



Pluridisciplinair geriatrisch handboek

Datum eerste opmaak: 2012

Datum laatste herziening: februari 2023

Datum volgende herziening: november 2025

Het document is toegankelijk voor alle zorgverleners en samenwerkingspartners van SFZ via de website.

Laatste toelichting aan externe verwijzers- CRA artsen op 9 december 2022

Ik ben oud
mijn benen willen niet goed meer mee
en mijn handen beven.
Heb geduld met mij,
jullie wereld is zo snel.
Wees niet boos als ik mors of
ergens iets omvergooi.
In mijn geheugen zit de mot
en morgen ben ik vergeten
wat ik vandaag beloofd heb.
Het gebeurt soms dat ik plots
verward geraak en mijn omgeving
of vrienden niet meer herken.
Neem het mij niet kwalijk
dat ik graag over vroeger praat
en soms twee keer hetzelfde vertel.
Het doet me deugd
als je vriendelijk bent
en even tijd voor me maakt,
ik ben daar erg gevoelig voor...

2	INLEIDING.....	6
3	MISSIE EN VISIE SFZ.....	7
3.1	Missie	7
3.2	Visie.....	8
3.2.1	Visie SFZ.....	8
3.2.2	VISIE GERIATRIE 1 EN GERIATRIE 2.....	9
4	ORGANOGRAM	9
4.1	GERIATERS van het Zorgprogramma Geriatrie.....	9
4.2	Hoofdverpleegkundigen van het Zorgprogramma Geriatrie.....	9
4.3	Administratief verantwoordelijke van het Zorgprogramma Geriatrie	9
4.4	Pluridisciplinair team.....	10
5	ERKENDE DIENST VOOR GERIATRIE	12
5.1	Infrastructuur.....	12
5.1.1	Geriatrie 1	12
5.1.2	Geriatrie 2.....	12
5.1.3	Pluridisciplinair team	13
6	OMSCHRIJVING VAN DE GERIATRISCHE PATIËNT.....	19
7	OPNAMEBELEID.....	20
7.1	Het doel van een opname	20
7.2	Herkomst patiënt	20
7.2.1	Niet geplande opname	20
7.2.2	Geplande opname	20
8	VERPLEEGKUNDIGE ZORG AAN DE OUDERE ZORGVRAGER.....	21
8.1	Functionaliteit.....	21
8.2	Revaliderende houding en holistische visie	21
8.3	Interdisciplinair werken en bepalen van doelstellingen	22

8.4	ontslag management.....	22
9	VERPLEEGKUNDIG COMPETENTIEPROFIEL	24
10	KWALITEITSINITIATIEVEN	24
10.1	Beleidsdoelstellingen.....	24
10.2	Vormings-, trainings- en opleidingsbeleid	25
10.3	Kwaliteitsbeleid en opvolging indicatoren.....	26
10.4	DwaaldetectiesysteEm	26
10.5	PROCEDURES.....	27
10.6	Multidisciplinaire teamvergadering.....	27
10.7	Revalidatie teamvergadering.....	27
10.8	Screening Risico's	28
11	ORGANISATIE.....	29
11.1	Medisch.....	29
11.2	Verpleegkundig	29
11.2.1	OverlegSTRUCTUUR.....	29
12	HET GERIATRISCH CONSULT	30
12.1	Infrastructuur.....	30
12.2	Organisatie	30
13	HET DAGZIEKENHUIS VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT	31
13.1	Architectonische maatregelen	31
13.1.1	Algemeen.....	31
13.1.2	Voorzieningen	32
13.2	Organisatie	32
13.3	Therapeutisch aanbod binnen het GERIATRISCH dagHOSPITAAL.....	33
13.4	Verloop dagopname.....	37
13.5	Aantal FTE.....	38

13.6	Zorgprocessen/klinische paden.....	38
13.7	Resultaatparameters	39
13.8	ALGEMENE INFO	39
14	INTERNE LIAISONFUNCTIE.....	40
14.1	Doelstelling	40
14.2	Doelgroep	41
14.3	Werking/ screeningstraject	41
14.3.1	Bepaling van het geriatrisch risicoprofiel (GRP)	41
14.3.2	Geriatrische evaluatie	42
14.3.3	Adviesverlening	43
14.3.4	Pluridisciplinair overleg	43
14.4	Taken teamleden	44
14.4.1	Taken liaisonverpleegkundige	44
14.4.2	Taken ergotherapeut.....	44
14.4.3	Taken psycholoog.....	44
14.4.4	Taken diëtist	44
14.4.5	Taken logopedist	45
14.5	Aantal FTE.....	45
14.6	Permanentie	45
14.7	Resultaatparameters	45
14.8	DELIER	46
15	EXTERNE LIAISON.....	47
15.1	Coördinatoren externe liaisonfunctie.....	47
15.2	Verantwoordelijken ontslagmanagement	47
15.3	Ontslagbeleid.....	47
15.4	Samenwerkingsverbanden	47
15.4.1	eERSTELIJN.....	48
15.4.2	Huisartsen	48
15.4.3	Revalidatiecentra – psychiatrisch ziekenhuis	48
15.4.4	Dagcentra	48
15.4.5	Woonzorgcentra.....	49
15.4.6	Andere ziekenhuizen	49
15.4.7	Kennisnetwerken.....	49

