Pluridisciplinair Geriatrisch Handboek

AZ Sint-Vincentius DEINZE

INHOUDSTABEL

1 PLURIDISCIPLINAIR GERIATRISCH HANDBOEK 1

1.1 DOELGROEP 1
1.2 VERANTWOORDELIJKHEDEN 1

2 TOEPASSINGSGEBIED VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT 2

2.1 INLEIDING 2
2.2 KWETSBARE OUDEREN 4
2.3 SCREENING 5
2.4 ACTIEPLAN 5
2.5 ADVIEZEN PLURIDISCIPLINAIR GERIATRISCH TEAM 5
2.6 ONDERDELEN VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT 6

3 KWALITEITSBELEID 8

3.1 KWALITEITSINDICATOREN 8
3.2 ZORGPADEN 9
3.3 KWALITEITSPLAN 10
3.4 BELEIDSPLAN 10
3.5 SENIOR-VRIENDELIJK EN DEMENTIE-VRIENDELIJK ZIEKENHUIS 10

4 UITWERKING VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT 14

4.1 PLURIDSICIPLINAIR GERIATRISCH TEAM 14
4.2 VERPLEEGAFDELING GERIATRIE – VERPLEEGKUNDIG ZORGONDERSTEUNEND LUIK 14
4.3 DE DAGHOSPITALISATIE VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT 15
4.4 INTERNE LIAISON GERIATRIE 17
4.5 GERIATRISCHE CONSULTATIE 19
4.6 EXTERNE LIAISON EN TRANSMURALE ZORG 19
4.7 DE PARAMEDISCHE SPECIALITEITEN 22
4.7.1 Ergotherapie 22
4.7.2 Diëtiek 25
4.7.3 Kinesitherapie 32
4.7.4 Logopedie 34
4.7.5 Sociale dienst – transmurale zorg 36
4.7.6 Palliatieve zorgen 40
4.7.7 Pastorale dienst 40
4.7.8 Dienst psychologie 41

5 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING 42

6 OPLEIDINGEN GERIATRIE 42

7 PROCEDURES / BELEIDSNOTAS SPECIFIEK VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT 43

8 ORGANIGRAM 45

9 CONTACTEN 45

1 PLURIDISCIPLINAIR GERIATRISCH HANDBOEK

1.1 DOELGROEP

Medewerkers/artsen binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Zorgverstrekkers van het ziekenhuis en alle andere verstrekkers betrokken vanwege de samenwerking bij het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Patiënten opgenomen binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en hun vertegenwoordigers.

Vanuit de associatie zorgprogramma voor de geriatrische patiënt tussen het AZ Maria Middelares Gent en AZ Sint-Vincentius Deinze heeft dit pluridisciplinair geriatrisch handboek een gemeenschappelijke basis met een eigen vestigingsgebonden invulling.

1.2 VERANTWOORDELIJKHEDEN

De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma geriatrie berusten bij het medisch diensthoofd van dit zorgprogramma en de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, is er een middenkader voorzien (zorgmanager, procesmanager en stafmedewerker).

De arts diensthoofd van het zorgprogramma is een arts-specialist erkend in de geriatrie die voltijds verbonden is aan het ziekenhuis en de medische aspecten van het zorgprogramma organiseert. De verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie. Voor beiden is er een functieprofiel ontwikkeld.

Indien u specifieke vragen heeft omtrent het pluridisciplinair geriatrisch handboek, kunt steeds contact nemen met:

- Dr. Demuynck, medisch diensthoofd van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

  Mathias.Demuynck@azstvdeinze.be
- Brigitte Van Rechem, Verantwoordelijke verpleegkundige zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

  Brigitte.Van.Rechem@azstvdeinze.be
- Johan Vanlauwe Stafmedewerker zorgdepartement

  Johan.Vanlauwe@azstvdeinze.be

2 TOEPASSINGSGEBIED VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

2.1 INLEIDING

Het pluridisciplinair geriatrisch handboek is een weergave van de interdisciplinaire samenwerking op de afdeling geriatrie. De inhoud wordt gedragen door alle leden van het interdisciplinair team binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Het interdisciplinair geriatrisch team bestaat uit arts geriater, verpleegkundige, medewerker zorgondersteuning: zorgkundige, kinesist, ergotherapeut, sociaal werker, logopedist, diëtist, psycholoog, palliatief verpleegkundige, pastoraal medewerker, schoonmaakpersoneel, logistiek medewerker, studenten, vrijwilligers.

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op een interdisciplinaire diagnose, behandeling en revalidatie van de oudere patiënt.

Een kwaliteitsvolle behandeling heeft als doel een optimaal herstel te bekomen van de oudere patiënt in de thuissituatie of het thuisvervangend milieu. De continuïteit van de zorg gebeurt in samenspraak met de patiënt (of vertegenwoordiger), de huisarts en andere zorgverleners.

De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie is gericht op de behandeling van de specifieke problemen bij de oudere patiënt die zijn/haar functioneren in de diverse domeinen belemmeren.

De implementatie van verschillende zorgprocessen, waarden en beleidsvisies verhogen de kwaliteit en de efficiëntie van de pluridisciplinaire geriatrische zorg.

Er zijn 2 competenties die terugkeren bij elke functie in ons ziekenhuis, dit zijn onze **kern-competenties**, nl. klantgerichtheid en samenwerking. Er wordt verwacht dat elke medewerker binnen het ziekenhuis deze 2 kerncompetenties beheerst en uitstraalt. Deze competenties hebben een rechtstreekse link met onze missie en visie.

Van elke medewerker binnen het ziekenhuis wordt verwacht dat er een hoge prioriteit gegeven wordt aan een goede dienstverlening en klanttevredenheid zoals in onze visie geschreven staat: in ons streven naar kwaliteit, de patiënt met de beste zorgen omringen zowel fysiek, psychisch als sociaal.

Als **zorgmodel** hanteren we integrerende verpleegkunde met als hoofdaccenten:

- Persoonsgerichte zorg (aandacht voor fysieke, psychische en sociale aspecten; de belevingswereld van de patiënt; de inzet op patiëntenparticipatie);
- Beheersbare totaalzorg: De patiënt als unieke mens staat centraal. Elke patiënt wordt zowel op fysiek, psychisch, emotioneel, sociaal als spiritueel vlak totaal opgevolgd. Al onze medewerkers zullen indien nodig op verzoek gespecialiseerde taken op zich nemen en de patiënt omringen met de grootste zorg;
- Patiënttoewijzing: elke verpleegkundige is verantwoordelijk voor een aantal patiënten waarbij die patiënten zo lang mogelijk aan dezelfde verpleegkundige worden toegewezen;
- Methodisch werken (gegevensverzameling, aanwezige en potentiële verpleegproblemen, zorgplanning in functie van doelstellingen, uitvoering, evaluatie, zorgplanning zo nodig bijsturen);
- Schriftelijke en mondelinge rapportering.

Onze **beleidsvisie patiëntenzorg** komt tot uiting door de inzet van alle artsen en medewerkers als partners in totaalzorg voor een persoonsgerichte, kwaliteitsvolle en veilige zorg voor patiënten. Persoonsgerichte zorg veronderstelt een open en respectvolle relatie met iedere patiënt. Kwaliteitsvolle en veilige zorg vertrekt vanuit deskundigheid, het openstaan voor nieuwe inzichten en een grote verantwoordelijkheidszin. Een goede communicatie en een goede samenwerking tussen de zorgverleners, in een open sfeer en met wederzijds respect, zijn al even noodzakelijk om te komen tot kwaliteitsvolle patiëntenzorg. Daarenboven dragen zij sterk bij tot het werkklimaat en tot de arbeidsvoldoening.

Naast onze aandacht voor de beleving van de zorg bij onze patiënten is het belangrijk om te evolueren naar meer **cliëntenparticipatie**. We moeten terecht meer rekening houden met de verwachtingen bij onze cliënten om hen een meer actieve rol te kunnen laten opnemen in de zorg- en dienstverlening die hen zelf aangaat, een evolutie die ook merkbaar is in de wetenschappelijke inzichten omtrent zorg- en dienstverlening en ook in de brede maatschappij. Dit alles kan op verschillende manieren, door gebruik te maken van bestaande of nieuwe structuren, zoals een cliëntenadviesraad of werken met ervaringsdeskundigen, en van allerhande tools, zoals bedside briefing of focusgesprekken.

Het ganse team geriatrie werkte een **charter klantgerichtheid** uit op basis van cliëntenbeloften:

“ wat mag je van ons verwachten ? “

De verpleegkundige is er voor jou

Bij opname op de afdeling krijg je van een verpleegkundige meer informatie. Bij elk contact stelt de verpleegkundige zichzelf voor, met naam en functie, en reden van bezoek.

Zorg op maat

Samen met jou brengt ons team je zorgbehoefte in kaart. Je kan rekenen op duidelijke en heldere communicatie over je behandelplan. Indien nodig kan je uitleg vragen aan elke medewerker van het multidisciplinair team over je behandelplan. Voor gespecialiseerde informatie word je doorverwezen naar de juiste zorgverlener.

Respect

Alle artsen en medewerkers op de afdeling geriatrie nemen een uitnodigende houding aan waarbij actief luisteren centraal staat. We spreken je ook steeds aan zoals jij verkiest. Je kan rekenen op een professionele houding met respect voor je privacy.

Antwoord op je vragen

Onze artsen en medewerkers zullen bij elk contact nagaan of je een boodschap goed begrepen hebt. Heb je aanvullende noden, vragen of bezorgdheden? Spreek gerust een verpleegkundige aan. We bekijken samen met jou hoe we aan je verwachtingen kunnen voldoen binnen de mogelijkheden die we hebben.

De afdelingen geriatie bevinden zich op de tweede verdieping: Locatie:

- Afdeling G1: rechtervleugel 2e verdieping
- Afdeling G2: linkervleugel 2e verdieping

De architecturale en functionele organisatie van de dienst is van die aard dat de patiënten een maximale bewegingsvrijheid hebben maar de afdeling niet zonder toezicht kunnen verlaten. Iedere toegang is voorzien van een codeslot of badgeslot.

Bezoekers zijn elke namiddag welkom tussen 14 en 20 uur. Op zon- en feestdagen kan je ook tussen 10 en 12 uur langskomen. In samenspraak met de hoofdverpleegkundige van de dienst kunnen afwijkingen in de bezoekuren voor bezoekers toegestaan worden.

2.2 KWETSBARE OUDEREN

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de geriatrische patiënt die specifieke aandacht vereist omwille van haar/zijn kwetsbaarheid:

- Polypathologie (combinatie van (ouderdoms)kwalen)
- Atypische klinische beelden (niet gebruikelijk, afwijkend van het gewone)
- Polyfarmacie (gedurende langere tijd, 5 of meer verschillende soorten geneesmiddelen)
- Functionele achteruitgang (achteruitgang van meerdere systemen van het lichaam)
- Psychosociale problemen en risico op suicide (zelfdoding)
- Risico op vallen
- Incontinentie problematiek en risico op ontstaan van urineweginfecties
- Verstoorde pijngewaarwording
- Cognitieve stoornissen (verminderd functioneren van de hersenen) met risico op delier (plotselinge verwardheid) en wegloopgedrag
- Risico op ondervoeding/ deficiënte (ontoereikende) voeding
- Risico op verslikken
- Risico op mondinfecties
- Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid
- Risico op ontstaan van decubitus (drukletsels, doorligwonden)
- Risico tot opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven

2.3 SCREENING

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is van toepassing op de oudere zorgvrager vanaf 75 jaar met een geriatrisch profiel. Om dit te bepalen hanteren we als screeningsinstrument het Geriatrisch Risico Profiel (GRP):

RISICO	JA	NEEN
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (bv. desoriëntatie, dementie, delirium)	2	0
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner / familie	1	0
3. Moeilijkheden bij stappen / transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden	1	0
4. Hij / zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1	0
5. De patiënt gebruikt ≥ 5 geneesmiddelen	1	0
Bij een totaalscore van 2 of meer: positief geriatrisch risico profiel		

Patiënten jonger dan 75 jaar met specifieke tekenen van kwetsbaarheid kunnen eveneens met de GRP gescreend worden en zo nodig opgenomen worden in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

2.4 ACTIEPLAN

Voor elke geriatrische patiënt, opgenomen op de dienst geriatrie of de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt stelt het desbetreffende team een pluridisciplinair zorgplan op met de diagnose, de behandeling en het eventuele revalidatieplan. De reden van opname blijkt uit het zorgplan. Het behandelplan pakt deze problematiek aan.

2.5 ADVIEZEN PLURIDISCIPLINAIR GERIATRISCH TEAM

Na de pluridisciplinaire evaluatie en in overleg met de patiënt / vertegenwoordiger maakt de geriater een eindverslag op van de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie, met de anamnese, de diagnose, de ziektegeschiedenis, de conclusies, het voorstel van zorgplan en specifieke adviezen.

De adviezen vanuit de diverse paramedische specialiteiten maken deel uit van het elektronisch patiëntendossier en worden bij ontslag van de patiënt ook schriftelijk meegegeven: transferblad WZC, wondzorgvoorschrift naar thuiszorg, ontslagformulier zorgpad valpreventie. De formulieren werden zo ontwikkeld dat de belangrijkste zaken dienen ingevuld te worden en aldus niet over het hoofd kunnen gezien worden.

