HANDBOEK

ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

VERSIEDATUM: 01/07/2023

Inhoudstabel

1. Inleiding 4
2. Missie en visie 5
3. De geriatrische patiënt 6
4. Structuur van het zorgprogramma geriatrie 7
4.1. Organogram 7
4.2. Coördinatie van het zorgprogramma 7
4.3. Het pluridisciplinair geriatrisch team 8
5. Onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma 8
5.1. De erkende dienst voor geriatrie 8
5.1.1. Opnamecriteria 9
5.1.2. Het patiëntendossier en het multidisciplinair zorgplan 9
5.1.3. Het multidisciplinair overleg 10
5.1.4. Het ontslag 10
5.1.4.1. Ontslag naar huis/ WZC of revalidatie 10
5.1.4.2. Transfer naar een andere dienst binnen het A.S.Z 11
5.1.4.3. Transfer naar een ander ziekenhuis 11
4.1.4.4. Overlijden van de patiënt 11
5.2. Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt 11
5.2.1. De opnamecriteria 12
5.2.2. Het zorgaanbod 12
5.2.3. De zorgorganisatie 12
5.3. De consultatie geriatrie 13
5.4. De interne liaison geriatrie (ILG) 14
5.4.1. Inclusiecriteria 14
5.4.2. Samenstelling van het team ILG 14
5.4.3. Werkwijze van de ILG 14
5.4.3.1. De screening door ILG 14
5.4.3.2. Het geriatrisch assessment 16
5.4.3.3. Adviesverlening 16
5.4.3.4. Het pluridisciplinair overleg 17

5.4.3.5. Referentieverpleegkundigen geriatrie 17
5.5. De externe liaison geriatrie.....17
6. Kwaliteitsbewaking.....18
6.1. De continuïteit van zorg 18
6.2. Competentiebeleid.....19
6.2. Algemeen kwaliteitsbeleid 19
6.2.1. Ziekenhuisbrede performantie-indicatoren toegepast binnen het zorgprogramma geriatrie.....19
6.2.2. Indicatoren specifiek voor geriatrie 20
7. Bijhorende documenten.....20

1. Inleiding

Het A.S.Z. staat voor maatschappelijk verantwoorde, veilige en innovatieve gezondheidszorg voor de zorgvrager en dit in nauw overleg met de zorgpartners.

Daarbij streeft het A.S.Z. naar

- absolute klanttevredenheid;
- fiere en gemotiveerde medewerkers die samenwerken in een aangename werksfeer.
- tevreden en betrokken zorgpartners;
- uitmuntende, kwalitatieve, innovatieve en patiëntgestuurde zorg;
- supra-regionale erkenning en samenwerking;
- een professionele bedrijfsvoering met duurzaam en dynamisch ondernemerschap.

Het DNA van de organisatie zijn onze waarden: klantgerichtheid, vriendelijkheid en respect, inspraak en betrokkenheid en kwaliteit. Ze verduidelijken 'wie we zijn' en 'waar we voor staan', kortom wat ons typeert en verbindt. Onze waarden geven richting aan ons gedrag en bepalen hoe we, als organisatie en als medewerker de opdrachten, voorzien in onze missie, zullen uitvoeren om onze visie te realiseren en dagelijks omgaan met de betrokkenen die belang hebben bij de goede werking van onze organisatie.

Sinds 20 januari 2021 is het A.S.Z. onderdeel van het ziekenhuisnetwerk Curoz. Dit is een samenwerking met het OLV Ziekenhuis, het AZ Sint-Maria en het UZ Brussel. De ziekenhuizen van Curoz vullen elkaar goed aan qua zorgprofiel en geografische spreiding. Patiënten in deze regio zullen zo alle zorg dichtbij huis vinden.

Het A.S.Z. telt 551 erkende bedden verspreid over 3 campussen. Jaarlijks overnachten hier ruim 22.000 patiënten, zijn er bijna 100.000 dagbehandelingen en meer dan 25.000 consultaties. In 2021 waren er 1.972 medewerkers en 260 artsen werkzaam.

Dit pluridisciplinair handboek beschrijft alle normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen volgens de wettelijke bepalingen van het KB van 29 januari 2007.

Door de toename van het aantal geriatrische patiënten in de regio is er nood aan extra geriatrische bedden in het ziekenhuis.

Met het oog op de multidisciplinaire aanpak en het streven naar het optimaal herstel van de functionele performantie, de zelfredzaamheid en de levenskwaliteit van de geriatrische patiënt is er in 2022 een extra afdeling geriatrie op de hoofdcampus Aalst bij gekomen.

Dit handboek beschrijft alle facetten van de zorgverlening en schept een duidelijk beeld van de zorg die we dagelijks bieden aan de geriatrische patiënten.

2. Missie en visie

Het zorgprogramma geriatrie richt zich tot alle patiënten met een geriatrisch profiel die behandeld worden in het A.S.Z.

De dienst geriatrie van het A.S.Z. vindt het belangrijk om up-to-date en verantwoorde geriatrische zorg aan te bieden gaande van preventie, diagnostiek tot behandeling. Dit met het oog op het verhogen van de levenskwaliteit van de geriatrische patiënt en afgestemd op levensdoelen die voor de betrokkene relevant en actueel zijn.