15.5	Resultaatparameters	50
------	---------------------------	----

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

Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat:

- een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G) zoals bedoeld in bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd;
- een geriatrisch consult zoals bedoeld in artikel 14;
- een dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt zoals bedoeld in artikel 15;
- een interne liaison zoals bedoeld in artikel 16;
- een externe liaison zoals bedoeld in artikel 20.

(K.B. 29-01-2007, Art. 6)

Het zorgprogramma maakt een reeks afspraken over de samenwerking tussen de interne en externe actoren, die in het pluridisciplinair geriatrisch handboek worden opgenomen.

Dit geriatrisch handboek beschrijft op welke wijze het Sint-Franciskusziekenhuis invulling geeft aan het zorgprogramma, gebaseerd op het K.B. van 29 januari 2007.

3.1 MISSIE

Zorg aan de zijde van **PATIËNTEN**

- Wij hebben de opdracht, als ziekenhuis met sterke Christelijke wortels, in respect voor de unieke en totale mens doeltreffende zorg te verlenen in een houding van naastenliefde, solidariteit en hoop
- Wij staan open voor iedereen, ongeacht sociale afkomst, levensovertuiging en nationaliteit.
We kiezen voor een sterke inbedding in onze voormalige mijngemeente
- Wij verstrekken aan onze patiënten, effectieve, kwaliteitsvolle, optimale zorg en aandacht.
- Samen met het brede net van zorgverleners en zorgvoorzieningen gaan we op pad met de patiënt, zijn/haar familie of de vertrouwenspersoon. Patiëntenparticipatie staat hierbij centraal!

Zorg aan de zijde van **PARTNERS**

- Als lokaal en regionaal ziekenhuis verzekeren wij een goede toegankelijkheid met een maximaal aanbod van algemene zorgopdrachten en een gericht aanbod van gespecialiseerde zorgopdrachten.
- Als sterke en evenwaardige partner in een netwerk en andere samenwerkingsverbanden verzekeren we de toegangspoort van onze patiënten naar de best mogelijke zorg, waarbij op een veilige en correcte manier verwezen en terug verwezen wordt voor verdere opvolging of nazorg.

Zorg aan de zijde van **PERSONEEL**

- Onze medewerkers en artsen dragen bij tot de verwezenlijking van de doelstellingen van het ziekenhuis.
- Wij bieden onze medewerkers en artsen een motiverend klimaat waar ruimte is voor multidisciplinaire samenwerking in een geest van open communicatie en overleg.
- Wij bieden aan onze medewerkers en artsen kansen tot zelfontplooiing en integratie binnen de contouren van een sterk netwerk.
- Onze medewerkers en artsen zijn vriendelijk, inlevend, professioneel, samenwerkend (VIPS) en respectvol.
- Al onze medewerkers en artsen zijn belangrijk en evenwaardig, ongeacht hun functie.



3.2.1 VISIE SFZ

Uit de missie van het SFZ werden 4 kernwaarden voor het Sint-Franciscusziekenhuis gedistilleerd.

Vriendelijk – Inlevend – Professioneel – Samenwerkend.

Kortweg, VIPS. De 4 windstreken van ons waardenkompas. Ze geven richting aan ons dagelijks doen en laten in het SFZ zodat we ons allen VIPS voelen.

Vriendelijk

We staan 'aan jouw zijde'. We luisteren actief, zijn hoffelijk en beleefd en respectvol. We behandelen iedereen met waardigheid en respect. We doen recht aan de zienswijzen en keuzen van de patiënt en zijn familie. Kennis, waarden, geloof en culturele achtergrond van de patiënt en zijn familie worden geïntegreerd in de zorgplanning- en verlening.

Inlevend

We maken tijd voor elke patiënt, elke bezoeker, elke collega. Hun goed voelen is onze zorg. We erkennen de patiënt en zijn familie als partner in alles wat we doen. We moedigen hen aan om te participeren in de zorg en besluitvorming in de mate waarin zij dit wensen en ondersteunen hen daarbij.

Professioneel

We voeren onze job deskundig en integer uit. We zijn ondernemend en wachten niet alleen maar op een opdracht. We nemen ook zelf initiatief. We nemen onze verantwoordelijkheid en doen wat nodig is, als een 'goede huisvader'. We zorgen mee voor een veilige omgeving in al zijn aspecten. We verstrekken volledige en onbevooroordeelde informatie op een positieve en passende manier. We bezorgen onze patiënten en hun familie tijdig volledige en accurate informatie waardoor zij effectief kunnen participeren in de zorg en besluitvorming.