2.6 ONDERDELEN VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

Het zorgprogramma bestaat uit:

- Een erkende hospitalisatiedienst geriatrie
- Een geriatrische consultatie
- Een daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt
- Een interne liaison geriatrie
- Een externe liaison geriatrie

(Cfr 4. Uitwerking van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt)

Gelet op de nieuwe context van het ziekenhuisbeleid, waarbij van overheidswege wordt aangezet tot samenwerking werd er een erkend duurzaam **samenwerkingsverband** (associatie) aangegaan tussen AZ Maria Middelares Gent en ons ziekenhuis, gericht op het gezamenlijk uitbaten van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt op beide sites.

In het kader van deze associatieovereenkomst gebeurt er overleg binnen de pluridisciplinaire stuurgroep G, het gemeenschappelijk medisch comité en het associatiecomité.

De pluridisciplinaire stuurgroep G komt samen met als doel het uitwerken van gelijklopende projecten, werken aan kwaliteit en vorming op verpleegkundig- en paramedisch vlak.

Het gemeenschappelijk medisch comité buigt zich over de medische activiteit van de associatie.

Het associatiecomité zet de grote lijnen uit in kader van de associatieovereenkomst.

Het **geriatrisch beleid in het AZ Sint-Vincentius Deinze** wordt gestuurd door het kernteam geriatrie. Het kernteam geriatrie bestaat uit het medisch diensthoofd geriatrie, de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatrie, een vertegenwoordiging van de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en de stafmedewerker zorgdepartement. Deze stuurgroep bepaalt de doelstellingen en werkt een plan van aanpak uit. De doelstellingen en het plan worden bekrachtigd door de zorgmanager en de directeur zorgdepartement. Het kernteam geriatrie overlegt 4 maal per jaar. Daarnaast wordt ook minimaal 4 maal per jaar een afzonderlijke multidisciplinaire teamvergadering georganiseerd per afdeling geriatrie.

De verantwoordelijke artsen zijn:

- Dr. Demuynck Mathias
- Dr. De Mey Joke
- Tijdens de wachtdienst of tijdens verlofperiodes worden zij ook bijgestaan door collega's geriaters van AZ Maria Middelares

De verpleegkundige leidinggevenden op de geriatrische verpleegafdeling, het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt en interne liaison geriatrie zijn:

- Verantwoordelijke verpleegkundige zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.
    - Brigitte Van Rechem
- Hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatrie:
    - G1: Bart Dereyne
    - G2: Brigitte Van Rechem

3 KWALITEITSBELEID

Een kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg wordt beoogd voor de oudere zorgvrager. De rechten van de patiënt en het verlenen van een seniorvriendelijke zorg zijn de uitgangspunten.

3.1 KWALITEITSINDICATOREN

3.1.1 Patiëntveiligheidsindicatoren

- compliance handhygiëne
- patiëntenidentificatie
- decubitus intramuros
- effectiviteit zorgoverdracht
- evaluatie incontinentiezorg

3.1.2 klantvriendelijkheidsindicatoren

- tabblad ADL is volledig ingevuld en psychosociale aspecten zijn bevraagd
- "brochure meegegeven" is aangevinkt in de anamnese
- In geval van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt er iedere shift geëvalueerd (paraaf)
- Gedetailleerd noteren in patiëntendossier en een bevredigend antwoord bieden aan familie
- “specifieke wensen en behoefte”-fiche is ingevuld

3.1.3 indicatoren zorgpad valpreventie

- % pat opgenomen in zorgpad valpreventie waarbij ontslagbrief wordt ingevuld door alle disciplines
- % pat opgenomen in zorgpad valpreventie met orthostatische proef
- % pat. opgenomen in het zorgpad valpreventie waarbij het schoeisel wordt gecontroleerd + adviezen worden verstrekt
- % pat. opgenomen in het zorgpad waarbij een Timed Up and Go test of Tinetti-test werd afgenomen
- Percentage voorzorgsmaatregelen valpreventie die correct werden toegepast (bed in laagstand, rollend materieel vast, bel binnen handbereik, vrije doorgang naar toilet, infuus aan correcte kant bed, hulpmiddelen binnen handbereik)

Via het afdelings-dashboard krijgt het team feedback over de recente metingen. De afdelingsgebonden metingen worden besproken volgens de Plan - Do - Study – Act methode om eigen werkwijze te beoordelen en te verbeteren. De aanpak van bepaalde problemen kunnen resulteren in afdelingsgebonden en/of ziekenhuisbrede afspraken.

3.2 ZORGPADEN

Een klinisch zorgpad is de verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een bepaalde groep patiënten.

Een zorgpad geeft helderheid over de stappen in het zorgproces; het geeft aan welk traject een patiënt doorloopt en wie op welk moment welke acties onderneemt.

Op geriatrie werd het zorgpad valpreventie ontwikkeld en ingevoerd.
(cfr. Valpreventie: valpreventie – protocol)

Het zorgpad valpreventie heeft als doel:

- het screenen van het valrisico bij alle patiënten opgenomen op de afdeling geriatrie
- het beoordelen en herbeoordelen van het valrisico
- het omschrijven van maatregelen die moeten genomen worden om valrisico te verminderen
- het bewerkstelligen van een multifactoriële evaluatie en multifactoriële aanpak
- het verminderen van het risico op letsels bij alle patiënten als gevolg van vallen

Het zorgpad valpreventie wordt opgestart bij opname van patiënten voor de afdeling geriatrie

- patiënt is opgenomen omwille van een val
- patiënt is gevallen in de afgelopen 6 maanden
- de patiënt heeft gang- en/of evenwichtsproblemen.

Het zorgpad valpreventie wordt ook opgestart na een valincident tijdens de opname en het stopt bij het ontslag van de patiënt naar huis/WZC/revalidatie.

Alle patiënten die worden opgenomen in het zorgpad hebben een hoog valrisico.

De volgende patiënten worden geëxcludeerd:

- Comateuze patiënten
- Patiënten met gemetastaseerde CA
- Patiënten met terminaal hartfalen
- Patiënten opgenomen met heupfractuur waarbij een ingreep gepland is
- Patiënten waarbij transfers met tillift gebeuren

Bij patiënten met strikte bedrust kan het zorgpad pas opgestart worden na het opheffen van de bedrust.

Bij patiënten waarbij tijdens een opname in de voorbije 4 maand reeds een zorgpad werd uitgewerkt wordt geen nieuw zorgpad opgestart.

3.3 KWALITEITSPLAN

Sedert 2021 werd op geriatrie een kwaliteitsplan ontwikkeld op basis van feedback van patiënten en/of familie. Zes zorgaspecten werden geselecteerd:

- attitude en bejegening tav. patiënt/familie
- gebrek aan communicatie jegens patiënt/familie
- ongewenste fixatie
- onterecht gebruik incontinentiemateriaal
- ontslag ondanks slechte medische toestand
- ziekenhuishygiëne

Telkens werden er concrete en structurele acties uitgewerkt, opgevolgd op basis van indicatoren en zo nodig bijgestuurd.

3.4 BELEIDSPLAN

Jaarlijks wordt een beleidsplan opgemaakt. In de volgende jaren wordt als beleidsplan gefocust op volgende aspecten:

- Tevredenheidsenquêtes op maat van de oudere zorgvrager.
- Patiëntfocusgroepen organiseren.
- Doelgerichte zorg gebaseerd op het ICF model verder uitwerken.
- Samenwerking met patiëntenverenigingen (ouderenraad) opstarten.
- De werking van het geriatisch dagziekenhuis en interne liaison geriatrie (ILG) optimaliseren.

3.5 SENIOR-VRIENDELIJK EN DEMENTIE-VRIENDELIJK ZIEKENHUIS

Het AZ Sint-Vincentius Deinze wil sterk inzetten op persoonsgerichte zorg. Deze betrachting vloeit voort uit de missie en visie van het ziekenhuis en uit de beleidsvisie over de patiëntenzorg die wij in het ziekenhuis willen verlenen. Zij staat tevens in lijn met de kerncompetenties “klantgerichtheid” en “samenwerken” die wij van al onze artsen en medewerkers verwachten.
Onze aandacht voor de beleving van de zorg bij onze patiënten is altijd al sterk aanwezig geweest, maar het is belangrijk om te evolueren naar een meer **SENIOR-VRIENDELIJKE AANPAK**. We moeten terecht meer rekening houden met de verwachtingen bij onze cliënten om een meer actieve rol te mogen en te kunnen opnemen in de zorg- en dienstverlening die hen zelf aangaat, een evolutie die ook merkbaar is in de wetenschappelijke inzichten omtrent zorg- en dienstverlening en ook in de brede maatschappij. Al deze cliënten wensen we sterker aan bod te laten komen.
We doen dit niet enkel op het vlak van de zorgrelatie met de individuele patiënt en op het vlak van zorgtrajecten of –processen met groepen van patiënten met vergelijkbare aandoeningen of zorgnoden. Ook op het vlak van het beleid en de organisatie van het ziekenhuis en de dienstverlening (bezoekuren, parkeermogelijkheden, restaurant, website, …) willen we de ruime groep van onze senioren vaker om advies vragen of uitnodigen om samen te werken.

De gebieden waarbinnen we onze cliënten willen laten participeren zijn voornamelijk de kwaliteit en de veiligheid van de zorg- en dienstverlening, de missie, de visie en de kernwaarden van het ziekenhuis, het zorgaanbod, de continuïteit van de zorg, de zorginfrastructuur, een efficiënte en transparante dataverzameling, en een effectieve informatie en communicatie in een voor de cliënten begrijpbare taal.
Via debat en sensibilisering willen we de **cliëntenparticipatiecultuur** ziekenhuisbreed bevorderen. Onze cliënten willen we uitnodigen en helpen (patient-empowerment) om hun eigen behandel- en zorgproces mee vorm te geven. We willen hen ondersteunen door hen volledig en duidelijk te informeren en hun mening of advies te vragen. Cliënten die dit zelf wensen moeten de kans krijgen om mee hun zorgtraject te bepalen of zelfs hun eigen wensen ter zake te laten primeren. Dit alles kan op verschillende manieren, door gebruik te maken van bestaande of nieuwe structuren, zoals een cliëntenadviesraad of werken met ervaringsdeskundigen, en van allerhande tools, zoals bedside briefing of focusgesprekken.

In de dagelijkse praktijk hanteren we het **ICF-model**. Dit is een begrippenkader (een soort woordenboek) waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren, te beschrijven. Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven: mens als organisme (lichaam), menselijk handelen en participatie. Deze worden op hun beurt beïnvloed door medische factoren, persoonlijke factoren en externe factoren.
Het ICF-model zien we als een hulpmiddel om als team klinisch te redeneren en het helpt om te komen tot een meer integrale en doelgerichte zorg waarbij de behoeften, vragen en doelstellingen van de patiënt centraal komen te staan. Op die manier kunnen we gerichter verpleegkundige en paramedische zorg formuleren. Om de psychosociale factoren meer te benadrukken, worden de volgende modelvragen systematisch bevraagd bij de patiënten:

- Hoe ziet een gemiddelde dag er voor jou uit?
- Hoe ziet een goede dag er voor jou uit?
- Wat doe je graag? Kan je nog doen wat je zou willen doen?
- Hoe kunnen wij je hier bij helpen?

Om de focus te leggen op de interactie zorgvrager/zorgverlener voor psychosociale aspecten, werd het patiënteninformatiebord **“specifieke wensen en behoeften”** ontwikkeld . De volgende items worden bevraagd bij de patiënt en/of familie: verwachtingen, doelstellingen en interesses/gewoontes. Er kan aangeduid worden of er gezichtsproblemen, gehoorproblemen of taal/spraak problemen zijn zodat hier ifv. de patiënt maximaal rekening kan mee gehouden worden in de zorg.

Een opleiding rond cliëntgerichtheid en het belang van het centraal stellen van de cliënt lag aan de basis om te komen tot het concretiseren van de begrippen klantgerichtheid en het definiëren van concrete patiëntenbeloftes m.b.t. bejegening, attitude, communicatie en informatie. Van hieruit werd door het team geriatrie het **charter klantgerichtheid** ontwikkeld.

In kader van cliëntgerichte informatie werden de **doorverwijzingsmodaliteiten** geoptimaliseerd. De afspraakmogelijkheden met de artsen en hoofdverpleegkundige worden geafficheerd op de kamer en er wordt gebruik gemaakt van een folder met contactgegevens van alle disciplines.

De respons van de **patiëntentevredenheidsenquêtes** worden geanalyseerd en op iedere teamvergadering teruggekoppeld met de daaruit voortvloeiende acties.

Bij iedere opname ontvangt de patiënt de **onthaalbrochure** van het ziekenhuis en de brochure geriatrie.

Op de **website www.azstvdeinze.be** is er extra aandacht besteed aan nuttige informatie over de afdeling geriatrie.

Het pluridisciplinair geriatrisch handboek is eveneens raadpleegbaar in papieren versie op de afdelingen geriatrie.

In de nabije toekomst wordt de **Mantelzorger** meer officieel betrokken in de zorg. Op die manier wordt er nog meer werk gemaakt van de continuïteit en veiligheid van zorg.