Belangrijk is om laagdrempelig en vlot toegankelijk te zijn via spoedopname, via consultatie en via het geriatrisch dagziekenhuis.

Het multidisciplinair karakter staat daarbij centraal. De geriatrische patiënt wordt individueel en integraal benaderd in al zijn zorgnoden van opname tot ontslag.

Eénduidige communicatie met patiënten, familieleden en zorgverleners rondom de zorg aan de patiënt is cruciaal. Informatie over diagnose en therapie wordt in de mate van het mogelijke besproken met de patiënt. Verantwoordelijke familieleden worden desgewenst – doch wel volgens wettelijke vereisten – geïnformeerd.

We streven ernaar om de patiënt binnen een correcte opnametermijn algemeen geriatrisch te behandelen om de functionele performantie, de zelfredzaamheid en de levenskwaliteit te herstellen.

Transmurale samenwerking moet leiden tot een optimaal zorgaanbod volledig afgestemd op de noden en behoeften van de oudere en bijdragen aan een optimale levenskwaliteit.

Indien een opname in een woonzorgcentrum of revalidatiecentrum noodzakelijk is, zal de nodige medische en paramedische zorginformatie doorgegeven worden met het oog op zorgcontinuïteit.

3. De geriatrische patiënt

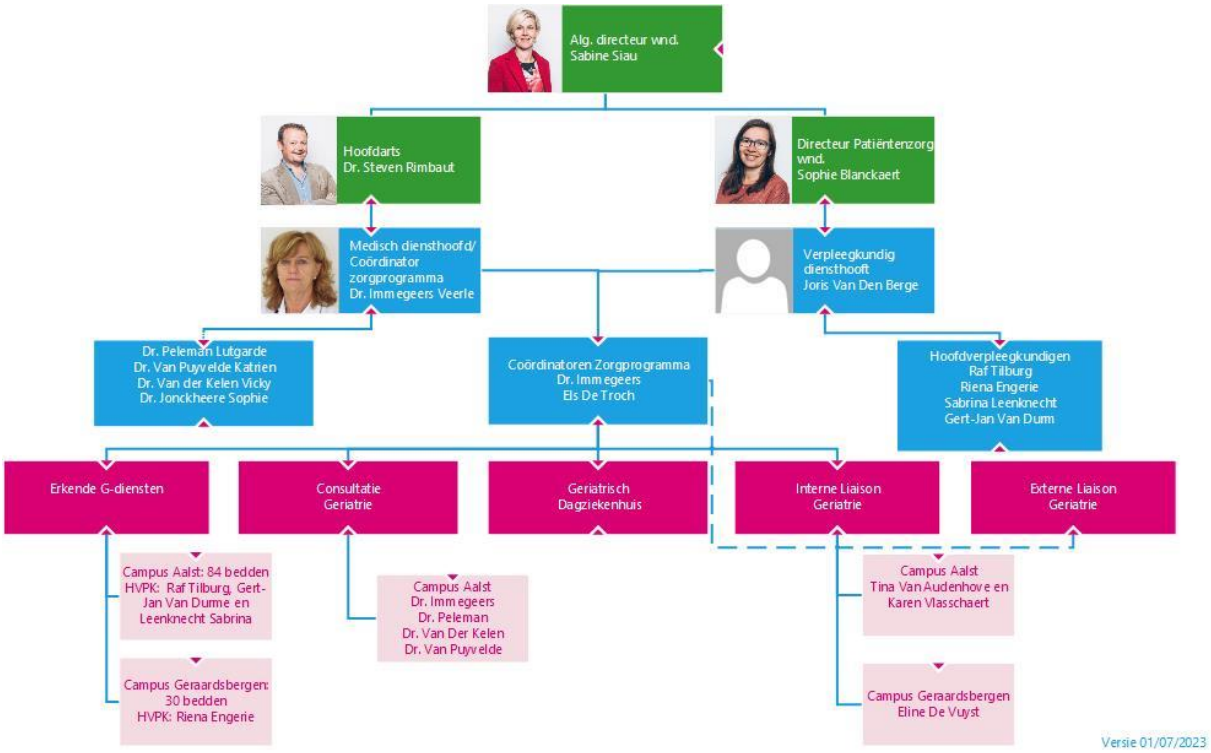
Conform de criteria die beschreven worden in het KB richt het zorgprogramma zich tot de geriatrische patiënt van gemiddeld ouder dan 75 jaar die een specifieke aanpak behoeft omwille van verschillende van onderstaande redenen:

- fragiliteit en beperkte homeostase (dit is de mogelijkheid om zich aan te passen aan een gewijzigde toestand)
- actieve polypathologie
- atypische klinische beelden
- verstoorde farmacokinetiek
- gevaar van 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 dagelijks leven
- psychosociale problemen

De geriatrische benadering heeft als voornaamste doel om de kwaliteit van leven in de laatste levensfase zo goed mogelijk te bewaren en ouderen zo lang en zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Revalidatie is dan ook een essentieel onderdeel van elk geriatrisch behandelingsplan.