Samenwerkend

Omdat zorg teamwork is! We bieden zorg in teamverband en staan dichtbij de patiënt en onze collega's. Collegiaal staan we sterk. We slaan de handen in elkaar, ook met de patiënt en zijn familie, vanuit een open dialoog. We luisteren met respect naar de ander en respecteren onze afspraken. We werken actief samen met anderen, zowel binnen als buiten onze afdeling, expertise of organisatie. Dat komt de samenwerkingsverbanden binnen en buiten het ziekenhuis alleen maar ten goede.

3.2.2 VISIE GERIATRIE 1 EN GERIATRIE 2

De uitgeschreven visietekst van beide geriatrische afdelingen is terug te vinden in het respectievelijke jaarverslag.

Door het actief bevragen van de patiënt en/ of zijn vertegenwoordiger naar de verwachtingen of datgene dat de patiënt belangrijk vindt (What matters to you) willen we inzetten om maximaal rekening te houden met de behoeften van de geriatrische patiënt.

4 ORGANOGRAM

4.1 GERIATERS VAN HET ZORGPROGRAMMA GERIATRIE

Dr. Michel Schellemans, medisch diensthoofd
Internist met Bijzondere Bekwaming in de Geriatrie
RIZIV-nummer 1-17064-15-581

Dr. Aso Dilan
Geriatr
RIZIV-nummer 1-74437-66-180

4.2 HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN VAN HET ZORGPROGRAMMA GERIATRIE

Krista Bogaerts
Hoofdverpleegkundige Geriatrie 1, interne liaison geriatrie en daghospitalisatie (1998 -> heden)
Bachelor in de verpleegkunde - Bijzondere beroepstitel geriatrie

Kim Pauwels
Hoofdverpleegkundige Geriatrie 2 (2004 -> heden)
Bachelor in de verpleegkunde - Bijzondere beroepstitel geriatrie

4.3 ADMINISTRATIEF VERANTWOORDELIJKE VAN HET ZORGPROGRAMMA GERIATRIE

Jeroen Ruysen
Verpleegkundig paramedisch directeur
Bachelor/Master in de verpleegkunde

Katrien Moors
Zorgmanager
Bachelor / Master in de verpleegkunde

4.4 PLURIDISCIPLINAIR TEAM

Geriaters	Dr. M. Schellemans Dr. A. Dilan	
Hoofdverpleegkundigen	Krista Bogaerts Kim Pauwels	Geriatric 1 Geriatric 2
Interne liaisonverpleegkundigen	Liesbeth Smeets Glenn Baeten	
Ergotherapeuten	Katrien Caubergs Hanne Ruysen	Geriatric 1 Geriatric 2
Logopedisten	Heidi Aerts Leen Gernaey	Geriatric 1 Geriatric 2
Kinesist	Dirk Reynders Tiemen Eerdeken	Geriatric 1 Geriatric 2
Diëtist	Anneleen Vandebosch Claudia Schuyten	Geriatric 1 Geriatric 2
Psychologen	Astrid Herman Hanne Knuts	
Sociale dienst	Jonina Veestraeten Daisy Pauwels Cindy Lemmens Merel Breemans: vervanging ziekte Cindy Lemmens	Geriatric 1 Geriatric 1 Geriatric 2
Referentieverpleegkundigen geriatric	Christine Vandebek Joyce Meir Marleen Hulsmans Debby Vancraybex Annick Excelmans Karolien Vandewaerde Heidi Vangrieken An Caymax Bea Coenen Kristof Vandingenen Roel Van Den Bergh	Spoedgevallen Heelkunde 1 Heelkunde 2 Heelkunde 2 Inwendige ziekten 1 Inwendige ziekten 1 Inwendige ziekten 1 Inwendige ziekten 2 Intensieve Zorgen PAAZ Chir. dagziekenhuis
Referentieverpleegkundigen delier	Glenn Baeten Liesbeth Smeets Lore Vandenhout Alena Groffi Krista Bogaerts	Geriatric 1 Geriatric 1 Geriatric 1 Geriatric 1 Geriatric 1

Charlotte Brauns	Geriatric 2
Fatma Ciftci	Geriatric 2
Iris Vrolix	Geriatric 2
Kim Pauwels	Geriatric 2
Petra Luyten	PAAZ
Joyce Meir	Geriatrics 1
Marleen Hulsmans	Geriatrics 2
Lieve Raemaekers	Internal diseases 2
Heidi Vangrieken	Internal diseases 1
Annik Exelmans	Internal diseases 1
Karolien Vandewaerde	Internal diseases 1

Pastorale werkers

Jean Martens
 Noortje Martens
 Vanaf mei 2023: Annick Cornelissen

Referentiepersoon dementie

Wendy Droogmans
 Sarah Vanzonhoven (tot mei 2023)

Animatrice

Relinde Vanbuel

Verpleegkundigen

Het overzicht van de verpleegkundigen en hun bekwaamheid is terug te vinden in het jaarverslag van de afdelingen.

