Jongdementie
- Pat is een gevaar voor zichzelf of voor de medepatiënten

Er werd geïnvesteerd in een infrastructuur en verschillende materiaalvormen om tegemoet te komen aan de specifieke noden van patiënten met dementie:

- Ziekenhuisbreed (via Ultimo/uitleencentrale):
 - Slaapzakken
 - Zomer/ winterpyjama's (body)
 - Krabwanten
 - Fixatiekoffers
 - Aangepaste voorzettafels
 - Bedrandbeschermers
 - Mogelijkheid om afdelingsdeuren te sluiten zodat alleen met badge te openen is.
 - Afdelingsruimtes zijn patiëntveilig gemaakt - enkel badgetoegankelijk
- Geriatrische afdelingen
 - Halve deuren
 - Nobi lamp (test op V340)
 - Geriatrische infuusstaanders en zetels
 - Ramen enkel te openen met sleutel
 - Kinezaal op afdeling (beperkt risico op dwalen)

- Oriëntatie op elke kamer (wandklok – scheurkalender)
- V380-Het Anker : acute psychogeriatrische afdeling (gesloten afdeling)
 - Stickers op kamerdeuren met grote kamernummer
 - In kamer dezelfde foto om herkenning te stimuleren
 - Eyecatcher/fiche op kamer ("U bevindt zich in het Sint Maartenziekenhuis,...)
 - Fitometer in de gang
 - Moodboard
 - Toegangscode op de deur
 - Afsluiten van liften/ liften badge gestuurd
 - Camouflage van deuren dmv grote deurstickers
 - Dagzaal in huislijke sfeer
 - Handmoffen
 - Voelschorten
 - Space projector
 - Gezelschapsspelen
 - Materiaal voor groepsergo/kine
 - Activiteitenplank
 - Platenspeler
 - Friemelmand/ friemeldekens
 - Snoezeldieren
 - Verstuiver met etherische olieën
 - Frutsel bloemknop
 - Verzwaard deken

Vervolgens wordt ook ingezet op samenwerking met Expertisecentrum Dementie en Inloophuis 't Monument (zie hoofdstuk externe liaison geriatrie).

Tenslotte wordt voor de medewerkers ziekenhuisbreed interne en externe opleidingen in kader van dementie georganiseerd.

4.4.2 Wegloopgedrag

In kader van beleid rond wegloopgedrag werden volgende procedures opgemaakt:

- fixatie of vrijheidsbeperkende maatregelen
- vermiste patiënt

Deze werkafspraken zijn in het Procedureboek (op intranet) terug te vinden.

4.4.3 Delier

Een delier is een acuut psychosyndroom met een wisselend verloop van meestal voorbijgaande aard waarbij bewustzijnsstoornissen optreden met verandering in aandacht, cognitie, waarneming en gedrag waarvoor in de eerste plaats een somatische oorzaak moet gezocht worden.

De werkafspraken hierover zijn in het Procedureboek (op intranet) terug te vinden onder 'Delier Observatie Schaal (DOS)'.

4.5 Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma

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

Overlegstructuur	Leden	Frequentie	Inhoud
Structureel Overleg hoofdverantwoordelijke - clusterverantwoordelijke	• Hoofdverantwoordelijke van een verblijfseenheid binnen het zorgprogramma geriatric • Clusterverantwoordelijke	Maandelijks	• Personeelsbespreking • Bespreken van oa eenheidsgebonden werkafspraken, processen, verbeteracties,... • Doorgeven van beleidsinformatie vanuit de directie en middenkader naar de HV • Doorgeven van informatie vanuit HV naar de directie en middenkader
Ergo vergadering	• Ergotherapeuten werkzaam binnen zorgprogramma geriatric • Clusterverantwoordelijke (ad hoc)	Maandelijks	• Ergotherapeutisch beleid en werking binnen zorgprogramma geriatric • Bespreking van oa casussen, knelpunten, nieuwe projecten, werkafspraken, aankoop nieuwe materialen,...
Logo vergadering	• Logopedisten werkzaam binnen zorgprogramma geriatric en Sp-eenheden • Clusterverantwoordelijke (ad hoc)	Maandelijks	• Logopedisch beleid en werking binnen zorgprogramma geriatric • Bespreking van oa casussen, knelpunten, nieuwe projecten, werkafspraken, aankoop nieuwe materialen,...
Overleg arts-geriaters	Alle arts-geriaters	Wekelijks	Bespreken en bepalen van het medisch beleid en werking zorgprogramma geriatric.