4. Structuur van het zorgprogramma geriatrie

4.1. Organogram



4.2. Coördinatie van het zorgprogramma

De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma berusten bij de medisch coördinator en de verpleegkundige coördinator, aangeduid door de beheerder op voordracht van de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg.

<u>Voor de medische aspecten:</u>

Dr. Immegeers is medisch coördinator en tevens medisch diensthoofd geriatrie. Zij is arts gespecialiseerd in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie. Ze is voltijds aan het ziekenhuis verbonden.

<u>Voor de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten:</u>

De verantwoordelijke verpleegkundige voor de coördinatie is vanaf 01/07/2023 Els De Troch. Zij organiseert de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten van het zorgprogramma. Zij wordt hierin bijgestaan door Raf Tilburgh (hoofdverpleegkundige geriatrie links), Sabrina Leenknecht (hoofdverpleegkundige geriatrie laagbouw), Gert-Jan Van Durm (hoofdverpleegkundige geriatrie rechts) en Riena Engerie (hoofdverpleegkundige geriatrie campus Geraardsbergen). Twee hoofdverpleegkundigen

zijn drager van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie.

Samen met het pluridisciplinair team zien ze toe op:

- Het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatrisch handboek;
- Het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid;
- Het naleven van de normen van het geriatrisch zorgprogramma;
- De continuïteit van de zorg via de doorstroming van de patiëntengegevens;
- De praktische organisatie van het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving ervan.

4.3. Het pluridisciplinair geriatrisch team

Het pluridisciplinair team van het zorgprogramma geriatrie is naast de coördinatoren samengesteld uit:

- arts(en) met specialisatie in de geriatrie en/of specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie
- bachelors/ gegradueerde (hoofd-)verpleegkundigen met expliciete expertise in de geriatrische zorg:
    - beroepstitel geriatrie
    - beroepsbekwaamheid geriatrie
- bachelor in maatschappelijk werk of sociale verpleegkunde
- bachelor in de ergotherapie
- master of bachelor in de logopedie
- bachelor in de dieetleer
- master in de klinische psychologie
- master of bachelor in de kinesitherapie
- zorgkundigen
- logistiek medewerkers
- medisch secretariaat geriatrie

5. Onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma

5.1. De erkende dienst voor geriatrie

Het A.S.Z. heeft 4 verpleegafdelingen met erkende geriatrische bedden:

Campus Aalst: 2 afdelingen met elk 30 bedden en 1 afdeling met 24 bedden. Dit zal gefaseerd uitgebreid worden naar 84 bedden vanaf november 2022.

Campus Geraardsbergen: 30 bedden.

<u>Infrastructuur en uitrusting van de geriatrische afdeling</u>

- De G-dienst vormt een afgescheiden entiteit

- De diensten zijn uitgerust met hoog-laag bedden, anti-decubitusmateriaal, geriatrische zetels, rolstoelen, nachtstoelen, voorzettafels, looprekjes, krukken en stokken.
- De diensten beschikken over voldoende toiletverhogers
- Boxen met fixatiemateriaal zijn aanwezig
- Alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen worden geweerd.
- Slipgevaar wordt voorkomen
- Er is een doeltreffend oproepsysteem aanwezig in alle lokalen
- Er zijn centrale leidingen voor zuurstof voorzien
- Er is een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen. Deze is uitgerust met een oefenfiets, een oefentrap, een wandrek en een looprek. De zaal bevind zich op de afdeling geriatrie
- In de gangen en sanitaire cellen zijn voldoende handgrepen en leuningen voorzien
- In de gang zijn voldoende rustmogelijkheden (stoelen) voorzien
- Voldoende brandblusmateriaal is aanwezig
- Maatregelen voor wegloopgedrag zijn voorzien:
  - Afgescheiden entiteiten d.m.v. deuren met cijferslot
  - Alternatieven voor fysieke fixatie vb. kuipstand van de geriatrische zetel,…
  - Deze alternatieven staan ook vermeld in 'Procedure: Fysieke fixatie van een patiënt (vrijheidsbeperkende maatregelen)'.
  - Deuren sluiten automatisch binnen een bepaalde tijdspanne

5.1.1. Opnamecriteria

Volgende patiënten worden opgenomen op de erkende dienst voor geriatrie:

- Een spoedopname van een patiënt met een geriatrisch profiel na doorverwijzing door een huisarts;
- Elke patiënt op spoedgevallen met een geriatrisch profiel zonder een andere acute chirurgische problematiek;
- Een patiënt van 75 jaar of ouder met een geriatrisch profiel, opgenomen op een andere verpleegafdeling van het ziekenhuis, die medisch 'ontslagklaar' is, maar door de arts-specialist wordt doorverwezen naar de geriatrie omwille van functionele en/of cognitieve redenen met revalidatiepotentieel. Patiënten die wachten op een plaatsing in een WZC komen hiervoor niet in aanmerking.

5.1.2. Het patiëntendossier en het multidisciplinair zorgplan

Bij opname op de acute geriatrie wordt voor elke geriatrische patiënt een gedetailleerd multidisciplinair elektronisch patiënten dossier (EPD) opgemaakt dat de sociale, de medische, de paramedische en de verpleegkundige gegevens van de patiënt bevat. Medische orders worden voorgeschreven via het EPD.