Met een werkgroep van meerdere ziekenhuizen, de werkgroep leidinggevenden van de BVGG en Zorgnet Icuro wordt een adviestekst “senior-vriendelijk ziekenhuis” opgemaakt. Vanuit best-practices zullen diverse concrete maatregelen uitgewerkt worden.

Het werken aan een senior-vriendelijk ziekenhuis impliceert werken aan een **DEMENTIE-VRIENDELIJK KLIMAAT**.

Patiënten met dementie worden gestimuleerd om te blijven deelnemen aan het dagelijkse leven en zo veel mogelijk (een deel van) de zelfzorg zelf te blijven uitvoeren.

Binnen de afdeling geriatrie wordt er gestreefd om patiënten een zinvolle dagbesteding te bieden tijdens opname. Hierbij trachten we patiënten te motiveren om elke ochtend naar de dagzaal te komen waar ook de revalidatie met ergo en kine doorgaat. Na de revalidatie krijgen de patiënten de mogelijkheid om in groep iets te drinken en in gesprek te gaan met elkaar. Gedurende 3 dagen in de week is er ook een vrijwilliger aanwezig in de dagzaal die gesprekken met en tussen de verschillende patiënten faciliteert. Hierbij wordt gestreefd om ook patiënten met dementie te betrekken in het zaalgebeuren. Bovendien is de krant dagelijks beschikbaar in de dagzaal, de vrijwilliger of therapeut leest en bespreekt krantenartikels met de patiënten waarbij ook patiënten met dementie actief worden betrokken. Op vraag kan deze in de namiddag ook op kamer worden gebracht bij patiënten

Wekelijks komen ook vrijwilligers van de Rode Kruis-bibliotheek langs bij alle patiënten om boeken te ontlenen. Er is een ruime selectie boeken beschikbaar, in verschillende genres. Daarboven is er ook een beperkte selectie van informatieve boeken beschikbaar op de afdeling.

Patiënten die meer nood hebben aan een ondersteunend katholiek gesprek op de kamer kunnen hiervoor beroep doen op onder andere de pastoraal medewerkster.

De ergotherapeuten van de afdeling hebben ook een trekkende rol bij het organiseren van themaweken in het ziekenhuis (bvb. week van de oudere zorgvrager en de week van de valpreventie). Tijdens die weken worden dagelijks activiteiten georganiseerd, waarbij rekening wordt gehouden dat elke patiënt tijdens die week de mogelijkheid heeft om betrokken te worden.

Patiënten worden gestimuleerd om binnen hun mogelijkheden zo autonoom mogelijk te blijven functioneren tijdens de opname. Zo worden de patiënten gestimuleerd om zichzelf te wassen en kleden bij de ochtendzorg, al dan niet onder begeleiding van een ergotherapeut of verpleegkundige.

Er zijn diverse hulpmiddelen ter beschikking voor patiënten met dementie:

- gesloten afdeling
- actief dagzaal gebeuren in huiselijke sfeer
- Realiteits Oriënterende Houding (ROH)
- dagelijkse krant
- kalender in dagzaal en op de gang
- halve kamerdeur
- klok met kalender op kamer
- herkenbare foto's aan de kamerdeur
- rode toiletbril

Het interne liaisonteam geriatrie gaat langs bij geriatrische patiënten op andere afdelingen en tracht zo patiënten met (beginnende) dementie op te sporen en familie, patiënten en personeel te begeleiden. Indien aangewezen wordt er een transfer geregeld naar de afdeling geriatrie in kader van de multidisciplinaire dementiegerichte begeleiding.

Ondertussen werd in samenwerking met AZ Maria Middelares voor de mantelzorgers het psycho-educatie pakket "**Dementie en nU**" opgestart. Dit pakket bestaat uit 2 delen waarbij in het eerste deel kennis, vaardigheden en informatie in verband met dementie uitgebreid aan bod komen. In het tweede deel worden de draagkracht en de zorglast van de omgeving van de persoon met dementie besproken. In de 10 bijeenkomsten van "dementie en nU" is er ook ruimte voor reflectie met lotgenoten over de behandelde onderwerpen. Het pakket werd ontwikkeld op initiatief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw en de Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. De sessies gebeuren onder begeleiding van een dementie coach.

Het dementiebeleid van het ziekenhuis wordt voortdurend verder uitgewerkt, als een proces dat nooit perfect is. Zo zal er in 2023 een medewerker de Vlaamse **opleiding referentiepersoon dementie** volgen. Onze referentiepersoon zal nadien samen met de betrokken disciplines (bvb geriaters, neurologen, neuropsycholoog, logopedist) een **beleidsnota "dementie"** schrijven volgens het referentiekader zoals beschreven door het expertisecentrum dementie Vlaanderen.

Op korte termijn wordt een **geijkte procedure** ontwikkeld mbt. cognitieve problemen bij geriatrische patiënten. De bedoeling is meer transparantie en efficiëntie over welke paramedische discipline de patiënt verder opvolgt en welke screeninginstrumenten er gebruikt worden, onafhankelijk van de behandelende medische discipline.

4 UITWERKING VAN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

4.1 PLURIDSICIPLINAIR GERIATRISCH TEAM

We willen relevante innovaties uitwerken om een steeds betere kwaliteit in onze zorg en diensten te kunnen verlenen. Dit kunnen we bereiken wanneer alle medewerkers binnen het zorgprogramma tot de drijvende kracht van de geriatrie behoren. Als één team willen we een positieve werkomgeving creëren waarbinnen iedereen zijn talenten kan ontwikkelen, zich thuis voelt en fier is om deel uit te maken van het geriatrisch interdisciplinair team.

Het team bestaat uit de volgende gezondheidswerkers:

- Arts geriater
- Verpleegkundige
- Zorgkundige / zorgondersteuner
- Kinesist
- Ergotherapeut
- Sociaal werker
- Logopedist
- Diëtist
- Psycholoog
- Palliatief verpleegkundige
- Pastoraal medewerker
- Schoonmaakpersoneel
- Logistiek medewerker
- Studenten
- Vrijwilligers

4.2 VERBLIJFSAFDELING GERIATRIE – VERPLEEGKUNDIG EN ZORGONDERSTEUNEND LUIK

De 2 verblijfsafdelingen geriatrie beschikken in totaal over 50 bedden. Er wordt gewerkt met een volwaardige patiëntentoewijzing. De verpleegkundige draagt de verantwoordelijkheid voor de totaalzorg van een groep patiënten. Het interdisciplinair geriatrisch team werkt onder de verantwoordelijkheid van de geriater. Er wordt gestreefd naar een doelgerichte geïntegreerde zorg.

De verpleegkundige overdracht gebeurt via de ISBARR (**I**dentification, **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation, **R**epeat) methodiek (hulpmiddel om relevante gegevens over de patiënt op een adequate manier te verzamelen en een methodiek om met een andere hulpverlener hierover te communiceren).

Dagelijks vindt er een medische zaalronde plaats, waarbij de verantwoordelijke verpleegkundige een overdracht geeft aan de arts.

Wekelijks wordt er op elke geriatrische afdeling een interdisciplinaire overleg georganiseerd. Het verslag en het zorgplan wordt genoteerd in het EPD (elektronisch patiëntendossier) onder het contact multidisciplinair overleg.

Verpleegkundige paramedische teamvergaderingen vinden 4 maal per jaar plaats.

Patiënten hebben op de afdeling maximale bewegingsvrijheid maar kunnen de dienst niet zomaar verlaten. Afgesloten in/uitgangen is één van de maatregelen tegen wegloopgedrag die beschreven is in een de procedure Vrijheidsbeperkende maatregelen – wegloopgedrag.

Alle 75-plussers die een orthopedische ingreep moeten ondergaan omwille van een plotse breuk worden voor en na hun ingreep opgevangen op de verpleegafdeling geriatrie in kader van het Co-management zorgmodel Ortho-geriatrie.

Het geriatrisch team (geriaters, verpleegkundigen en paramedici) en de orthopedisch chirurg werken gedurende het hele traject van de patiënt nauw samen. Deze interdisciplinaire benadering verhoogt de kansen op een functioneel herstel en een vlotte terugkeer naar huis. Na het ontslag in het ziekenhuis wordt de patiënt verder begeleid in het geriatrisch dagziekenhuis in combinatie met een raadpleging bij de orthopedist.

Sedert de Covid-19 pandemie in 2020 worden continu tal van procedures bijgewerkt betreffende het correct toepassen van allerhande maatregelen bij Covid-19. Eén van de procedures was het opstarten van een cohorteafdeling op geriatrie. Bij een uitbraak van een pandemie en de noodzaak om een cohorteafdeling op te starten kunnen we terugvallen op de opgestelde procedures.

In kader van ontslag wordt er nauw samengewerkt met de sociale dienst. Om de continuïteit van de zorg na ontslag te garanderen, wordt een ontslagbrief doorgestuurd of meegegeven naar de huisarts, een brief voor (thuis)verpleging en een medicatielijst overhandigd aan de patiënt.

Bij ontslag terug naar een WZC brengt de verpleegkundige de patiënt, familie en het WZC op de hoogte en worden er afspraken gemaakt voor het vervoer. Om de continuïteit van de zorg na ontslag te garanderen, wordt een ontslagbrief doorgestuurd of meegegeven naar de huisarts, een transferdocument voor verpleging en een medicatielijst overhandigd aan de patiënt.

4.3 DE DAGHOSPITALISATIE VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt situeert zich op de 2e verdieping ter hoogte van de inkom van de afdeling geriatrie (G2) en beschikt over 6 posities en aangepaste lokalen om de volgende functies te verzekeren: onderzoek van de patiënt, zorg, rust, functionele revalidatie, maaltijden, voldoende aangepaste sanitaire voorzieningen en voldoende lokalen om alle nodige tussenkomsten van het multidisciplinair team mogelijk te maken.

De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt biedt een ambulant zorgpakket aan de patiënt die voldoet aan het geriatrisch profiel. Ouderen met een geriatrisch profiel kunnen hier voor enkele uren tot een volledige dag worden opgenomen in een comfortabel en aangepast milieu.

De doelstelling is een interdisciplinaire diagnose en/of therapie met het oog op (re)activering van de oudere patiënt. Een coördinerend geriater werkt er hecht samen met een geriatrisch verpleegkundige, een kinesist, een ergotherapeut, een diëtist, een logopedist, een psycholoog en een sociaal werker.

Er zijn meerdere programma's, namelijk een diagnostisch en een therapeutische programma en een revalidatie-programma.

Het **diagnostisch programma** omvat een aantal zorgtrajecten zoals preoperatieve voorbereidingen, evaluatie van geheugenstoornissen, vallen, incontinentie, voedingstoestand, slikstoornissen… In combinatie daarmee kan een daghospitalisatie ook nuttig zijn om verschillende onderzoeken te bundelen op één dag.

Op **therapeutisch vlak** gaat de aandacht hoofdzakelijk naar geriatrische patiënten die intraveneuze medicatie of bloedproducten moeten toegediend krijgen. In de nabije toekomst worden er specifieke revalidatieprogramma's uitgewerkt (valpreventie, geheugenkliniek).

In de nabije toekomst wordt er een revalidatie-programma valpreventie ontwikkeld.

Om de patiënt naar daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt te verwijzen, neemt de huisarts telefonisch contact op met de afdeling geriatrie G2 (09/387.72.60) of via de online-aanmeldingstool op de website. De geriater zal in samenspraak met de huisarts een dagprogramma opstellen, aangepast aan de specifieke noden van de patiënt. Bij aankomst in het ziekenhuis meldt de patiënt zich aan bij de opnamedienst, de verpleegkundige van de geriatrische daghospitalisatie komt de patiënt afhalen aan de opnamedienst en begeleidt de patiënt dan verder naar de daghospitalisatie. Momenteel is de daghospitalisatie 2 dagen in de week (dinsdag en vrijdag) open van 8u30-16u30.

De folder "Daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt" verschaft heel wat praktische informatie en wordt meegegeven indien de afspraak gemaakt wordt in het ziekenhuis. Deze folder is eveneens raadpleegbaar via het internet.

4.4 INTERNE LIAISON GERIATRIE

De vergrijzing van de bevolking maakt dat het aantal geriatrische patiënten in de ziekenhuizen toenemen, ook op niet geriatrische afdelingen. Het team interne liaison geriatrie heeft als doel een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit te bewerkstelligen van de oudere persoon. Dit bestaat uit het verlenen van een aangepast zorgadvies. De interne liaison geriatrie maakt het mogelijk de geriatrische principes en de geriatrische interdisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelende arts en de andere zorgteams. In dit zorgprogramma wordt een interdisciplinaire aanpak beoogd.

Het team interne liaison geriatrie bestaat uit een geriater, verpleegkundige en een ergotherapeut en kan zo nodig beroep doen op de deskundigheid van andere teamleden werkzaam binnen het zorgprogramma geriatrie, met name: een kinesitherapeut, maatschappelijk assistent, logopedist, diëtist, psycholoog.