Zorgkundigen

Vrijwilligers

5.1 INFRASTRUCTUUR

5.1.1 GERIATRIE 1

De afdeling Geriatrie 1 bevindt zich binnen de F-blok van het ziekenhuis, op de 1^e verdieping en is gelegen naast het dagziekenhuis, het operatiekwartier en de diensten heekunde.

De afdeling heeft 26 bedden en telt:

- 9 tweepersoonskamers
- 8 eenpersoonskamers

Het technische gedeelte van de afdeling omvat volgende voorzieningen:

- bureau hoofdverpleegkundige
- bureau medisch diensthoofd
- verpleeglokaal
- ergotherapieruimte
- kinesitherapieruimte
- onderzoeklokaal
- toilet (bezoekers/personeel)
- keuken
- voorraadzone
- spoelruimte
- wellnessruimte
- ruimte poetsdienst
- badkamer

De afdeling geriatrie 1 zal in de toekomst verhuizen naar de nieuwe vleugel aan het ziekenhuis. De voorbereiding van dit bouwproject is lopende.

5.1.2 GERIATRIE 2

De afdeling Geriatrie 2 situeert zich binnen de B-blok van het ziekenhuis, op de 2^e verdieping, op hetzelfde niveau als inwendige ziekten 1, inwendige ziekten 2 en Intensieve Zorgen. Naast de afdeling is de stille ruimte gelegen.

De afdeling heeft 26 bedden en telt:

- 9 tweepersoonskamers
- 8 eenpersoonskamers

Het technische gedeelte van de afdeling omvat volgende voorzieningen:

- bureau geriater
- bureau hoofdverpleegkundige
- verpleeglokaal
- ergo- kineruimte
- bergruimte voor steriel en niet steriel materiaal
- voorraadzone
- spoelruimte
- badkamer
- keuken
- toilet (bezoekers/personeel)

5.1.3 PLURIDISCIPLINAIR TEAM

Het pluridisciplinair team staat in voor de kwaliteitsvolle zorg voor de geriatrische patiënt. Ze doen dit elk vanuit hun eigen deskundigheid en leggen bevindingen samen in het multidisciplinair overleg.

De functiekaarten van de leden zijn terug te vinden op sharepoint.

5.1.3.1 DE GERIATER

De geriater is de coördinerende arts van het team en evalueert dagelijks de gezondheidstoestand van de patiënt.

5.1.3.2 DE VERPLEEGKUNDIGEN

De verpleegkundigen, onder leiding van een hoofdverpleegkundige, staan 24 uur op 24 in voor het verstrekken van de totaalzorg aan patiënten. De verpleegkundige waarborgt kwaliteitsverpleging om tegemoet te komen aan de fysische, psychologische, sociale en spirituele noden van iedere individuele patiënt. De verpleegkundige voert de medische voorschriften uit en begeleidt de patiënt bij de dagelijkse zorgen. De verzorging is gericht op het stimuleren van zelfzorg en zelfstandigheid in voorbereiding op de terugkeer naar de thuissituatie. Door de continue aanwezigheid van de verpleegkundigen kan heel wat informatie doorgegeven worden aan de arts en de andere leden van het team. De verpleegkundige is niet bevoegd om onderzoeksresultaten of andere medische informatie te geven. Hiervoor kan de patiënt terecht bij zijn arts.

5.1.3.3 DE ZORGKUNDIGEN

Zij ondersteunen in de dagelijkse hygiënische zorgen, helpen met de maaltijd- en drankbedeling, voeren logistieke taken uit, bieden ondersteuning bij socio-culturele activiteiten, ...

5.1.3.4 DE ERGOTHERAPEUT

De taak van de ergotherapeut(e) omvat:

- toetsing van de mentale en fysieke mogelijkheden van de patiënt.
Indien nodig volgt een training die tot een zo groot mogelijke zelfstandigheid moet leiden.
- individuele begeleiding van de activiteiten van het dagelijks leven (wassen, aankleden, eten,...)
- advies geven in verband met valpreventie in de thuissituatie

5.1.3.5 DE KINESITHERAPEUT

De taak van de kinesitherapeut(e) is de mobiliteit van de patiënt te behouden en/ of verbeteren.

Elke patiënt krijgt een individuele behandeling bestaande uit:

- mobilisatie-oefeningen
- gangrevalidatie eventueel aangevuld met specifieke oefeningen
- ademhalingskiné
- fango, massage
- houdingshygiëne in kader van valpreventie.
- ...

5.1.3.6 DE LOGOPEDIST

De logopediste is verbonden aan de afdeling en komt langs op vraag van de arts.

De logopediste staat in voor het onderzoek, behandeling en adviseren van patiënten met slik-, spraak- en/of taalproblemen.