Voor elke geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair zorgplan samengesteld. Het bevat de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie. Dit zorgplan maakt deel uit van

het patiëntendossier en wordt opgesteld in overleg met diegenen die bij de behandeling worden betrokken zowel medisch, verpleegkundig, paramedisch als psychologisch.

Briefings gebeuren gestandaardiseerd volgens het briefingsinstrument ISBARR.

5.1.3. Het multidisciplinair overleg

Wekelijks wordt een teamoverleg georganiseerd. Hierbij zijn zowel de behandelende arts, de hoofdverpleegkundige, de zoneverpleegkundige, de ergotherapeut, de kinesitherapeut, de diëtist en een medewerker van de sociale dienst aanwezig.

Tijdens dit overleg worden alle patiënten besproken en geëvalueerd. Aan de hand hiervan wordt een geïndividualiseerd behandelplan opgesteld in kader van ontslag.

De huisarts is niet aanwezig op de teamvergadering. De huisarts wordt telefonisch gedurende de opname op de hoogte gehouden en geïnformeerd indien nodig. De huisarts ontvangt een verslag bij ontslag.

Verslaggeving gebeurt in het elektronisch patiëntendossier (KWS).

5.1.4. Het ontslag

Het ontslag van de geriatrische patiënt wordt onmiddellijk na de opname al voorbereid. Er is een nauwe samenwerking met de sociale dienst. Patiënten met een vermoeden van 'sociale problematiek' worden zo snel mogelijk aan de sociale dienst gesignaleerd (door de behandelende arts, de verpleegkundige, de ergotherapeut, de familie, …) en/of besproken op de eerstvolgende teamoverleg.

Eens de patiënt door de arts 'ontslagklaar' is bevonden, neemt de sociale dienst of de administratief medewerker de nodige stappen.

Indien de patiënt voor het eerst naar een woonzorgcentrum of een revalidatieafdeling gaat, contacteert de sociale dienst respectievelijk het woonzorgcentrum en het revalidatiecentrum. Ook wanneer de patiënt naar huis terugkeert en extra vervolgzorg nodig heeft contacteert de medewerker van de sociale dienst de thuiszorg.

Indien de patiënt terugkeert naar huis/het woonzorgcentrum en er geen extra tussenkomst van de sociale dienst nodig is, regelt de (hoofd)verpleegkundige of de administratief medewerker het ontslag van de patiënt.

Ontslag gebeurt bij voorkeur in de voormiddag tussen 10 uur en 12 uur. Het vervoer wordt afgestemd met de patiënt en/of de familie.

Extern ziekenvervoer wordt geregeld door het ziekenhuis met MUTAS.

5.1.4.1. Ontslag naar huis/ WZC of revalidatie

Volgende wordt meegegeven:

- De medische ontslagbrief voor de huisarts.
- De verpleegkundige ontslagbrief.

- Het medicatieschema.
- De thuismedicatie (indien die in bewaring werd genomen), medicatie voor 1 dag en in geval van ontslag in het weekend de medicatie om het weekend te overbruggen.
- Het afsprakenkaartje of formulier
- De nodige elektronische medicatievoorschriften (via identiteitskaart)
- Optioneel: advies logopediste.
- Optioneel: voorschrift kinesitherapie.
- Optioneel: voorschrift kinesitherapie.
- Optioneel: te nemen voorzorgsmaatregelen bij een besmetting van de patiënt.
- Optioneel: attesten voor terugbetaling via de mutualiteit.

5.1.4.2. Transfer naar een andere dienst binnen het A.S.Z

Volgende wordt meegegeven:

- De medische ontslagbrief van de behandelende geriater.
- De verpleegkundige ontslagbrief.
- De thuismedicatie (indien die in bewaring werd genomen) en specifieke medicatie.
- Optioneel: te nemen voorzorgsmaatregelen bij een besmetting van de patiënt
- Indien transfer naar andere campus: document vervoerskosten.
  De familie wordt van de transfer verwittigd door de dienst geriatrie.

5.1.4.3. Transfer naar een ander ziekenhuis

Volgende wordt meegegeven:

- De ontslagbrief van de behandelende geriater.
- De verpleegkundige ontslagbrief.
- De thuismedicatie (indien die in bewaring werd genomen).

4.1.4.4. Overlijden van de patiënt

Een arts doet de vaststelling van het overlijden. Indien deze arts niet de behandelende geriater is, verwittigd de verpleegkundige de behandelende geriater. De overlijdensakte en het document crematie worden ingevuld door de geriater. De familie en de huisarts worden verwittigd door de verpleegkundige of de geriater.

5.2. Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt

Het Geriatrisch dagziekenhuis opende zijn deuren op 1 juli 2006 op de campus Aalst. Het bevindt zich op het gelijkvloers van het hoofdgebouw.

Het geriatrisch dagziekenhuis is open van maandag tot vrijdag van 08u00 tot 17u00.