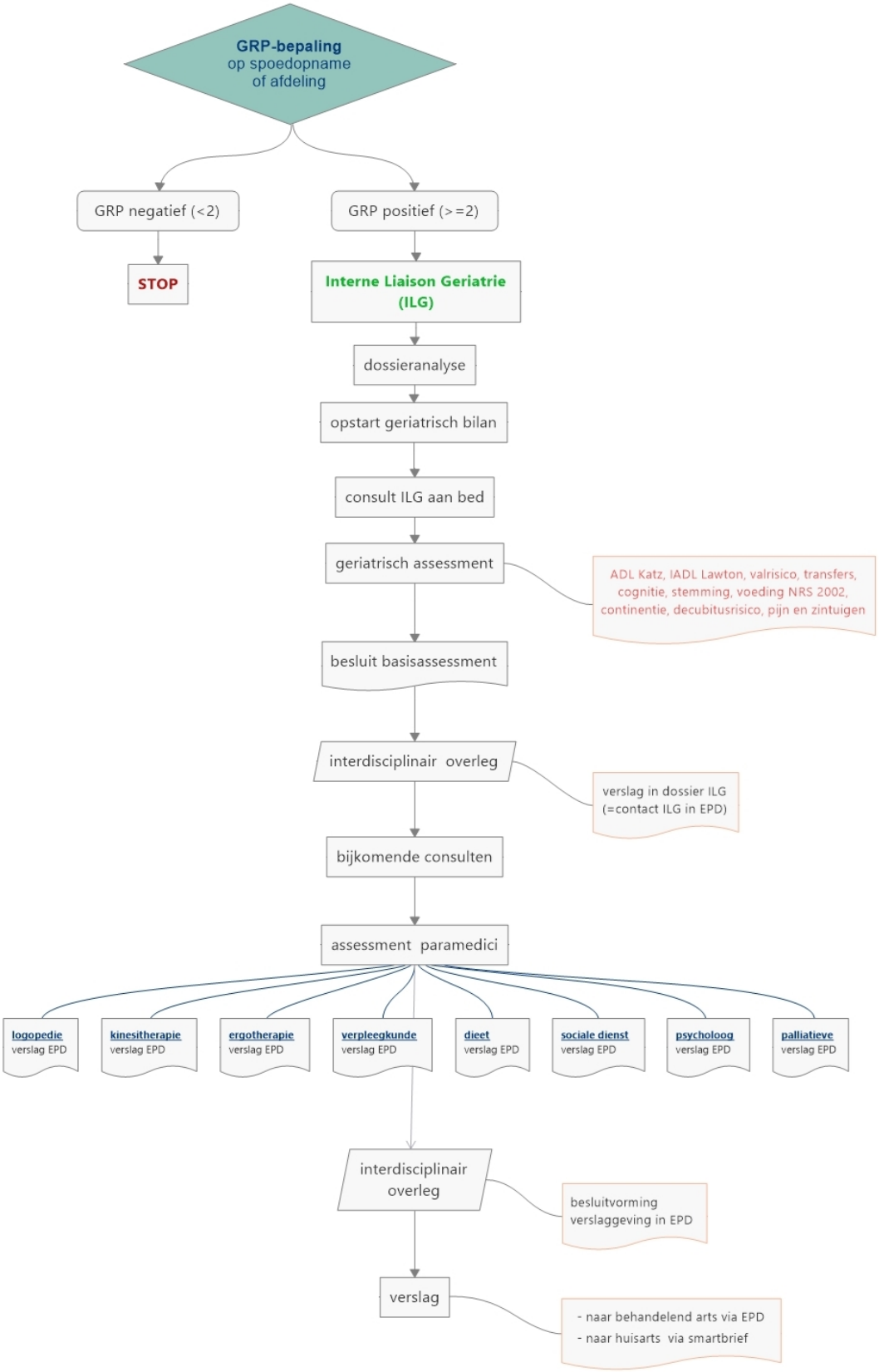
Elke medewerker van interne liaison geriatrie werkt mee aan de uitbouw van een geriatrische zorgcultuur in het ziekenhuis.

Workflow interne liaison geriatrie (ILG):

Het Geriatrisch Risico Profiel wordt bepaald aan de hand van het GRP screeningsinstrument. In het anamnesedocument wordt de GRP screening bij 75 plussers uitgevoerd door de spoedverpleegkundige of afdelingsverpleegkundige op een niet-geriatrische afdeling.

De werklijst van de interne liaison geriatrie (ILG) wordt actueel gehouden door het systematisch overlopen van de **GRP-score** bij alle 75+ patiënten op de diensten heelkunde en interne. Na **analyse** van de patiëntendossiers wordt er beslist om al of niet een geriatrisch bilan op te starten, in functie van de GRP-score. In geval van de opstart volgt er een **consult aan bed** en wordt er een **geriatrisch assessment** afgenomen. De bevindingen worden besproken op het wekelijks **interdisciplinair overleg**. Indien nodig worden aanvullende consulten aangevraagd. Op basis daarvan worden een **bijkomende assessment** uitgevoerd door de betrokken paramedicus. Het geheel van bevindingen van de patiënten wordt vervolgens terug besproken op de interdisciplinaire teamvergadering van ILG of tussendoor in geval van hoogdringendheid. Na de **besluitvorming** volgt een uitgebreid **verslag** in het patiëntendossier. Dit verslag is raadpleegbaar voor de behandelend geneesheer-specialist en zorgmedewerkers. Voor de huisarts wordt het verslag via het elektronisch patiëntendossier, na validatie, doorgestuurd.

flowchart van de werking van interne liaison geriatrie:


GRP-bepaling
op spoedopname
of afdeling
GRP negatief (<2)
GRP positief (>=2)
STOP
Interne Liaison Geriatrie
(ILG)
dossieranalyse
opstart geriatrisch bilan
consult ILG aan bed
geriatrisch assessment
ADL Katz, IADL Lawton, valrisico, transfers, cognitie, stemming, voeding NRS 2002, continentie, decubitusrisico, pijn en zintuigen
besluit basisassessment
interdisciplinair overleg
verslag in dossier ILG
(=contact ILG in EPD)
bijkomende consulten
assessment paramedici
logopedie
verslag EPD
kinesitherapie
verslag EPD
ergotherapie
verslag EPD
verpleegkunde
verslag EPD
dieet
verslag EPD
sociale dienst
verslag EPD
psycholoog
verslag EPD
palliatieve
verslag EPD
interdisciplinair
overleg
besluitvorming
verslaggeving in EPD
verslag
- naar behandelend arts via EPD
- naar huisarts via smartbrief

4.5 GERIATRISCHE CONSULTATIE

Het is mogelijk om een afspraak te maken voor een ambulante geriatrische consultatie. De afspraak kan telefonisch geregeld worden via 09/387 72 60.

4.6 EXTERNE LIAISON EN TRANSMURALE ZORG

De horizontale netwerking en transmurale zorg, waarvan de externe liaison deel uitmaakt, wordt opgenomen door de coördinator transmurale zorgin samenwerking met de sociale dienst en de stafmedewerker zorgdepartement

De vergrijzing van de bevolking heeft tot gevolg dat er een toename is van het aantal (hoog) bejaarden met complexe zorgnoden, zowel met medische als psychosociale problematiek. Dit vereist een interdisciplinaire professionele hulpverlening. Aangezien de overheid een beperkte ligduur als prioritair behandelt, is er nood aan een goed ontslagbeleid. Ontslagmanagement heeft dus als doel heropname of institutionalisering van hoog-risico-patiënten te vermijden en een optimale herintegratie in het thuismilieu te bewerkstelligen. Het beoogt een gestructureerde ontslagvoorbereiding die start vóór en bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe continuïteitsproblematiek en ook voor hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met de externe hulpverleners wordt samengesteld. Ontslagmanagement speelt zich af op verschillende niveaus, met name het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau.

- **Microniveau**

Een goede gezondheidszorg vertrekt van de patiënt en zijn thuissysteem. Er is nood aan een goede samenwerking over de sectoren heen, dus zowel interdisciplinair binnen het ziekenhuis, maar ook met externe zorgpartners.

De casemanagementfunctie heeft een cruciale rol in het verzekeren van zorgcontinuïteit, vooral bij een complexe zorgsituatie.

Elke discipline vervult hier ook een belangrijke rol en moet op een correcte manier kunnen inschatten of de patiënt een bepaald risicoprofiel heeft betreffende ontslagproblemen (opvang thuis, zelfredzaamheid, plaatsing, revalidatie,…) en geeft dit door naar de andere disciplines. Het anamnesedocument (Synops) wordt binnen de 24u na opname ingevuld, waarbij bepaalde noden, zoals sociale noden gedetecteerd worden.

Van zodra een ontslagprobleem gemeld wordt aan de sociale dienst zal deze verder helpen coördineren.

Interdisciplinaire samenwerking: één maal per week wordt op de afdeling geriatrie een interdisciplinair overleg gehouden, waarbij alle actoren onder de verantwoordelijkheid van de behandelende arts alle patiënten bespreken. Deze vergadering bepaalt de interdisciplinaire doelstellingen, het interdisciplinaire zorgplan, evalueert en stuurt bij.

Patiënten op niet geriatrische afdelingen waarbij een consult van het team interne liaison is gebeurd, worden wekelijks opgevolgd via de interdisciplinaire vergadering van het team interne liaison.

De ontslagmanager (sociaal werker) coördineert de transmurale interdisciplinaire samenwerking. Hij/zij bewaakt het zorgtraject en de zorgplanning van de patiënt, onderhoudt de contacten met de extramurale hulpverleners en is tevens de belangenbehartiger voor de patiënt en zijn mantelzorgers en dit op verschillende domeinen. Hierbij zal zij/hij samen met de externe hulpverleners inschatten of een transmurale interdisciplinaire vergadering nodig is.

Tijdens de interdisciplinaire vergadering worden de vooropgestelde ontslagcriteria voor de geriatrische patiënt geriatrie overlopen. (Cfr Opname- en ontslagcriteria geriatrie)

Elk ontslag is een medische beslissing in functie van de toestand en noden van de patiënt, waarbij de arts rekening houdt met de volgende elementen:

- Medisch:

  Gunstige klinische evolutie zoals genoteerd in het 'verloop' van de desbetreffende opname in het elektronisch patiëntendossier.

- Sociale situatie en zelfredzaamheid:

  Zoals genoteerd in de verpleegkundig-sociale anamnese en het verpleegkundig dossier.

  Potentiële zorgnoden bij een eventueel ontslag kunnen vroegtijdig onderkend en gepland worden (sociale dienst, ergotherapie, kinesitherapie, diëtist, valrisico,…). Hierbij worden indien nodig ondersteunende diensten ingeschakeld, zo mogelijk binnen de eigen gemeenschap van de patiënten.

- Educatienoden:

  Deze noden worden bepaald en opgevolgd gedurende de ganse hospitalisatie.

De arts is verantwoordelijk voor dit proces, noteert een gepland ontslag in het elektronisch patiëntendossier (overlegblad), bespreekt dit met de patiënt en/of familie en maakt een ontslagbrief op. Dit gebeurt voor elke setting waarnaar de patiënt ontslagen wordt (thuis, ziekenhuis, WZC, ….)

In het opname en ontslagbeleid neemt de huisarts een cruciale plaats in. Als ziekenhuis streven wij naar een goede communicatie met de huisarts bij opname, tijdens het verblijf in het ziekenhuis en bij ontslag. Daarom houden wij de huisarts ook op de hoogte van de evolutie van zijn/haar patiënt tijdens de opname. Bij ontslag wordt een ontslagbrief meegegeven.

Om de samenwerking tussen ons ziekenhuis en de huisartsen van de huisartsenkring Schelde-Leie nog verder te optimaliseren, werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. Deze overeenkomst, goedgekeurd door het permanent overlegcomité en de raad van bestuur, verduidelijkt de afspraken en verbintenissen van elke partij bij een ambulant contact, een opname en verder verblijf van een patiënt in het ziekenhuis.

Deze acties zijn een onvoorwaardelijke stap naar een holistische zorg en een doelgerichte geïndividualiseerde zorgplanning. Het verbetert de intra – en transmurale interdisciplinaire samenwerking, waardoor de kwaliteit en continuïteit van de zorg verbetert. Tevens beogen we een daling van de gemiddelde verblijfsduur.

- **Meso en macroniveau**

De coördinator transmurale zorg zorgt voor een goede samenwerking op mesoniveau met de residentiële - en 1e lijn sector. Er wordt gestreefd naar samenwerkingsverbanden die de continuïteit van zorg faciliteren. De Functionele Binding Gent-Deinze met woon- en zorg centra, de reorganisatie van de 1e lijn via de Vlaamse overheid, de ontwikkeling van het E-17 ziekenhuisnetwerk en allerhande transmurale projecten zorgen er mede voor dat er over de grenzen van het ziekenhuis samengewerkt wordt met de extramurale actoren om zo te streven naar geïntegreerde zorg, waarbij zorgcontinuïteit gewaarborgd wordt.

- Associatieovereenkomst in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt tussen AZ Maria Middelares Gent en AZ Sint-Vincentius Deinze:

  Een associatiecomité en een gemeenschappelijk medisch comité fungeren als een permanent adviserend overlegorgaan met het oog op de noodzakelijke coördinatie van het beheer en de exploitatie van de associatie.

  Voor de dagelijkse werking werden coördinatoren aangesteld:

  - De algemeen coördinator staat in voor de organisatie en dagelijkse coördinatie van de administratieve activiteit van de associatie.
  - De medisch coördinator is belast met de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit van de associatie en het toezicht op het opstellen van wetenschappelijke (eind)rapporten ten behoeve van de overheid.
  - De verpleegkundig coördinator is belast met de organisatie en dagelijkse coördinatie van de verpleegkundige en paramedische activiteit binnen de associatie.