Dienstvergadering eenheid geriatrie	- Leden van de eenheid van het zorgprogramma geriatrie - Hoofdverantwoordelijke	Min. 6x/jaar Interne liaison: min 2x/jaar Geriatrisch dagziekenhuis: min 2x/jaar	- Informatie vanuit de directie meedelen naar de leden van de eenheid. - Bespreken van de operationele werking van de eenheid oa werkafspraken, personeel, incidenten, verbeterprojecten, uitwerken van doelstellingen,....
Overleg cluster G-SP op niveau van sociale eenheid	- Medewerkers sociale eenheid werkzaam binnen zorgprogramma geriatrie - Medewerkers sociale eenheid werkzaam binnen SP - Hoofdverantwoordelijke sociale eenheid	4 à 5x / jaar	- Werking van sociale eenheid 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	- Hoofdverantwoordelijken van zorgcluster 2 - Clusterverantwoordelijke	Maandelijks (uitz. juli)	- 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 HV'en - Doorgeven van informatie vanuit HV'en naar de directie en middenkader

Pluridisciplinair geriatisch overleg	• Het medisch diensthoofd geriatrie, als verantwoordelijke arts van het zorgprogramma geriatrie • Eén of meerdere arts-geriaters • De clusterverantwoordelijke zorg van de zorgcluster geriatrie, als verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie • De Hoofdverantwoordelijken zorg • De teamleiders zorg • Een afgevaardigd zorgkundige • Een afgevaardigd sociaal werker • Een afgevaardigd kinesitherapeut • Een afgevaardigd ergotherapeut • Een afgevaardigd logopedist • Een afgevaardigd diëtist • Een psycholoog • Een afgevaardigd pastoraal medewerker	4x/jaar	• Uitwerken en evalueren van het pluridisciplinair geriatisch kwaliteitshandboek • Kwaliteitsbeleid bepalen en opvolgen • KB normen opvolgen • Continuïteit van zorg, via de doorstroming van patiëntgegevens opvolgen en verbeteren • 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.
Medisch-verpleegkundig overleg	• Clusterverantwoordelijke zorgcluster geriatrie • Hoofdverantwoordelijken zorg van zorgprogramma geriatrie • Arts-geriaters	Maandelijks	Afstemming zorgbeleid en werking cluster geriatrie in zijn totaliteit.

4.6 Opleidingen georganiseerd binnen het zorgprogramma

Vanuit het zorgprogramma geriatrie wordt jaarlijks 8u tot 16u interne permanente opleiding georganiseerd, die ook van toepassing is voor het behoud van BBT en BBK geriatrie. Deze opleidingen worden aanbevolen voor de zorgverstrekkers werkzaam in het zorgprogramma geriatrie en de verpleegkundigen werkzaam op een niet-geriatrie eenheid. Tevens worden externe partners vanuit de gekende samenwerkingsverbanden uitgenodigd tot deelname.

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

Hoofdstuk 5: Kwaliteitsborging

Indicatoren

Volgende indicatoren werden ter kwaliteitsopvolging gedefinieerd:

1. Het zorgprogramma geriatricie van het AZ Sint-Maarten wenst door de organisatie van bijscholing een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de geriatricische zorg in de regio

- Doel: Het ziekenhuis realiseert minimaal 8u opleidingen voor verpleegkundigen, paramedici, artsen, van toepassing voor het behoud van BBT/BBK geriatricie
- 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 geriatricie
 - Het aantal positieve evaluaties ingediend door de cursisten > 80%
- Actiepunten:
 - Uitwerken bijscholingen en bespreken met de respectievelijke collega's van het zorgprogramma geriatricie. Bijscholing wordt georganiseerd op basis van individuele (functioneringsgesprekken), cluster (HVP), of eenheidsnaden (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 geriatricie in kader van behoud BBT/BBK of opleidingsuren permanente vorming

- Doel: Het ziekenhuis financiert 8u externe opleidingen voor verpleegkundigen, van toepassing voor het behoud van BBT/BBK geriatricie
- Prestatie indicator:
 - Het percentage deelnemers met BBT/BBK geriatricie dat jaarlijks min 7u36 aan externe opleiding mbt geriatricische zorg volgt
- Streefwaarde
 - 80%
- Actiepunten:
 - Actief vormingsbeleid waarbij de verpleegkundigen gestimuleerd worden jaarlijks 15u opleiding te volgen gericht naar behoud van BBT/BBK geriatricie. 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 eenheid 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 eenheid en cluster opgevolgd:

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

6. Decubituspreventie

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

- Aantal patiënten met een decubitusletsel (intern/extern ontstaan)
- Aantal patiënten waarbij correct preventiemaatregelen werden toegepast

7. Aantal valincidenten tijdens een verblijf

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

- Aantal vastgestelde vallen
- Oorzaken van vallen

Inhoud kwaliteitshandboek

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

Bijlagen