In een huiselijke sfeer kunnen we zes zorgvragers huisvesten, waarvan vijf patiënten in een comfortabele zetel en één zorgvrager in een bed.

In het dagziekenhuis ontvangt de geriatrische zorgvrager gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg met als doel de functionele autonomie van de kwetsbare ouderen te vrijwaren en gespecialiseerde evaluatie, behandeling en revalidatie te bieden. Op die manier kan een traditionele ziekenhuisopname of een spoedopname vermeden worden.

Verschillende onderzoeken kunnen gecoördineerd en gegroepeerd verlopen tijdens de dagopname.

5.2.1. De opnamecriteria

- 65-plussers met een geriatrisch zorgprofiel na doorverwijzing van de huisarts;
- 65-plussers met een geriatrisch zorgprofiel na doorverwijzing van een geneesheer-specialist;
- Op vraag van zorgvrager, familie, thuisverpleging, ILG, WZC of na geriatrisch consult.

5.2.2. Het zorgaanbod

Het dagziekenhuis richt zicht op diagnostiek, ambulante behandeling en revalidatie. Tevens wordt sterk ingezet op educatie aan patiënt en mantelzorgverstrekkers.

Er zijn een aantal **specifieke zorgtrajecten:** dementie en geheugenkliniek, valkliniek, incontinentie, pijnevaluatie, kwetsbaarheid, voeding, wondzorg, diabetes en osteoporose. Ook voor medicatienazicht, intraveneuze therapie en transfusies, combinatie-onderzoeken en preoperatieve screening kan men er terecht.

5.2.3. De zorgorganisatie

De verpleegkundige van het dagziekenhuis zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Daarop brengt de verpleegkundige de zorgvrager mondeling op de hoogte van de opnamedatum en de volgorde van het programma. Gemaakte afspraken bij verwarde of hardhorige zorgvragers worden via de post verstuurd of worden via de huisarts/mantelzorger gecommuniceerd.

De zorgvrager wordt benaderd in zijn totaliteit en de individuele begeleiding primeert. Goede communicatie en opvolging van de zorgvrager zijn daarbij essentieel.

Er is één aanspreekpunt, dit geeft duidelijkheid voor de huisarts, zorgvrager en familie.

Elke zorgvrager wordt uitvoerig multidisciplinair gescreend aan de hand van een uitgebreide anamnese en wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.

Enkele meetinstrumenten:

Assessmentdomein	Meet- of screeningsinstrument
Zelfredzaamheid	KATZ-schaal iADL volgens Lawton Clinical frailty scale
Cognitie	MMSE: Mini-Mental State Examination GDS: Global Deterioration Scale Kloktekentest Mini-COG DOSS NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory Questionnaire ADAS-Cog : Altzheimer's Disease Assessment Scale
Valrisico	Gang- en balans-testen Knijpkracht-test Tinetti-test
Andere	Slikscreening N(P)RS: Numeric (Pain) Rating Scale

De pluridisciplinaire revalidatie is gericht op het behandelen van moeilijkheden op vlak van cognitie, continentie, evenwicht en slikken die een pluridisciplinaire benadering vragen.

De bevindingen van screening en revalidatie worden genoteerd in het zorgdossier (KWS) door de verschillende disciplines.

Bij ontslag wordt een medische ontslagbrief gecommuniceerd naar de verwijzende huisarts/specialist en/of andere zorgverleners die door de patiënt zijn aangeduid. De patiënt wordt hiervan op de hoogte gebracht. Indien nodig krijgt de zorgvrager voorschriften, attesten, vervolgafspraken en brochures mee.

De zorgvrager en zijn mantelzorger krijgen een adequate uitleg over de screening, de behandeling, de revalidatie en de medicatie van de arts en de verpleegkundige. Deze informatie wordt schriftelijk ondersteund.

Aanvragen voor Bondronat® worden rechtstreeks naar de ziekteverzekering gestuurd. De afspraak voor toediening wordt meegegeven.

In de 'geheugenkliniek' volgende documenten voor de adviserende arts meegeven:
"bijlage B" kopie meegeven, "bijlage A, C origineelmeegeven".

5.3. De consultatie geriatrie

Op campus Aalst zijn er elke weekdag consultaties geriatrie. De geriater onderzoekt de zorgvrager, verstrekt geriatrisch advies of doet behandelingen die geen multidisciplinaire aanpak vragen. Dit bij voorkeur op verzoek van de huisarts of een arts-specialist. In het kader van de continuïteit van zorg worden de bevindingen genoteerd in het patiëntendossier en schriftelijk overgemaakt naar de huisarts/de verwijzer.

5.4. De interne liaison geriatrie (ILG)

De ILG staat in voor de complementaire, geriatrische benadering van alle geriatrische patiënten in het A.S.Z. die niet op een erkende dienst voor geriatrie en niet in de daghospitalisatie zijn opgenomen.

De leden van het ILG-team stellen, elk vanuit hun eigen competentiedomein, de geriatrische principes en hun deskundigheid ter beschikking van de behandelende arts-specialist en de teams van de afdeling waar de patiënt verblijft. De ILG wil hierbij een tweedelijnsfunctie vervullen, niet door de zorg over te nemen, maar door de zorgverlener te ondersteunen met specifieke geriatrische kennis en vaardigheden.