- functionele binding van AZ Sint-Vincentius Deinze met de volgende Woon-Zorg Centra:
  - WZC Karel Picqué, Deinze
  - WZC Sint-Jozef, Deinze
  - WZC Sint-Vincentius, Deinze
  - WZC Sint-Franciscus, Vinkt
  - WZC Ter Leenen, Nevele
  - WZC Wielkine, Nazareth
  - WZC Mariaburcht, Dentergem
  - Woonzorg Sint-Vincentius, Zulte
  - WZC Leiehome, Drongen

  Omwille van de meerwaarde van het overleg op lokaal niveau Deinze en omgeving wordt er geopteerd om het overleg in eerste instantie zoveel mogelijk afzonderlijk te laten doorgaan. Dit overleg kan dus zeer specifiek zijn. Gezamenlijke problemen worden dan nadien in een breder forum besproken: evaluatie van afspraken, uitleg over vernieuwingen in zorg, digitaal dossier, … Zowel directie als sociale dienst worden daarop uitgenodigd en afhankelijk van het onderwerp ook de CRA's (coördinerende en raadgevende artsen in de woon-zorg centra).

- De Functionele Binding Gent-Deinze is een gestructureerde samenwerking tussen de ziekenhuizen van Gent en Deinze, de woon- en zorgcentra waarmee die ziekenhuizen een functionele binding hebben en waarbij de huisartsen participeren. De stuurgroep organiseert jaarlijks een gezamenlijk overleg en een symposium met de ziekenhuizen en de woon-zorg centra.

- In het kader van Covid werden er extra samenwerkingen opgestart met de WZC's met een functionele binding en 6 bijkomende zorginstellingen (WZC Balade, DVC Heilig Hart, beschermd wonen: De Vierklaver, Kattebeek, Ter Linde, Verburgt). In oktober 2020 werd het contract "zorg aan geriatrische patiënten In het kader van de aanpak van Covid-19" afgesloten tussen ons ziekenhuis en 15 partners. Ondertussen is het HOST-project E17 (Hospital Outbreak Support Team) opgestart. HOST is een multidisciplinair ziekenhuisteam ter versterking van intramurale en transmurale samenwerking met als doel: versterking van infectie - preventie, controle en therapie en goed gebruik van antibiotica.

4.7 DE PARAMEDISCHE SPECIALITEITEN

Omwille van het uitgebreid aanbod van disciplines op de afdeling geriatrie werden de doorverwijzingsmodaliteiten geoptimaliseerd.
De afspraakmogelijkheden met de artsen en hoofdverpleegkundige worden geafficheerd op de kamer en er werd een folder met contactgegevens van alle disciplines ontwikkeld (functie, naam, aanwezigheid, telefoonnummer).

4.7.1 ERGOTHERAPIE

- **Diagnosticeren**

De focus van de handelingsdiagnose ligt op de handelingsproblemen die een cliënt ervaart. Voor het bepalen van de handelingsdiagnose kan de ergotherapeut gebruik maken van klinische observatie en onderbouwde onderzoeksinstrumenten. Een goede diagnosestelling leidt tot een verantwoord behandelplan.

Op de afdeling:

- Intake gesprek a.d.h.v. ICF en COPM
  - ICF International Classification of Functioning, Disability and Health
  - COPM Canadian Occupational Performance Measure
- Testen afnemen om functionaliteit te evalueren
- Observeren van functionaliteit in functie van ontslag naar huis/WZC/serviceflat met/zonder thuishulp (in samenwerking met team)

Op de daghospitalisatie geriatrie en de interne liaison:

- Mobiliteit en valrisicoscreening, Functional Reach Test, Lineaire E-test
- Functionele evaluaties: in samenspraak met de mantelzorgers: B ADL en I ADL lijsten
- Opsporen risico op functieverlies na ziekenhuisopname
- Socio emotionele beleving: GDS 15, Falls Efficacy Scale
- Functionele observatie transfer en gang

- Visus: liniaire E-test
- Functionele bevraging van thuissituatie volgens comprehensive geriatric assessment (incl KATZ schaal en IADL Lawton)
- Cognitieve uitwerking:
  - MMSE Mini-Mental State Examination
  - CAMCOG Cambridge Cognitive Examination
  - BIA Brussels Integrated ADL (zelfredzaamheid en ADL te evalueren)
  - MOCA Montreal Cognitive Assessment (snel screenen op lichte cognitieve stoornissen)
  - GDS Global Deterioration scale
  - NPI-Q Neuropsychatric Inventarisatien questionaire

- **Behandelen**

Met de behandeling streeft de ergotherapeut het optimaliseren na van het handelen van de mens in zijn dagelijkse leven. Behandelen kan zowel gericht zijn op deelaspecten die nodig zijn om handelingen uit te voeren als op het handelen zelf en gebeurt in drie stappen: het opstellen van een plan van aanpak, het uitvoeren van de behandeling en het evalueren van de behandeling.

Indien mogelijk gebeurt de therapie in groepsverband, rekening houdend met het individuele zorgplan.

Op de afdeling:

- Gangrevalidatie en transfertraining
- ADL ochtend hygiëne / zelfzorg
- IADL-taken
- Dagelijkse functionele therapie: grove motoriek, fijne motoriek, transfertraining, algemene (functionele) oefeningen op kracht-lenigheid-uithouding-spierkracht-coördinatie-evenwicht, cognitieve training…
- Groepsactiviteit
- Kookactiviteiten in aangepaste keuken in revalidatiezaal
- Jaarlijkse themaweken: Week van de valpreventie en seniorenweek

- **Adviseren**

Ergotherapeutisch adviseren beoogt het handelen en uitvoeren van activiteiten te vergemakkelijken door het aantonen van nieuwe uitwegen. In zijn advies houdt de ergotherapeut het perspectief van de vrager voor ogen en handelt hij in samenwerking met andere betrokkenen en belanghebbenden.

Op de afdeling:

- Hulpmiddelenadvies / woningaanpassing / Ergo aan huis.
- Adviesverlening omtrent val-veilige omgeving in het ziekenhuis (zowel aan patiënt en familie als aan personeel/collega's).
- Informeren omtrent functioneren van patiënten in thuissituatie/WZC aan patiënt zelf of familie/mantelzorgers

Op de daghospitalisatie geriatrie en de interne liaison:

- Hulpmiddelenadvies / woningaanpassing / Ergo aan huis.
- Adviesverlening omtrent veilige valomgeving in het ziekenhuis (zowel aan patiënt en familie als aan personeel/collega's).

- **Besturen, leiden**

De ergotherapeut werkt als manager op het niveau van een cliënt, op dat van de eigen instelling en externe organisaties en op het maatschappelijke niveau. Hij is hierbij steeds verantwoordelijk voor het beheer van de omstandigheden, de voorwaarden, de inhoud en de benadering.

Op de afdeling:

- Interdisciplinair overleg met paramedici, verpleegkundigen en geriater (wekelijks)
- Interdisciplinair overleg met collega ergotherapeuten/kinesitherapeuten (dagelijks)
- Kernteam geriatrie
- Pluridisciplinaire stuurgroep G van de associatie
- Werkgroep geriatrie E17 netwerk met collega ergotherapeuten
- Werkgroep ELZ (eerstelijnszone) valpreventie en dementie
- Opleiding geven m.b.t. het eigen werkgebied aan collega's

- **Onderzoeken**

De beroepsdimensie onderzoeken manifesteert zich voor de ergotherapeut op verschillende niveaus, gaande van het aanbrengen van onderzoeksonderwerpen, het gebruik van wetenschappelijk onderzoek en het toepassen van wetenschappelijk bewijs in de praktijk.

- **Werken aan kwaliteit**

Werken aan kwaliteit is in elke dimensie van het beroep aanwezig. In het ergotherapeutisch kwaliteitsvol handelen onderscheiden we drie stappen: het plannen, het uitvoeren en de reflectie. In iedere fase wordt toegezien op doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid.

Op de afdeling:

- Screening val-veilige omgeving op alle G-diensten.
- Opzoeken van EBP literatuur (Evidence based practice)
- opleiding/bijscholing
- E- learning

- **Communiceren**

De ergotherapeut communiceert op een professionele manier, met aandacht voor deontologie, privacy en wederkerigheid over zijn tussenkomsten rond het betekenisvol handelen van zijn cliënt. De communicatie verloopt voor de betrokken personen en organisaties begrijpelijk en transparant, een boodschap wordt tactvol gebracht en de inhoud ervan is gefundeerd.

Op de afdeling:

- Synops contact van patiënt in het electronisch patiëntendossier up to date houden tijdens opname/therapie
- Voor de verslaggeving in het electronisch patiëntendossier is er een vaste boomstructuur uitgewerkt voor de ergotherapeuten werkzaam binnen geriatrie

- **Begeleiden**

Vanuit verbondenheid begeleidt en ondersteunt de ergotherapeut een proces van identiteitsontwikkeling bij zijn cliënt, meer bepaald om hem toe te laten wezenlijk deel uit te maken van het dagelijkse leven.

De ergotherapeut is aanwezig, kijkend naar de kansen en opportuniteiten in de omgeving van de cliënt. Hij gaat naar de cliënt toe en stelt menselijke waardigheid, zingeving en participeren centraal.

Op de afdeling:

- Begeleiden van mantelzorgers van personen met dementie

Op de daghospitalisatie geriatrie en de interne liaison:

- Begeleiden van mantelzorgers van personen met dementie

- **Coachen**

De ergotherapeut coacht de cliënt naar inzicht in zijn sterktes om zijn doelen, wensen en dromen te realiseren. Dit gebeurt in wederzijdse dialoog en met gedeelde verantwoordelijkheid. Hiervoor beschikt de ergotherapeut over coachende vaardigheden.

Hij werkt methodisch, gestructureerd en oplossingsgericht.

Op de afdeling:

- Coachen en begeleiden van studenten

Op de daghospitalisatie geriatrie en de interne liaison:

- Coachen en begeleiden van studenten

- **Ontslag voorbereiden**

Bij ontslag wordt aan iedere patiënt een ontslagbrief meegegeven, zodat de continuïteit van de therpie gegarandeerd kan worden.

4.7.2 DIËTIEK

De kwetsbare oudere wordt vaak geconfronteerd met voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen, waarbij ondervoeding en malnutritie vaak voorkomen.

- Ondervoeding: wanneer de voedingsinname onvoldoende energie bevat om aan de minimale fysiologische noden voor een actief leven te voldoen. Dit kan veroorzaakt worden door vasten, ziekte en/of veroudering.

- Malnutritie: een inadequate inname van eiwitten, energie of micronutriënten. Het gaat hier eerder om een slechte kwaliteit van de voeding en niet steeds om de kwantiteit. Malnutritie kan gemeten worden aan de hand van fysiologische parameters waarbij het lichaam niet meer in staat is zijn natuurlijke capaciteiten te handhaven (bv. fysieke en mentale activiteit, het resistent zijn tegen en genezen van ziekte, …).

Andere vaak voorkomende voedingsgerelateerde problemen bij ouderen:

- Dehydratatie: Ouderen vinden het lastig om voldoende vocht tot zich te nemen. Dehydratatie is een veelvoorkomend probleem bij ouderen. Dit komt door een verminderende werking van de nierfunctie door aantasting van de bloedvaten. Ook hebben ouderen vaak een verminderd dorstgevoel.
- Diarree/obstipatie: Soms is een vermindering te zien van de darmperistaltiek bij ouderen, die aanleiding kan geven tot diarree of obstipatie. Verder komt fecale incontinentie vaak voor bij ouderen.
- Osteoporose: een te lage calciuminname kan leiden tot osteoporose (botontkalking). Wanneer calcium door een tekort aan vitamine D niet voldoende wordt opgenomen, kan osteomalacie (beenverweking) ontstaan.
- Kauw- en slikproblemen: Een loszittend gebitsprothese kan de oorzaak zijn van kauwproblemen. Daarnaast vermindert de productie van de hoeveelheid speeksel en verandert de samenstelling van het speeksel bij het ouder worden. Slikproblemen doen zich ook vaak voor bij ouderen. Dit kan allerlei oorzaken hebben. Bij ouderen met slikproblemen wordt steeds intensief samengewerkt met de logopedist.

- **Screenen:**

De geriatrische patiënt wordt bij opname in het ziekenhuis **gescreend op het risico op ondervoeding** via de **Nutritional Risk Screening (NRS-2002).** De Nutritional Risk Screening is een screeningsinstrument dat het risicoprofiel van een patiënt naar ondervoeding in kaart brengt aan de hand van twee luiken.

Het eerste luik omvat een screening naar ondervoeding d.m.v. een aantal vragen en wordt bij opname uitgevoerd door de verpleegkundigen. Op basis van de resultaten van de screening wordt de diëtist al dan niet in consult gevraagd en wordt het tweede luik ingevuld.

Wanneer de score van het tweede luik van de **NRS hoger of gelijk is aan 3,** zal de diëtist een nutritioneel assessment uitvoeren. Het assessment is een gedetailleerd onderzoek van de metabolische, nutritrionele of functionele variabelen en is uitgebreider dan de screening en leidt tot een geschikt voedingsplan.