Het in kaart brengen van de slikproblematiek kan een diagnosestelling zijn maar kan ook tijdelijk zijn, om verdere complicaties door slikproblemen, te voorkomen.

De slikproblemen worden in kaart gebracht door observatie (MASA) en testing met verschillende consistenties (helder vloeibaar, dik vloeibaar en vast).

Bij het in kaart brengen van de spraak- en/of taalproblemen wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde tests (TASH, Screeling, BBT, ACCE-R, ...) Na testing wordt er een besluit gevormd en worden er adviezen geformuleerd. Indien nodig kan revalidatie opgestart worden.

5.1.3.7 DE DIETIST

Op onze afdelingen wordt elke patiënt bij opname gescreend op ondervoeding. Bij een positieve score wordt een voedingsplan opgestart. De diëtiste zorgt ervoor dat patiënten hun voedingstoestand behouden of verbeteren.

- er is een geriatrisch menu, al dan niet gecombineerd met een reeds te volgen dieet.
- bij een verminderde eetlust wordt een voeding- en vochtbalans opgestart.
- Opvolging van gewicht is hier een belangrijke parameter

De diëtiste volgt nauwlettend deze parameters op en stuurt waar nodig het voedingsplan bij, bv aanpassing van het dieet, aanpassing van consistentie van voeding en drank, opstart van bijvoedingen,...

De diëtiste overlegt met arts, verpleegkundigen en andere zorgverleners en staat in nauw contact met de kok en voedingsassistenten.

Een goede voeding is een voorwaarde om in goede conditie te blijven, zowel lichamelijk als sociaal.

De diëtiste kan ingeschakeld worden voor uitleg van een dieet, het geven van adviezen,...aan patiënt en zijn/haar familielid.

5.1.3.8 DE ANIMATRICE

Binnen de afdelingen geriatricie is het welzijn van de patiënten zeer belangrijk. De animatrice zorgt voor een aanbod aan activiteiten zowel individueel als in groep die het verblijf van de geriatricische patiënt zo aangenaam mogelijk maken.

Voorbeelden hiervan zijn: organisatie van maaltijden in groepsverband, geven van wellness baden, haarverzorging, beleef- TV...

De animatrice staat tevens in voor de huiselijke aankleding van de afdeling.

5.1.3.9 DE SOCIALE DIENST

Een ziekenhuisopname kan aanleiding geven tot vragen en/of zorgen van allerlei aard. Op de geriatricische afdelingen komt de sociaal assistent/ sociaal verpleegkundige op de kamer langs voor een eerste kennismaking. Je kan bij de sociale dienst terecht voor onder andere:

- Ondersteuning en begeleiding van patiënt en netwerk.
- Opstart van thuiszorg; bv. thuisverpleging, gezinszorg, maaltijden aan huis, hulpmiddelen,...
- Kwaliteitsvolle verwijzing naar een aangepast thuis-of thuis vervangend milieu.

- Financieel – administratieve hulpverlening; bv. aanvraag zorgbudgetten,...

De medewerkers van de sociale dienst zijn tijdens de kantooruren beschikbaar.

5.1.3.10 DE NEUROPSYCHOLOOG

Tijdens de opname is er naast gerichte zorg voor de medische en lichamelijke gezondheid ook aandacht voor het psychische en emotionele welzijn van de patiënt. De psycholoog staat in voor diagnostiek, begeleiding en advies én kan ingeschakeld worden wanneer er een vermoeden is van cognitieve of psycho-emotionele problemen. De psycholoog kan zowel door patiënt/familie of door de behandelende arts betrokken worden in het genezingsproces.

Bij een vermoeden van emotionele problemen (bijvoorbeeld bemoeilijkte rouw, stress...), kan de psycholoog een inschatting maken. Dergelijke klachten kunnen reeds langer bestaan of zich ontwikkeld hebben tijdens de ziekenhuisopname. Wanneer er een vermoeden is van cognitieve problemen (bv. geheugenproblemen), kan de psycholoog met een neuropsychologisch onderzoek de veranderingen en de ernst hiervan in kaart brengen. Dit onderzoek gebeurt tijdens de opname of nadien via een ambulante afspraak in het geriatrische dagziekenhuis. Psychologen bieden info aan over verschillende onderwerpen, zowel individueel als in groep.

5.1.3.11 INTERCULTURELE BEGELEIDING

Onze verpleegkundige tolken en interculturele bemiddelaar begeleiden hulpverleners en anderstalige patiënten in het ziekenhuis. Zij vertalen medische, verpleegkundige, sociaal-verpleegkundige en administratieve informatie op vraag van de patiënt, zijn familie en hulpverleners.

5.1.3.12 VRIJWILLIGERS

Het takenpakket van een vrijwilliger op onze afdelingen bestaat uit:

- begeleiden van patiënten bij het maaltijdgebeuren
- ondersteuning bieden bij activiteiten
- een luisterend oor en ondersteuning
- bedelen van extra drank en snacks
- begeleiden bij extra bewegingsactiviteiten
- ...