5.4.1. Inclusiecriteria

- Gehospitaliseerde patiënten ouder dan 75 jaar na een positieve screening vanuit het verpleegkundig assessment. Een positieve screening is een GRP score ≥ 2/6. Indien na een positieve screening geen beroep wordt gedaan op de ILG wordt de reden hiervan genoteerd in het patiëntendossier.
- Gehospitaliseerde patiënten jonger dan 75 jaar en als kwetsbaar (h)erkend, op vraag van de verpleegkundigen en/of de behandelende arts.

5.4.2. Samenstelling van het team ILG

Het huidige team bestaat uit 2,3 FTE [1] verpleegkundigen, allen met een bijzondere beroepstitel in de geriatrie. Zij kunnen beroep doen op volgende specialismen: een klinisch psychologe, kinesitherapeuten, een diëtiste zowel op campus Aalst als op campus Geraardsbergen, een logopediste en een ergotherapeut. Er is tevens een hele nauwe samenwerking met de 'sociale dienst'.

5.4.3. Werkwijze van de ILG

5.4.3.1. De screening door ILG

Verblijvende 75-plussers worden gescreend op eventuele geriatrische zorgproblemen. Dit gebeurt via een **Geriatrisch Risicoprofiel = GRP**. Het GRP berust op een score van 5 items en geeft een aanduiding van de fragiliteit van de oudere patiënt. De vragen worden gesteld aan de patiënt of diens mantelzorger. Vanaf een score van 2/6 spreekt men over

[1] Het A.S.Z. voldoet daarmee aan de wettelijke bepaling van minstens 2 FTE (zonder geriater) afhankelijk van het totaal aantal opgenomen 75+ patiënten in het ziekenhuis en niet op de acute geriatrie met uitbreiding vanaf 3000 opnames (acute G niet inbegrepen) met 0.25 FTE (= per 500 opnames).

een positief geriatrisch risicoprofiel en kunnen deze patiënten door de ILG verder worden opgevolgd.

	Situatie voor opname	Score (ja)
1.	Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (bv. desoriëntatie, dementie, delirium)	2
2.	Alleenwonend OF geen hulp mogelijk door inwonende partner/ familie	1
3.	Moeilijkheden bij stappen of transfers OF gevallen in het voorbije jaar	1
4.	Hij/zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden?	1
5.	De patiënt neemt dagelijks ≥ 5 geneesmiddelen	1

De screening dient, binnen de 72 uur na opname door een verpleegkundige van de afdeling (met uitzondering van de erkende dienst geriatrie of dagziekenhuis) te gebeuren.

Het resultaat van de screening wordt in het dossier genoteerd. De ILG wordt verwittigd in geval van positieve screening (via e-mail, telefonisch of via KWS). Indien na een positieve screening geen beroep wordt gedaan op de ILG, wordt de reden hiervan genoteerd in het patiëntendossier.

Het GRP kan ook afgeleid worden uit ingevulde opnameboekjes, indien het gaat over een geplande opname.

De interne liaison maakt ook gebruik van een aantal uitsluitingsclausules voor verdere screening:

Uitsluitclausule 1: De patiënt is opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, de behandelend arts is de geriater zelf. Indien de patiënt door plaatsgebrek op een niet-geriatrische afdeling is opgenomen en de behandelend arts toch de geriater is, wordt enkel op vraag van de geriater een screening gedaan.

Uitsluitclausule 2: De 75-plusser wordt opgevolgd door het palliatief supportteam of is in een palliatieve setting opgenomen.

Uitsluitclausule 3: Een volledige geriatrische screening is onmogelijk gezien de cognitieve en of fysieke toestand van de patiënt.

Uitsluitclausule 4: Wegens een verblijfsduur van ≤ 48 uur is een volledige geriatrische screening onmogelijk.

Uitsluitclausule 5: Een volledige geriatrische screening vormt geen meerwaarde. Het GRP is vals positief of de patiënt wenst niet mee te werken. Het kan ook zijn dat kort voor de opname reeds een geriatrisch assessment is uitgevoerd (bv. via het geriatrisch dagziekenhuis).

Uitsluitclausule 6: De werklast overtreft de beschikbare en inzetbare middelen. De ILG werkt geen weekenddiensten en feestdagen. Eveneens kan het zijn dat door ongewenste

omstandigheden (ziekte, verlof, …) aan de vraag van een assessment niet kan worden voldaan. Uiteraard wordt dit zoveel mogelijk vermeden.

5.4.3.2. Het geriatrisch assessment

De ILG onderzoekt de kwetsbare geriatrische patiënt op verschillende domeinen o.a. de mate van zelfredzaamheid, de sociale context, de cognitieve toestand, de mobiliteit en de voedingstoestand. Deze testen zijn gebundeld in het "geriatrisch comprehensive assessment".

Doel van dit assessment is het detecteren, inventariseren en inzicht krijgen in de specifieke geriatrische problemen die aanwezig zijn naast de acute toestand van de patiënt.

De ILG-verpleegkundige doet het assessment. Zo nodig wordt bijkomende expertise gevraagd van de andere disciplines die het team versterken.