- **Vocht- en voedingsbalans opstarten**

Bij elke patiënt op geriatrie wordt bij opname steeds een **vocht- en voedingsbalans** opgestart . Een **vocht- en voedingsbalans** wordt gestart om de voedingsintake gedurende 3 dagen bij te houden.

De vocht- en voedingsbalans (geel formulier): wordt standaard bij iedere opname opgestart en 3 dagen ingevuld. Indien na 3 dagen blijkt dat de patiënt goed eet, wordt dit stopgezet.

Bij malnutritie kan de diëtist er voor kiezen de vocht- en voedingsbalans verder op te volgen (groen formulier).

- **Gewichtsevolutie bepalen**

Iedere patiënt wordt gewogen en gemeten bij opname. Wekelijks zal de patiënt opnieuw gewogen worden en de gewichtsevolutie zal door de diëtist worden opgevolgd.

- **Voedingsplan opmaken**

Het voedingsplan of de nutritionele interventie (aanpassen consistentie, opstarten bijvoeding, advies geven tot sondevoeding of totale parenterale voeding, …) wordt opgesteld, in overleg met de patiënt of familie (indien mogelijk), waarbij rekening gehouden wordt met de voedingsvoorkeuren van de patiënt. Daarnaast zal de diëtist de patiënt en zijn familie op basis van een brochure informatie geven omtrent het te volgen dieet. Zo mogelijk en ifv. het individuele zorgplan, eten patiënten groepsgewijs in de eetkamer.

- **Nutritionele interventie:**
  - Gewone geriatrische voeding

    Deze voeding voldoet aan de eisen van een gezonde voeding aangepast aan het geriatrisch profiel.

    Bij elke opname worden de **maaltijdvoorkeuren van de patiënt bevraagd**. (Hoeveelheden, voorkeuren, producten die patiënt niet lust, drankvoorkeur, dieet, allergie, intolerantie, consistentie, …)

Theoretische voedingsaanbevelingen voor 75+	**Mannen**	**Vrouwen**
Energie[1]:	Min. 30 kcal/kg lichaamsgewicht	
Eiwitten[1]:	1,2 g eiwitten / kg lichaamsgewicht	
Koolhydraten[2]:	45 – 60 En%	
Vetten[2]:	Totaal: > 20 en < 30 – 35 En% Verzadigde Vetzuren: < 10 En% Enkelvoudig Onverzadigde Vetzuren: 10 – 20 En% Meervoudig Onverzadigde Vetzuren: 5 – 10 En%	
Voedingsvezels[2]:	Min. 30 g / dag	
Mineralen[2]:	9 mg 500 -1600 mg	

Theoretische voedingsaanbevelingen voor 75+	Mannen	Vrouwen
IJzer Natrium Calcium	950 mg	
Water[2]:	2,5 liter/dag totaal, waarvan 1,5 liter drinken	

[1] ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (2018)
[2] Hoge Gezondheidsraad – Voedingsaanbevelingen voor België (2016)

- Diëten

  De kwetsbare oudere heeft vaak niet slechts één enkel ziektebeeld, wel hebben veel ouderen te maken met meerdere aandoeningen (comorbiditeit). Ook chronische aandoeningen komen frequenter voor vanaf de leeftijd van 60 jaar. Vaak moeten ouderen dan ook een dieet volgen om de gezondheidsproblemen te beperken.

  Enkele vaak voorkomende diëten zijn:

  - Diabetesdieet: suiker- en vetarm
  - Suikerarmdieet: suikerarm
  - Lichtverteerbaar dieet
  - Zoutarme voeding
  - Energie-/eiwitverrijkte voeding

  Bij (risico op) ondervoeding wordt er zoveel mogelijk naar gestreefd om – in overleg met de geriater en/of andere behandelende artsen – overbodige diëten te schrappen of minder streng door te voeren. Dit kan de smaak van de maaltijden verbeteren, de eetlust van de patiënt stimuleren en/of de caloriedichtheid van de maaltijden verhogen.

- Consistenties

Patiënten met kauw- en/of slikproblemen kunnen baat hebben bij een voeding met aangepaste consistentie.

Dit gebeurt vaak in overleg met de logopedist.

Enkele vaak voorkomende consistenties zijn:

- Zacht korrelig
- Zacht smeerbaar
- Zacht homogeen
- Zacht gemalen
- Gemixt (met eigen bereide kwalitatieve smaakvolle broodmixen)
- Mix vloeibaar
- Mix speciaal (fingerfood)
- Logo 1 (zacht smeerbaar – zacht homogeen – zacht smeerbaar)
- Logo 2 (zacht homogeen – mix vlees en groentepuree– zacht homogeen)
- Logo 3 (zacht homogeen – gemixt – zacht homogeen)

Er worden hierbij ook aangepaste bekers voorzien indien nodig:

- Neusbeker
- Handycup
- Conische beker
- Drinkbeker

- Bijvoeding

  Bij malnutritie volstaat de gewone voeding vaak niet om aan de calorie-, eiwit- en andere voedingsbehoeften te voldoen van de patiënten. In deze gevallen kan klinische drinkvoeding opgestart worden. De diëtist zal hier indien nodig extra informatie over geven (mondeling en/of via een brochure). Volgende producten worden in ons ziekenhuis voornamelijk gebruikt:

Fortimel compact Proteïn	volledige orale drinkvoeding, rijk aan energie en hoog in eiwitten in klein volume
Fortimel energy	volledige orale drinkvoeding, rijk aan energie en hoog in eiwitten
Diasip	volledige orale drinkvoeding, met vezels voor mensen met diabetes mellitus of verminderde glucosetolerantie.
Fortimel Yog	volledige orale energierijke drinkvoeding op basis van yoghurt
Fortimel Jucy	volledige orale energierijke drinkvoeding op basis van vruchtensap
Respifor	energie- en eiwitrijke drinkvoeding voor mensen met COPD
Nutilis Complete stage 3	volledige energie- en eiwitrijke voor ingedikte dieetvoeding met voedingsvezels voor mensen met slikproblemen
Cubitan	energie- en eiwitrijke drinkvoeding verrijkt met arginine gebruikt bij de behandeling van decubitus
Renilon 4.0	energie-en eiwitrijke drinkvoeding laag in elektrolyten voor mensen met nierfalen waarbij eiwitbeperking noodzakelijk is
Resource dessert gourmand	Energie-en eiwitverrijkte pudding voor mensen met slikproblemen
Thickenup drink complete	ingedikte energie-en eiwitverrijkte drinkvoeding voor mensen met slikproblemen
NS crèmeline DB	eiwitverrijkte pudding voor mensen met diabetes mellitus en slikproblemen

- Sondevoeding

  Deze voeding wordt enkel gebruikt wanneer gewone voeding en bijvoeding niet meer haalbaar zijn voor de patiënt of onvoldoende kan worden ingenomen om tot een adequate voedingsinname te komen.

  De diëtist zal de calorie- en eiwitbehoefte van de patiënt bepalen en advies verlenen over hoeveel sondevoeding nodig is.

  De meest voorkomende sondevoedingen op geriatrie zijn:

  - Nutrison: standaard sondevoeding
  - Nutrison Multifibre: standaard isocalorische sondevoeding met voedingsvezels.
  - Nutrison Protein Plus Multifibre: eiwitverrijkte sondevoeding met voedingsvezels.
  - Nutrison Advanced Diason: isocalorische sondevoeding voor patiënten met diabetes mellitus.

- Parenterale voeding

  Parenterale voeding is aangewezen bij mechanische gastro-intestinale problemen zoals bijvoorbeeld een darmobstructie. Ook bij pancreatitis, maldigestie en/of malresorptie (short bowel, inflammatory bowel disease, …) kan parenterale voeding aangewezen zijn. Deze voeding is eveneens aangewezen als er onvoldoende gewone voeding of klinische voeding per os kan worden ingenomen.

  Parenterale voeding wordt voorgeschreven door de arts. De diëtist zal de calorie- en eiwitbehoefte van de patiënt bepalen en advies verlenen over hoeveel parenterale voeding nodig is.

  - Smofkabiven 8gN 986ml
  - Smofkabiven 12gN 1477ml
  - Smofkabiven 16gN 1970ml
  - Smofkabiven electrolytenvrij 12gN 1477 ml
  - Smofkabiven perifeer 6,2g N 1206 ml

4.7.3 KINESITHERAPIE

- **Assessment/intake**

Bij iedere patiënt wordt op de eerstvolgende werkdag een assessment afgenomen (volgens staand order), tenzij een contra-indicatie doorgegeven werd door de arts.

- Probleemstelling / Hulpvraag:
  - Reden van opname Nevendiagnose
  - Thuissituatie
  - Kinesitherapie aan huis
  - Hulpmiddelen/stappen
  - Trappen
  - Valincidenten

- Klinisch onderzoek / Testing:
  - Gangpatroon met/zonder hulpmiddel
  - Tinetti (indien mogelijk): opsporen van veranderingen in de houding en de stapmanoeuvers die bij de dagdagelijkse activiteiten worden gebruikt
  - Timed Up & Go: meet de tijd die de patiënt nodig heeft om op te staan uit een stoel, 3 meter comfortabel te lopen, om te keren, weer terug te lopen en te gaan zitten.
  - Mobiliteit en spierkracht onderste ledematen / bovenste ledematen
  - Ademhaling
  - Evenwicht

- **Doelstellingen bepalen**

Bij iedere patiënt worden individuele doelen opgesteld op basis van de intake. Deze doelstellingen kunnen op elk moment worden aangepast. Veel voorkomende doelstellingen:

- onderhoud of verbetering conditie
- onderhouden of verbeteren mobiliteit
- onderhouden of verbeteren kracht
- optimaliseren zelfredzaamheid
- ventileren longen
- evacueren fluimen

- **Therapie instellen**

Voor elke patiënt wordt een individueel oefenprogramma opgemaakt dat op elke moment kan bijgestuurd worden.

- Oefentherapie in de revalidatiezaal van geriatrie

  De zelfredzaamheid van de patiënten wordt zoveel mogelijk gestimuleerd: patiënten die zich zelfstandig kunnen verplaatsen, stappen onder begeleiding naar de revalidatiezaal. Patiënten die minder mobiel zijn komen naar de revalidatiezaal in rolstoel of geriatrische zetel, afhankelijk van de transfermogelijkheden van de patiënt.

  Indien mogelijk gebeurt de therapie in groepsverband, rekening houdend met het individuele zorgplan.

Alle patiënten komen naar de revalidatiezaal met uitzondering van:

- Bedlegerige patiënten/relatieve bedrust
- Patiënten in isolatie krijgen behandeling op de kamer
- Palliatieve patiënten, tenzij op vraag van patiënt of arts
- Patiënten met TB code 3 - 4
- Klinisch onstabiele patiënten, in samenspraak met de arts

Toestellen/materiaal aanwezig in de revalidatiezaal:

- Zitfiets: passief of actief
- Hometrainer
- Nustep
- Fitnesstoestel voor armtraining
- Armergometer
- Trekapparaat
- Minivector
- Katrollen
- Parallelle baren
- Oefenmateriaal: putty, theraband, halters tot 5 kg, flexbar, oefenmateriaal voor fijne motoriek, airex mat, zitkussen, stokken, step, kegels, hoepels, ballen… Hulpmiddelen: looprek, krukken, stok, rollator, arjowalker, vierpikkel

Voor de mobiele patiënt zijn er verschillende therapiemogelijkheden: gangrevalidatie, actieve oefeningen in zit/stand, evenwichtsoefeningen, spierkrachtoefeningen, mobiliserende oefeningen, educatie, TTTD (tegenhouden, trekken, tikken, duwen)…

De orthopedische patiënten (ortho G) worden dagelijks tweemaal behandeld, éénmaal oefentherapie in de revalidatiezaal en éénmaal een mobilisatie.

Er is een nauwe samenwerking met de ergotherapeuten.

- Oefentherapie op de kamer

Extra individuele behandelingen kunnen ook op de kamer gegeven worden, zoals actieve/passieve mobilisatie, ademhalingskinesitherapie, …

bij bedlegerige patiënten:

- Passieve mobilisatie of actieve oefeningen indien mogelijk
- Doel: onderhoud mobiliteit en/of verbeteren circulatie

Bij patiënten met ademhalingsmoeilijkheden:

- ademhalingsoefeningen & drainage
- Geen/weinig medewerking: gebruik maken van armbewegingen

- **communiceren**

De therapie en evolutie worden éénmaal per week grondig besproken in een interdisciplinair overleg. Indien nodig, wordt de therapie nadien aangepast.

- **Ontslag voorbereiden**

Bij ontslag wordt aan iedere patiënt een ontslagbrief en zo nodig kinesitherapievoorschrift meegegeven, zodat de continuïteit van de therapie gegarandeerd kan worden.

4.7.4 LOGOPEDIE

Op de dienst logopedie kan je terecht voor diagnostiek en behandeling van verworven uitval in het domein van de:

- taal (afasie)
- spraak (dysartrie)
- taal naar spraak (spraakapraxie)
- cognitie (dementie)
- slikken (dysfagie)

Het doel van logopedie is om de levenskwaliteit van de persoon met een stoornis op vlak van stem, spraak, taal, cognitie, communicatie en/of slikken te optimaliseren.