5.1.3.13 PASTORALE MEDEWERKERS/ VERTEGENWOORDIGERS ANDERE GELOOFSOVERTUIGINGEN

De pastorale medewerkers of vertegenwoordigers van andere geloofsovertuigingen zijn er voor alle patiënten en hun familie, of ze gelovig zijn of niet. Zij bezoeken en begeleiden patiënten en eventueel hun familie. Zij willen in een sfeer van vertrouwen luisteren naar wat mensen bezighoudt, naar vragen over het waarom van wat mensen overkomt. Zij zorgen, indien nodig, voor religieuze ondersteuning bij het levenseinde en rouwopvang.

5.1.3.14 HET PALLIATIEF SUPPORT TEAM

Palliatieve zorg is de totaalzorg voor mensen bij wie een genezende (curatieve) behandeling niet meer mogelijk is. De totaalzorg steunt op de volgende pijlers:

- opvang van fysieke klachten
- aandacht voor psychologische en emotionele ondersteuning van de patiënt en zijn naasten
- sociale begeleiding van de patiënt en zijn naasten
- spirituele opvang met aandacht voor de diepere levensvragen van de patiënt en zijn naasten
- het comfort van het leven te verbeteren en/of te handhaven aansluitend bij de wensen van de patiënt

Bij het palliatief support team kan je terecht voor:

- advies omtrent de totaalzorg van de palliatieve patiënt
- goede pijn- en symptoomcontrole
- aandacht voor comfort van de patiënt
- psycho-emotionele ondersteuning
- sociale begeleiding: bespreken van levens- en zinsvragen
- advies over ethische aspecten en vragen/beslissingen rond het levenseinde
- rouwzorg
- ondersteuning en advies bij vragen rond euthanasie
- communicatie tussen patiënt en arts/verpleging, communicatie met huisarts en naasten van de patiënt.

5.1.3.15 DE APOTHEEKASSISTENT

Zij controleert de thuismedicatie aan de hand van de thuismedicatielijst, zorgt voor logistieke ondersteuning in het medicatiebeheer en geeft zo nodig educatie aan de patiënt over de thuismedicatie.

5.1.3.16 DE HUISARTS

Ook tijdens de opname in het ziekenhuis blijft de huisarts van de patiënt een centrale rol spelen. Hij/zij wordt onmiddellijk ingelicht over de opname van de patiënt. De huisarts is ook altijd

welkom op de afdeling. Bij moeilijke beslissingen zal steeds de huisarts gecontacteerd worden in overleg met de patiënt.

Het zorgprogramma richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak vraagt om verschillende van hierna vermelde redenen:

- ▶ **Fragiliteit en verminderde homeostase**
- ▶ **Polypathologie:** meestal chronisch van aard en gepaard gaande met *polyfarmacie*
- ▶ **Multipele etiologie:** problemen kunnen verschillende oorzaken hebben
- ▶ **Atypische en aspecifieke klinische presentatie**
- ▶ **Verstoorde farmacokinetica en farmacodynamiek**
 - ▶ Verminderde lever- en nierfunctie
 - ▶ Verandering gevoeligheid van receptoren
 - ▶ Biochemische veranderingen: vet ↑, water ↓, spiermassa ↓
- ▶ **Risico op geriatrische problemen**
 - ▶ Functioneel verval
 - ▶ Malnutritie en ondervoeding
 - ▶ Cognitieve stoornis: 3 D's: delier, dementie, depressie
 - ▶ Incontinentie
 - ▶ Vallen
 - ▶ Decubitus
- ▶ **Psychosociale problemen**

Een belangrijk uitgangspunt is dat verouderen geen ziekte is. Veroudering is een normaal vaststaand fenomeen dat bij iedereen plaatsvindt en zowel somatische als niet- somatische veranderingen met zich meebrengt. Dit verouderingsproces is bepaald door een primair verouderingsproces (genetisch) en een secundair verouderingsproces (omgevingsfactoren) dat het primaire in positieve of negatieve zin kan beïnvloeden. Door een verminderde homeostase verkeert de oudere patiënt dikwijls in een erg wankel lichamelijk, cognitief en psychosociaal evenwicht. De oudere persoon functioneert goed in normale omstandigheden, maar een kleine verandering kan ernstige gevolgen hebben.

Voor bovenstaand genoemde geriatrische risico's zoals vallen, decubitus, dementie, delier,... zijn er procedures terug te vinden op sharepoint. De procedures op sharepoint worden volgens de afspraken van het documentbeheer actueel gehouden.

Bij opname van de patiënt gebeurt er tijdens de anamnese een risicoscreening voor de volgende items: ondervoeding, vallen, slikproblematiek, decubitus, delier, polyfarmacie. Het resultaat van deze screening is terug te vinden in het patiëntendossier.