Na het bezoek aan de patiënt wordt ook een gesprek gevoerd met de zorgverleners en (indien mogelijk) met de familie. Op basis van de resultaten worden adviezen gegeven.

Meetinstrumenten die tijdens dit assessment worden gebruikt zijn:

Assessment domein	Meetinstrument
Zelfredzaamheid (ADL/iADL)	Katz - Lawton
Valrisico	Richtlijn vallen (FOD - Valpreventie), eventueel uitgebreid met een evaluatie gang en balans a.d.h.v. de Tinetti-test, met inbegrip van controle bloeddruk, pols en toestand van de voeten
Risico op ondervoeding	NRS2002
Sensoriële dysfuncties	Zicht, gehoor, mond, urine, stoelgang, slikken
Sociale omkadering	Socios
Delier	CAM (confusion assessment method)
Cognitie	Kloktest – MMSE – MOCA test
	Eventueel uitgebreid met een ADAS-cog en NPI-Q
Emotioneel welbevinden	GDS8
Pijn	Verbale beoordelingsschaal

5.4.3.3. Adviesverlening

Na het uitgebreid assessment worden adviezen geformuleerd die betrekking hebben op de problematiek die gedetecteerd werd binnen de verschillende assessmentdomeinen. Andere disciplines uit het interne liaisonteam worden ingeschakeld wanneer zich specifiek

voor hun expertise een probleem voordoet. De adviezen worden besproken in het pluridisciplinair overleg en opgenomen in een multidisciplinair verslag.

Het multidisciplinair verslag bevat tevens alle resultaten van onderzoek en testen die werden afgenomen via het geriatrisch assessmentdossier.

Het resultaat van het overleg met de daaraan gekoppelde adviezen wordt beschikbaar gesteld aan de behandelende arts, hoofdverpleegkundige of de verantwoordelijk verpleegkundige van de afdeling waar de patiënt zich bevindt.

Sinds oktober 2014 worden, zoals de wet voorschrijft, de geformuleerde adviezen en zo ook het multidisciplinair verslag aan de huisartsen bezorgd. Huisartsen nemen immers om praktische redenen niet deel aan het pluridisciplinair overleg.

Er wordt niet gewacht op het verslag om actiepunten aan te brengen. Gedurende het ganse proces staan de ILG in dialoog met de arts-specialist, hoofdverpleegkundige of verantwoordelijk verpleegkundige van de afdeling waar de patiënt zich bevindt. Op deze manier wordt het verpleegplan, zo nodig, continu bijgestuurd en aangepast.

5.4.3.4. Het pluridisciplinair overleg

Paramedisch team: Het pluridisciplinair overleg met het geriatrische supportteam wordt wekelijks georganiseerd. Op dit overleg worden alle betrokken liaisonpartners (zoals beschreven onder 5.4.2.) uitgenodigd, die advies hebben gegeven over de patiënten die op het overleg besproken worden.

Om praktische redenen worden enkel die patiënten besproken die op dat ogenblik nog verblijven in het ziekenhuis.

Artsen: Alle door de interne liaison gevolgde patiënten worden besproken met één van de geriaters. Patiënten die eerder het ziekenhuis verlaten, worden tussenin steeds multidisciplinair besproken, doch niet altijd in aanwezigheid van alle betrokken disciplines.

Van elk pluridisciplinair overleg is er een verslag.

5.4.3.5. Referentieverpleegkundigen geriatrie

Op de niet-geriatrische afdelingen, is er een ‘praktijkcoach geriatrie’ aangeduid. Ze ondersteunen de ILG om de geriatrische zorgcultuur mee uit te dragen binnen hun afdeling en fungeren als knipperlichten om geriatrische patiënten door te geven.

De praktijkcoaches ontvangen specifieke vorming hieromtrent.

5.5. De externe liaison geriatrie

De externe liaison maakt het mogelijk de geriatrische principes en deskundigheid ter beschikking te stellen van o.a. de huisarts, de raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep.

Men streeft ernaar de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden alsook functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.

De externe liaison beschikt over een (deeltijds) maatschappelijk werker.

De externe geriatrische liaison omvat:

- Het ontslagmanagement;
- Het gestructureerde overleg met huisartsen, thuiszorg en woonzorgcentra dat 2 maal per jaar wordt georganiseerd (alternerend door O.L.V. en A.S.Z.);
- Opleiding en advies aan zorgverstrekkers van thuiszorg en woonzorgcentra omtrent de geriatrische multidisciplinaire deskundigheid.
- Onderlinge samenwerking en functionele bindingovereenkomsten met:
    - woonzorgcentra: deze overeenkomst voorziet o.a. dat het WZC zich verbindt om - in de mate van het mogelijke - bedden beschikbaar te houden voor geriatrische patiënten die in het ziekenhuis verblijven.
    - één of meerdere diensten voor de thuisverzorging
    - huisartsenkring(en)
    - centra voor dagverzorging

6. Kwaliteitsbewaking

6.1. De continuïteit van zorg

Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma neemt, in maximale samenwerking met de sociale dienst, alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen. Het werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis en de eerstelijnsstructuren (zie 5.5).