Logopedie is maatwerk. Alvorens we een behandeling starten, doen we steeds een uitgebreid onderzoek. We gaan na wat precies de oorzaak en de kenmerken zijn van de stoornis. Ook de impact op het dagelijks functioneren en welbevinden brengen we in kaart.

Tijdens de behandeling richten we ons zowel op de stoornissen als op de activiteiten en participatie (deelname aan het sociale leven). Zo goed mogelijk leren omgaan met de beperkingen en het leren gebruiken van hulpmiddelen hebben een belangrijke plaats binnen de therapie. Daarnaast hebben we ook aandacht voor het voorkomen van communicatiestoornissen. De doelstellingen van de behandeling worden steeds in onderling overleg bepaald.

- **Neurologische spraak- en taalstoornissen**

Ten gevolge van neurologische schade (vb. CVA) kan een spraak- en/of taalprobleem ontstaan.

"**Afasie** is een verworven taalstoornis, veroorzaakt door een hersenletsel, waarbij het begrijpen en het uiten van geschreven en gesproken taal gestoord kan zijn."

"**Dysartrie** is een spraakstoornis die het gevolg is van een aandoening in het zenuwstelsel. Deze aandoening verstoort de werking van één of meer spieren die bij het spreken betrokken zijn. Het is dus steeds een motorisch probleem ten gevolge van schade ergens in het zenuwstelsel.

Verschillende componenten van het spreken kunnen daarbij aangetast worden. Volgende spraakparameters zijn hiërarchisch met elkaar verbonden: houding, ademhaling, fonatie, resonantie, articulatie, prosodie."

De diagnostiek en behandeling worden bepaald volgens evidence based richtlijnen, en kaderend binnen het ICF-model.

- **Dysfagie (slikproblemen)**

Bij het ouder worden kan het slikproces trager verlopen, zonder dat er slikproblemen optreden (presbyfagie). In combinatie met ziekteprocessen (bijvoorbeeld longproblemen, algemeen zwakke toestand), na een letsel ter hoogte van het hoofd- en halsgebied of na een hersenletsel kunnen slikstoornissen voorkomen.

Aangezien verslikken op termijn tot ondervoeding en aspiratiepneumonie kan leiden, is het heel belangrijk het slikken consequent te evalueren bij deze populatie. Evaluatie van de slikproblemen kan gebeuren door dienst logopedie in samenwerking met de dienst NKO of radiologen.

De dienst logopedie ontwikkelde een slikprotocol en een slikscreening (sliklabo DysF[2]). Deze slikscreening stelt ons in staat om een advies te geven over de consistentie van de voeding, aanpassing van de eetsituatie in functie van veilig slikken.

Vooreerst worden enkele belangrijke basisvoorwaarden om tot slikken te komen nagegaan. Voorbeelden: bewustzijn, cognitie, coöperatie, mondmotoriek, hoestreflex, secreties, sensoriek, fonatie, taalbegrip, gebit, … . Daarna wordt de waterslikproef uitgevoerd.

Problemen kunnen zich situeren in de orale fase (mond). Voorbeeld: kauwproblemen. Ook in de faryngale fase (keel) kunnen problemen optreden. Voorbeeld: hoesten, zich verslikken. Tot slot kan zich ook een probleem voordoen in de oesofageale fase (slokdarm). Voorbeeld: passageklachten.

Een individueel slikadvies wordt opgesteld waarbij er aandacht is voor de voedingsconsistentie, de houding, het gebruikte materiaal in overleg met ergotherapeuten (voorbeeld neusbeker, handycup, conische beker…) en de juiste begeleiding. De patiënt wordt tijdens de maaltijden geobserveerd en begeleid om verdere problemen op te sporen. Communicatie met de verpleegkundigen en de familie is primordiaal.

Doordat er bij deze populatie vaak sprake is van een verminderde eet- en drinkreflex is het van primordiaal belang dat de voedsel- en vochtinname nauwkeurig wordt opgevolgd en bijgehouden. Hierbij is samenwerking met de diëtisten belangrijk.

- **Neuro-cognitieve stoornis**

Een patiënt met al dan niet cognitieve disfuncties (vb. dementie van het Alzheimertype) wordt aangemeld op onze dienst door de geriater. Een cognitief linguïstische screening zal worden afgenomen indien er een uitgebreidere testing gevraagd is door de geriater of ergotherapeuten. Het doel kan zijn: een cognitieve status opmaken, taalproblemen in kader van dementie in kaart brengen, terugkeer naar huis inschatten of de terugbetalingsprocedure voor geheugenondersteunende medicatie opstarten.

Na een anamnese wordt de cognitieve screening uitgevoerd aan de hand van volgende screeningsinstrumenten:

- Mini-Mental State Examination (MMSE), (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)
- Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold & Hodges, 2006; Vlaamse versie: Savonet en Van Beneden, 2007)
- Screening Test voor Cognitie en Communicatie (STCC) (Paemeleire, 2014)
- Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Scale (Adas-Cog) (Rosen et al., 1984)
- Basic Activities of Dialy Living (B-ADL) (Katz, 1963)
- Instrumental Activities of Daily Living (I-ADL) (Lawton, 1969)
- Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI) (Cummings, 1994 & Kaufer, 2000)
- Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg, 1982)

We betrekken zoveel mogelijk de omgeving bij de behandeling. Hiervoor geven we individuele informatie en tips. Onze logopedisten werken mee aan allerhande informatiesessies in groep (bv.

omgaan met de gevolgen van dementie, Parkinson en een beroerte). Indien nodig wordt een training voor de naasten van de persoon voorzien.

4.7.5 SOCIALE DIENST – TRANSMURALE ZORG

De kerntaken van de sociaal werker in het ziekenhuis kunnen ingedeeld worden volgens patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten.

Bron: gids sociaal werk in ziekenhuizen (2016)-kerntaken van het sociaal werk.

- **Patiëntgebonden activiteiten**
  - Kerntaak 1: Psychosociale hulpverlening

    Psychosociale hulpverlening omvat ondersteuning, bemiddeling, begeleiding, behandeling en/of crisisinterventie.

    In het kader van de psychosociale hulpverlening schenkt het sociaal werk aandacht aan de wisselwerking tussen psychische en sociale componenten die van invloed zijn op het menselijk functioneren, wanneer de wisselwerking verstoord is. (Snellen, 2007).

  - Kerntaak 2: Onderzoek en rapportage

    Onderzoek omvat de activiteiten die erop gericht zijn de sociale situatie van een patiënt te verkennen en in kaart te brengen. De gegevens verkregen vanuit dit onderzoek vormen de basis van de verdere hulpverlening aan de patiënt. Op basis van deze gegevens kan een actieplan opgemaakt worden.

    Rapportage houdt in dat de sociaal werker de stappen noteert die hij zet in het tegemoetkomen aan de zorgvraag van de patiënt. Dit zijn o.a. de bevindingen van de intake, de probleemanalyse, de gemaakte afspraken met de patiënt en/of zijn omgeving en de andere zorgverstrekkers zowel binnen als buiten het ziekenhuis, en het afsluiten van het dossier.

    Bij het opstarten van een dossier wordt een contact ‘sociale dienst’ aangemaakt. Dit contactenblad wordt vanaf de anamnese verder gebruikt gedurende het volledige verblijf en wordt opgedeeld in anamnese, verloop en tenslotte ontslagplanning en afspraken bij afronden van het dossier. Het verslag over de evaluatie van de mogelijkheden voor terugkeer naar huis of thuisvervangend milieu wordt direct opgenomen in het dossier.

    Dit contactenblad kan gelezen worden door verpleging, artsen en paramedici om de stand van zaken op sociaal vlak mee op te volgen.

    Na de verkenning van de sociale situatie van de patiënt kan de sociaal werker artsen, verpleegkundigen en andere disciplines (intern en extern) informeren en adviseren over het te volgen behandelbeleid m.b.t. de psychosociale componenten (Goudriaan e.a. 1999).

    Concrete vragen en afspraken met verpleging, artsen ea wordt gecommuniceerd via ‘overleg’.

Via psychosociale anamnese en sociaal onderzoek tracht de sociaal werker zich samen met de patiënt en/of zijn omgeving een beeld te vormen van de sociale situatie, het relationeel netwerk en de hulpvraag van de patiënt, met als doel het formuleren van een sociale diagnose en een hulpverleningsvoorstel.

- Kerntaak 3: Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie omvat activiteiten die tot doel hebben een samenhangend pakket van (verschillende soorten) zorg, hulp en diensten rond een bepaalde hulpvraag van een patiënt te organiseren en te coördineren met het oog op het verzekeren van de continuïteit van zorg voor de patiënt. Zorgcoördinatie gebeurt in overleg met de verschillende actoren die betrokken zijn bij het geïntegreerd zorgproces van de patiënt. Zorgcoördinatie omvat o.a. ontslagvoorbereiding, resocialisatie, zorgoverleg, zorgbemiddeling. (Werkgroep Sociale dienst in het ziekenhuis 2011)

In het kader van deze kerntaak maakt de sociaal werker gebruik van de methodiek ontslagmanagement.

Ontslagmanagement kan worden gedefinieerd als een gefaseerde en gestructureerde ontslagvoorbereiding.

Deze start bij de opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten en mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket komt tot stand na interdisciplinair (intern en/of extern) overleg.

Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als functionele aspecten en beoogt een optimale re-integratie in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd door de ontslagmanager (expertgroep ontslagmanagement, Moons e.a. 2005). De betrokken patiënt en familie / mantelzorger worden op de hoogte gesteld van de gemaakte afspraken. In de nabije toekomst zal het mogelijk zijn om vanuit de sociale anamnese deze afspraken automatisch op te nemen in de ontslagbrief tav. de huisarts.

- Kerntaak 4: Concrete hulpverlening

Concrete hulpverlening is gericht op het verbeteren van de bestaansvoorwaarden van de betrokkenen . Het omvat:

- Materiële hulpverlening: bv. voorzien in kledij, verzorgingsproducten, voorzien in de opvang van een huisdier, …
- Sociaal-administratieve hulpverlening: bv. alle activiteiten met betrekking tot de sociale zekerheid.
- Financieel-administratieve hulpverlening: bv. samen met de patiënt een betalingsplan opstellen, doorverwijzen naar het OCMW, …
- Juridisch-administratieve hulpverlening: alle activiteiten waar een juridische maatregel mee verbonden is.

De hulpverlening gebeurt op een duidelijke, correcte en volledige manier en zal door de sociale dienst zelf opgestart en opgevolgd worden, maar evenzeer via een doorverwijzing.

- Kerntaak 5: Preventie

Preventie betekent in deze context het voorkomen van moeilijkheden in het functioneren van mensen in de samenleving. De kerntaak heeft betrekking op verschillende niveaus: individueel, contextueel en maatschappelijk.

- Op individueel niveau: de sociaal werker besteedt in een begeleidingsproces aandacht aan mogelijke te verwachten problemen en tracht hierop samen met de cliënt te anticiperen.
- Op contextueel niveau: de sociaal werker heeft aandacht voor de signalen vanuit het gezinssysteem, de werkomgeving of de vriendenkring voor mogelijke toekomstige problemen.
- Op maatschappelijk niveau: de sociaal werker zet activiteiten of processen in gang voor een bredere groep van mensen, hulpvragers, cliënten die tot doel hebben om problemen te voorkomen. (Vlaeminck e.a.2001).

Preventie omvat het geheel van doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren en ageren wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is. Door vroegtijdige onderkenning van probleemsituaties kunnen dreigende problemen in het moeilijk functioneren van patiënten voorkomen worden. (Werkgroep Sociale dienst in het ziekenhuis 2011)

- Kerntaak 6: Belangenbehartiging

Belangenbehartiging is het opkomen en/of aandacht vragen voor de rechten en belangen van een patiënt of een groep patiënten op verschillende fora, zoals het beleid, de andere disciplines in het ziekenhuis.

Het doel is veranderingen teweeg brengen en eventuele misverstanden op te heffen. In die zin kan belangenbehartiging bijdragen aan preventie.

Belangenbehartiging heeft als doel de hulp aan te reiken die de patiënt in staat stelt zijn eigen leven te versterken. Vb. de gevolgen van een behandeling of opname, onder de aandacht te brengen van de andere leden van de multidisciplinaire teams.

Belangenbehartiging betreft het vertolken, vertegenwoordigen en ondersteunen van concrete rechten of belangen van patiënten(groepen) of van de samenleving met het oog op het vrijwaren van de persoonlijke en maatschappelijke rechten in een breder perspectief . (Verzelen W. 2005)

- Kerntaak 7: Signalering

  De sociaal werker geeft door zijn signaalfunctie een stem aan de patiënt door tekorten in regelgevingen en voorzieningen en het niet goed functioneren van personen en instanties te melden aan het ziekenhuis en de beleidsmakers.

  Signalering is het op systematische wijze opsporen, registreren en presenteren van individu-overstijgende factoren die de sociale omstandigheden van patiënten negatief beïnvloeden en dit zowel intern (in het ziekenhuis) als extern (gezondheidszorgsector, beleidsmakers, …) Vlaeminck e.a. 2001).

  Ook factoren die een positieve invloed hebben op de patiënt kunnen gesignaleerd worden om zo de positieve invloed te blijven stimuleren.