7.1 HET DOEL VAN EEN OPNAME

Het doel van een verblijf op een afdeling geriatrie:

- ✓ Het opstellen van een volledig medisch behandelings- en revalidatieplan
- ✓ Streven naar een maximaal herstel, het behouden of verbeteren van de zelfredzaamheid en het streven naar een optimale levenskwaliteit
- ✓ Streven naar een zo kort mogelijke opnameduur. De opname is tijdelijk, met als doel nadien terug te keren naar huis of een thuisvervangend milieu
- ✓ Verderzetten van reeds opgestarte behandelingen of onderzoeken na een transfer van een andere afdeling

7.2 HERKOMST PATIËNT

Een opname op geriatrie kan niet gepland zijn (via spoed, de huisarts of via een geriater/arts-specialist) of gepland (via een consultatie bij de huisarts, een geriater of een andere specialist).

7.2.1 NIET GEPLANDE OPNAME

Een opname kan geheel onverwacht zijn. Alle medewerkers staan klaar om voor de patiënt het nodige te regelen tijdens de opname en zorgen tevens voor continuïteit na ontslag.

7.2.2 GEPLANDE OPNAME

Indien het gaat om een geplande opname, dan meldt de patiënt zich (nadat de patiënt met de geriater de datum en het uur van de opname heeft besproken) aan bij de dienst inschrijvingen om zijn opname in het ziekenhuis te regelen. Bij deze dienst kan de patiënt doorgeven welke kamer hij wenst. In de mate van het mogelijke wordt er rekening gehouden met de keuze van de patiënt.

De afdeling Geriatrie 1 is uitgerust met de mogelijkheid voor cardiotelemetrie. Deze wordt voor diagnostisch doeleind gebruikt, enkel op order van de geriater.

De afdeling geriatrie 2 is een afdeling waarvan de buitendeur enkel via badge of code geopend kan worden.

8.1 FUNCTIONALITEIT

Een van de belangrijkste kenmerken van de oudere persoon is de verminderde homeostase en een daardoor toegenomen kwetsbaarheid (frailty). Bij opname van de patiënt schat men diverse risicofactoren in. Voorbeelden hiervan zijn: malnutritie, valrisico, decubitus, slikproblematiek, mate van zelfredzaamheid, risico op delier, polyfarmacie,... Het resultaat van deze inschatting is terug te vinden in het patiëntendossier- KWS.

De oudere persoon bevindt zich in een labiel evenwicht dat snel verstoord kan worden. Niet alleen het verouderen op zich en de ziekte, maar ook de hospitalisatie en de handelingen met betrekking tot de diagnosestelling en therapie kunnen een decompensatie veroorzaken.

Het is belangrijk dat de verpleegkundige de negatieve invloeden van de boven vermelde versturende factoren beperkt en ervoor zorgt dat de oudere zo optimaal mogelijk blijft functioneren. Deze benadering vraagt van de verpleegkundige een speciale houding en een bijzondere ingesteldheid, namelijk die van een revaliderende houding.

Het meest opvallende revaliderend accent ligt op een optimaal functioneren met betrekking tot de activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Hieronder wordt verstaan de activiteiten betreffende hygiëne, aan/uit kleden, transfer, toiletbezoek, continëntie en voeding zo zelfstandig mogelijk uitvoeren.

8.2 REVALIDERENDE HOUDING EN HOLISTISCHE VISIE

Gezien de verpleegkundige het dichtst bij de patiënt staat, zorgt hij/zij er met een revaliderende houding voor dat de patiënt aandacht besteedt aan zelfzorg. Het gaat echter verder dan louter het lichamelijke. Ook het psychisch en sociaal functioneren wordt bedreigd en moet door de verpleegkundige bewaakt worden. De nadruk moet liggen op het vermogen van mensen om te kunnen zorgen voor hun eigen gezondheid en eventueel nog voor de gezondheid van diegenen die van hen afhankelijk zijn. De opdracht van de verpleegkundige bestaat erin een juiste inschatting te maken van het vermogen van de patiënt om voor zichzelf te zorgen, deze hierin te stimuleren en te trainen in het stellen van zelfzorggedrag. Er zijn echter veel oudere patiënten die niet meer in staat zijn normaal te functioneren. In dit geval is de zelfzorgstimulerende houding van de verpleegkundige gericht op een ondersteuning van verschillende levensprocessen en op preventie, bestrijding of genezing van bepaalde ziekteprocessen of handicaps.

Het streven naar een optimale functionaliteit moet zeker genuanceerd worden. Iedere persoon is immers anders, heeft zijn eigen geschiedenis en beleeft het ouder worden en het ziek zijn op een andere manier. De patiënt zelf is de enige die kan aangeven wat welzijn voor hem/haar betekent. Daarom mag er geen routineverzorging ontstaan maar wel een

geïndividualiseerde patiënt gestuurde zorgverlening, met het welzijn van de patiënt als uitgangspunt. De 'What matters to you-benadering' is hierbij belangrijk.