Tevens zijn concrete afspraken vastgelegd in een Service Level Agreement met de diensten spoedgevallen en orthopedie.

SLA: Orthopedie, Geriatrie en Spoed rond de geriatrische patiënt (G)
A.S.Z. Service Level Agreement (SLA)
Duidelijke afspraken rondom de samenwerking met de discipline geriatrie en orthopedie bij de opname van een geriatrische patiënt met orthopedische heelkundige indicatie.

SLA: Orthopedie en Geriatrie rond de geriatrische patiënt met een fractuur (G)
A.S.Z. Service Level Agreement (SLA)
Opnames van patiënten met een fractuur en met een Geriatrisch Risico Profiel (=2) vanuit de dienst spoedopname en waarvoor chirurgie volgt op te nemen op de Dienst Geriatrie VE 237.

SLA: PAAZ en Geriatrie rond afspraken psychiatrische patient (A)
A.S.Z. Service Level Agreement (SLA)
Afspraken om multidisciplinaire en kwaliteitsvolle zorg te verlenen aan patiënten met onderliggende psychiatrische pathologie die zijn opgenomen op een geriatrische afdeling.

SLA: Orthopedie en Geriatrie (A)
A.S.Z. Service Level Agreement (SLA)
Opnames van patiënten met een fractuur en met een Geriatrisch Risico Profiel (=2) vanuit de dienst spoedopname en waarvoor chirurgie volgt op orthopedie Ve 160.

Er wordt gestandaardiseerd gewerkt aan de hand van procedures en staande orders.

6.2. Competentiebeleid

Voorafgaand aan indiensttreding worden de kwalificaties van zorgverleners opgevraagd. De competenties (volgens het competentieprofiel) worden jaarlijks opgevolgd in een functionerings- of evaluatiegesprek met de directe leidinggevende. Tijdens deze gesprekken worden bijkomende opleidingsbehoeften in kaart gebracht zodat kan bijgestuurd worden in functie van de competenties.

Er is een vormingsbeleid en een vormingskalender. Specifiek voor het zorgprogramma geriatrie worden bijkomende vormingen omtrent de geriatrische patiënt aangemoedigd.

Jaarlijks worden vanuit de ILG opleidingen gegeven. Tevens wordt periodiek een geriatrisch symposium georganiseerd vanuit het ziekenhuis.

6.2. Algemeen kwaliteitsbeleid

Het ziekenhuis werkt met jaarverslagen en beleidsplannen. Strategische doelstellingen worden vertaald naar concrete plannen voor het volgende jaar. Tussentijdse opvolging is voorzien.

6.2.1. Ziekenhuisbrede performantie-indicatoren toegepast binnen het zorgprogramma geriatrie

- Aantal valincidenten
- Prevalentie en preventie van decubitus
- Basisvereisten handhygiëne bij zorgpersoneel
- Aantal ongeplande heropnames
- Patiententevredenheid (via de Vlaamse Patiëntenpeiling)

- Identificatie van patiënt en zorgpersoneel
- Medicatie voorschrijven
- Medicatie klaarleggen, bereiden en toedienen
- Medicatie bewaren
- Katheterzorg en IV beleid
- Prikongevallen
- Fysieke fixatie
- Privacy en informatieveiligheid
- Aantal klachten en aard van de klachten
- Aantal tijdige ontslagbrieven

De resultaten van indicatoren die worden opgevolgd via selfchecks worden kenbaar gemaakt op het kwaliteitsbord van de afdeling. Tevens worden er op regelmatige tijdstippen interne audits en veiligheidsrondes uitgevoerd.

6.2.2. Indicatoren specifiek voor geriatrie

- Aantal ingevulde GRP-scores bij 75-plussers binnen 72 uur na opname
- Aantal aangevraagde en uitgevoerde consulten interne liaison geriatrie
- Aantal opnames, real time bedbezetting, complicaties, mortaliteitsratio, ongeplande heropnames, tijdige ontslagbrieven

Het A.S.Z. is een door Qualicor-Europe geaccrediteerd ziekenhuis sinds 2017.

7. Bijhorende documenten

- Procedure: valpreventie - ziekenhuisbreed
- Alternatieven voor fysieke fixatie
- 'Procedure: Fysieke fixatie van een patiënt (vrijheidsbeperkende maatregelen)'.
- Procedure: Voedsel en vochttoediening bij risicoloze patiënten
- Procedure: Diagnostische behandeling geriatrisch dagziekenhuis
- Procedure: Therapeutische behandeling geriatrisch dagziekenhuis
- Procedure: Patiëntveilig omgaan met slikstoornissen
- Procedure: Inschakelen ILG en uitvoeren Comprehensive Geriatric Assessment

- Procedure: Dementie
- Reglement Interne Orde ILG
- Procedure: Delirium
- Klinisch Pad: Valpreventie
- Klinisch Pad: Malnutritie
- Staand order: Opname van een geriatrische patiënt via spoedgevallen
- Jaarverslag en Beleidsplan Zorgprogramma Geriatrie
- Samenwerkingsovereenkomsten tussen A.S.Z. en WZC