- **Niet-patiëntgebonden activiteiten**

Sociaal werkers voeren ook taken uit die niet rechtsreeks gebonden zijn aan patiënten. Het betreft organisatie gebonden activiteiten of activiteiten ter ontwikkeling of bevordering van de deskundigheid van het sociaal werk. Deze zijn belangrijk om de kwaliteit van de dienstverlening van het sociaal werk in het ziekenhuis of van de ziekenhuiszorg in het algemeen te waarborgen en te verbeteren.

- Kwaliteit ziekenhuisdienstverlening
- Deskundigheidsontwikkeling

Bron: Sociaal Werk in Ziekenhuizen – Overname van ‘Kerntaken van het sociaal werk’ ‘

- **Organisatie van de sociale dienst**

Binnen de sociale dienst is één van de medewerkers verantwoordelijk voor de afdeling Geriatrie en het Geriatrisch Dagziekenhuis. Bij afwezigheid wordt zij vervangen door 1 van de andere medewerkers.

Lokalisatie: de medewerkers van de sociale dienst zijn bereikbaar op de derde verdieping.

De sociale dienst werkt van 08u30 tot 17u00. Voor familieleden en mantelzorgers welke tijdens de normale werkuren niet kunnen langskomen, kan een afspraak na de uren gemaakt worden met de betrokken medewerker.

De sociaal werker van de geriatrie neemt als teamlid, wekelijks deel aan het multidisciplinair team van haar afdeling en krijgt vanuit de interne liaison verslag over de geriatrische patiënten op de niet-geriatrische afdelingen. Ze vervult een verbindingsfunctie tussen het ziekenhuis en de externe zorgomgeving van de patiënt. Zij coördineert het ontslagmanagement.

In complexere thuissituaties is haar aanwezigheid belangrijk in een extern multidisciplinair thuiszorgoverleg.

4.7.6 PALLIATIEVE ZORGEN

Op vraag van de geriater wordt het palliatief team betrokken in de holistische benadering van de oudere zorgvrager in een palliatieve fase.

De taken bestaan uit:

- Verspreiden van het palliatief concept in het ziekenhuis zodat het menswaardig sterven gegarandeerd wordt.
- Het optimaal behouden van de levenskwaliteit, comfort en autonomie van een ongeneeslijke zieke in de terminale fase
- Stimuleren van de samenwerking en integratie van de verschillende zorgverleners teneinde een optimale palliatieve zorg te realiseren.
- Stimuleren van de continuïteit van de palliatieve zorg van en naar de thuiszorg.
- Aanbieden van een volwaardige ondersteuning aan familie en vrienden teneinde het rouwproces zo mogelijk te verzachten.
- Volledig integreren van de palliatieve zorgen in de totaalzorg voor de patiënt op de verpleegafdeling (er is geen aparte afdeling “ palliatieve eenheid “).
- De verpleegkundige medewerker van het palliatief support team kan ook gevraagd worden als consulent vroegtijdige zorgplanning. (zie punt 5: vroegtijdige zorgplanning)

4.7.7 PASTORALE DIENST

De pastorale dienst wil een eigen bijdrage leveren aan de totaalzorg. Naast de zorg om de fysieke, psychische en sociale aspecten van de mens, wil de pastor aandacht besteden aan de spirituele dimensie.

Een opname op een geriatrische afdeling van het ziekenhuis heeft vaak verstrekkende gevolgen. De patiënten worden geconfronteerd met de kwetsbaarheid van hun fysieke mogelijkheden en met de grenzen van ziekte en genezing. Zij hebben tijd om na te denken en staan bewust of onbewust stil bij hun voorbije leven, bij de kwaliteit van het leven dat hen nog rest, bij de naderende grens van de dood en bij hun geloofs- of levensovertuiging.

De pastor wil openheid en aandacht schenken aan deze diepere geloofs- en zingevingsvragen. Vanuit een Godsverbondenheid en met eerbied voor elke levensbeschouwing wil de pastor op een professionele wijze de zinbeleving van patiënten en hun naasten verdiepen en duiden.

In de contacten kan (Gods) liefdevolle zorg voor de mens tastbaar gemaakt worden op verscheidene manieren: bezoek, gesprek, begeleiding, gebed, aanbieden van de communie, uitdelen van een gebedskaart, gemeenschappelijke (gebeds)momenten en liturgische vieringen.

4.7.8 DIENST PSYCHOLOGIE

De psycholoog wordt op de dienst geriatrie ingeschakeld om zowel de geriatrische patiënt als de mantelzorger en familie te ondersteunen. Dit kan op vraag van de geriater of het interdisciplinair team zijn.

Gedurende het leven worden we met allerlei problemen en moeilijkheden geconfronteerd. De taak van de psycholoog bestaat erin geriatrische patiënten te begeleiden bij diverse psychische problemen zoals rouw, depressie, angst, aanpassingsproblemen, levensfaseproblematieken, relationele en/of familiale problemen.
Daarnaast heeft het interdisciplinair team oog voor de personen die nauw betrokken zijn bij de patiënt. De psycholoog kan, waar nodig, ondersteuning en advies verlenen aan de mantelzorger en familie.
Naast het ondersteunen en begeleiden tijdens de opname zal er, als de patiënt dit wenst, ook gericht worden doorverwezen naar externe gespecialiseerde hulpverleners.

Na de opname blijft de psycholoog bereikbaar voor de patiënt en zijn omgeving voor advies en gerichte doorverwijzing.

5 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Samen met de residentiële sector en de 1e lijn streven wij ernaar dat de oudere patiënt nadenkt over een wilsbeschikking. Hierbij neemt vroegtijdige zorgplanning een belangrijke plaats in. Indien de patiënt, mantelzorger of gezondheidswerker hier vragen over heeft kan contact genomen worden met de consulent “vroegtijdige zorgplanning” (zie ook het palliatief support team). Bij het stellen van een nieuwe diagnose “dementie” wordt de consulent in consult gevraagd.

Opgestarte of bestaande wilsbeschikkingen worden opgenomen in het patiëntendossier. De consulent vestigt hier nog eens extra de aandacht op bij het team.

In kader van de Functionele Binding Gent-Deinze werd een nieuwe werkwijze uitgewerkt aangaande de “afspraken rond therapiebeperking”. Bedoeling is om over de ziekenhuizen Gent-Deinze en de omliggende WZC’s een gezamenlijke taal en werkwijze te hanteren.

6 OPLEIDINGEN GERIATRIE

- Bijzondere beroepstitel voor erkenning van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie (BBT)
- Bijzondere beroepsbekwaamheid van een verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie. (BBK)
- G-topics worden twee maal per jaar georganiseerd, waarvan 1 maal per jaar met de geriatrische afdelingen van de ziekenhuizen in het ziekenhuisnetwerk E17.
- Wij streven dat verpleegkundigen met de BBT of BBK geriatrie naar 60u vorming over 4 jaar. Paramedici op geriatrie dienen binnen hun discipline permanente vorming te volgen binnen het domein ouderenzorg en geriatrie.

7 PROCEDURES / BELEIDSNOTA'S SPECIFIEK VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

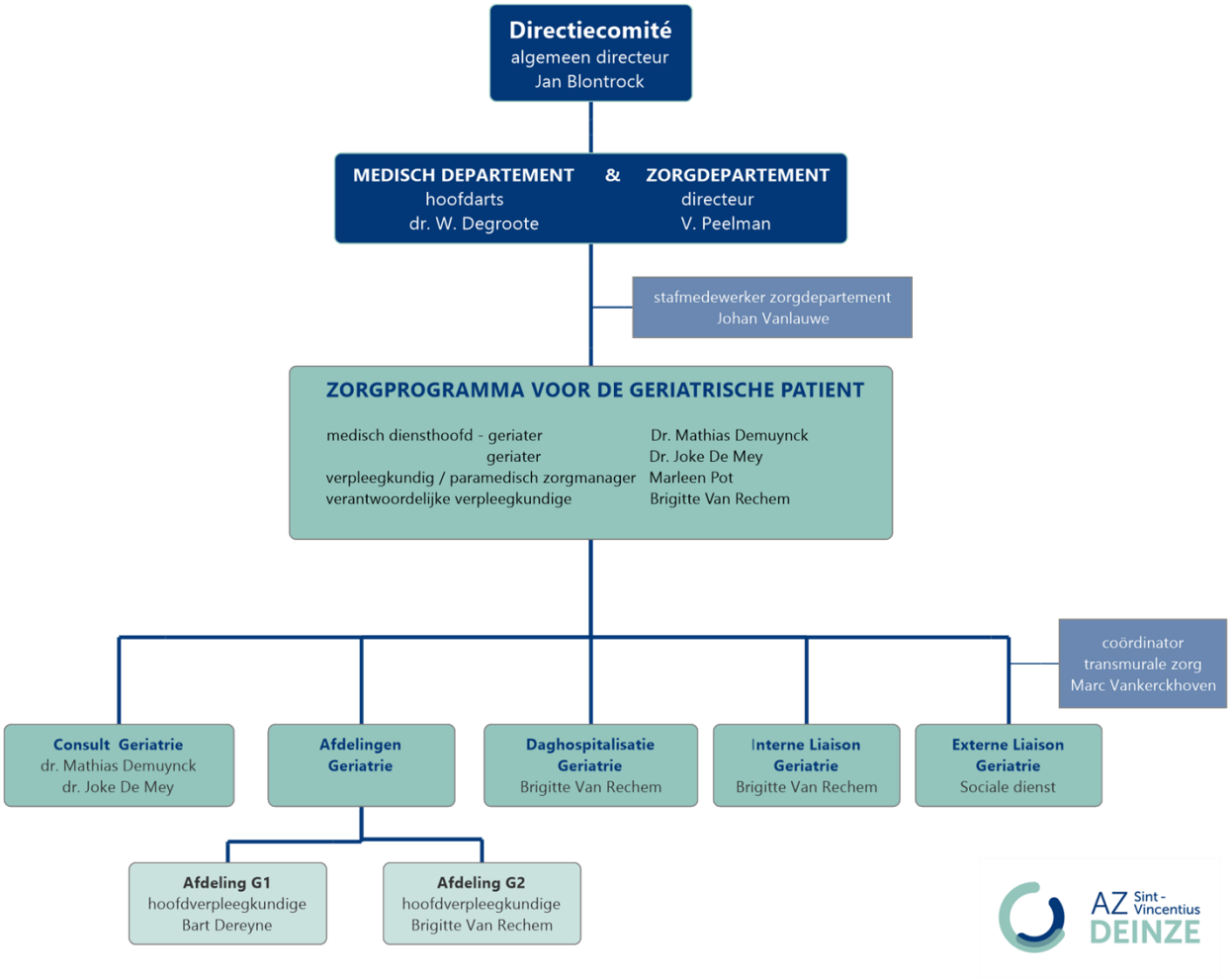
U kunt steeds meer uitleg vragen aan de verpleegkundige of arts over de volgende procedures / beleidsnota's:

- Koorts – nieuwe koorts bij geriatrische patiënten
- Slapeloosheid bij geriatrische patiënten
- Pijnbeleid bij geriatrische patiënten
- Acute verwardheid/delier en agitatie bij geriatrische patiënten
- Hoge bloeddruk bij geriatrische patiënten
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Algemeen beleid
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Wegloopgedrag
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Agressie en verwardheid
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Gebruik van de fixatieset
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Het uittrekken van sonde, tube, drain of infuus vermijden
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: Organisatie en gebruik van de polsboeien met snelkoppeling
- Decubitus - Beleid ter preventie van decubitus
- Valpreventie - protocol
- Pijnbeleid bij volwassene
- Transurethrale katheterisatie - plaatsing, zorg en verwijderen van verblijfsblaaskatheter

Folders:

- Onthaalbrochure AZ Sint-Vinctius Deinze
- Brochure Geriatrie
- Contactgegevens voor patiënt en familie
- Daghospitalisatie voor geriatrische patiënten
- Toedienen Aclasta infuus op dagziekenhuis geriatrie
- Valpreventie
- Aangepast schoeisel
- Pijnbestrijding
- Delier of acute verwardheid?
- Polsbreuk
- Heupfractuur
- Tromboseprofylaxe
- Interne Liaison geriatrie
- Handhygiëne
- Hoest- en nieshygiëne
- Coloscopie
- Gastroscopie onder narcose
- Aërosoltherapie of verneveling
- Voorkomen en tijdig herkennenvan decubitus
- Sociale Dienst

8 ORGANIGRAM



9 CONTACTEN

- Lidmaatschap werkgroep leidinggevenden BVGG (Belgische vereniging voor gerontologie en geriatrie)
- Lidmaatschap functionele binding Gent
- Geriatrische afdelingen E17 ziekenhuisnetwerk
- Bilaterale overlegmomenten met onze preferentiële partners van de residentiële sector en 1e lijn

Via de coördinator transmurale zorg:

- Bilaterale vergaderingen met patiënten- en mantelzorgverenigingen
- NOGGGG (Netwerk Ouderen Geestelijke Gezondheidszorg Groot Gent)
- Lidmaatschap algemene vergadering Eerste lijnszones (Gent, Scheldekracht, Meetjesland Oost en West, Vlaamse Ardennen, Panacea, Schelde Leie)