8.3 INTERDISCIPLINAIR WERKEN EN BEPALEN VAN DOELSTELLINGEN

Meer dan bij andere patiënten is het verzorgen van oudere personen een interdisciplinaire aangelegenheid. Een goede behandeling, revalidatie en een goed voorbereid ontslag vragen een nauwe samenwerking en een goede communicatie tussen alle disciplines. Ook de visie van de patiënt zelf en zijn familie vormen een essentieel onderdeel hiervan. Beide geriaters hebben ruimte in hun dagplanning voorzien om familiegesprekken te doen.

In 2022 zijn we gestart met het project "formuleren van patiëntgerichte doelstellingen". Het werken met doelstellingen heeft als voordeel dat het voor IEDEREEN en ELKE DISCIPLINE duidelijk is waar we heen willen met een patiënt.

Door te werken met SMART geformuleerde doelstellingen spreken we met z'n allen éénzelfde taal en streven we naar een zo optimaal mogelijke situatie voor de patiënt en zijn/haar omgeving.

Tijdens de anamnese van de patiënt bekijkt elke zorgverlener wat de huidige problemen van de patiënt zijn en welke verwachtingen of welke doelstelling de patiënt en/ of omgeving wil bereiken binnen de huidige opname.

Elke zorgverlener kan eventueel binnen zijn eigen discipline een doelstelling formuleren. Deze verzameling van doelstellingen worden in overleg verder afgestemd en verantwoordelijken en ondersteunende teamleden toegewezen.

Vanuit de huidige probleemstelling en verwachting van de patiënt, formuleert het pluridisciplinair team een of meerdere doelstellingen.

Het is belangrijk dat de doelstellingen gedragen zijn door het pluridisciplinair team zodat alle zorgverleners ook gezamenlijke inspanningen doen om deze te behalen.

Het kenbaar maken en de opvolging van doelstellingen zal geïntegreerd worden binnen de standaardbriefing volgens ISBAR.

De evaluatie van de doelstellingen zal plaatsvinden binnen het wekelijks multidisciplinair overleg.

In januari 2023 is er een opleidingsdag gepland waarna we de officiële start hebben gemaakt.

8.4 ONTSLAG MANAGEMENT

De voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis is vaak een complex gebeuren voor een oudere zorgvrager. Bij voorkeur wordt de patiënt ontslagen naar de omgeving van voor de opname. Soms is dit niet meer mogelijk en moet gezocht worden naar een andere oplossing. Zowel voor de patiënt als voor de familie is dit een ingrijpend gebeuren. Het is van belang dat bij de aanvang van de opname, de mogelijkheden en de verwachtingen van alle betrokken

in kaart worden gebracht. De zorgdoelen worden bepaald, samen met een geïndividualiseerd zorg- en/of re-integratie plan. Oudere patiënten hebben frequent meer nood aan zorgen van allerhande gezondheidsvoorzieningen, een optimale informatiedoorstroming en continuïteit van zorg is van enorm belang.

Voor elke gehospitaliseerde geriatrische patiënt, gaat er een ontslagbrief naar de huisarts of de CRA. Deze ontslagbrief omvat een verslag met de evolutie van de patiënt, een opvolgplan voor thuiszorg en een medicatielijst.

In kader van continuïteit in zorg wordt er tevens een verpleegkundig ontslagformulier opgesteld en meegegeven bij ontslag uit het ziekenhuis.

Voor de patiënt die in liaison opgevolgd worden gaat er een besluit van het geriatrisch assessment naar de huisarts of CRA.

Patiënten die in dagopname komen op het geriatrisch daghospitaal en komen voor IV therapie of wondzorg wordt er een verpleegkundige ontslagbrief meegegeven. Van deze en al de andere patiënten verkrijgt de huisarts of CRA een medisch rapport. Voor de revalidatie patiënten wordt er voor aanvang en bij ontslag een uitgebreid bilan bezorgd aan de huisarts of CRA.

9 VERPLEEGKUNDIG COMPETENTIEPROFIEL

Het opleidingsbeleid van het ziekenhuis staat uitgeschreven in het HR-handboek.

We streven er voor de geriatrische afdelingen naar om een goede verhouding tussen bachelor verpleegkundigen en gegradueerde verpleegkundigen te behouden.

Stand van zaken december 2021 (exclusief hoofdverpleegkundigen)

Geriatric 1: 21 verpleegkundigen, 15 bachelor waarvan 6 met bijzondere beroepstitel en 6 gegradueerde verpleegkundigen waarvan 3 met een bijzondere beroepsbekwaamheid.

Geriatric 2: 16 verpleegkundigen, 7 bachelor waarvan 2 met een bijzondere beroepstitel en 9 gegradueerde verpleegkundigen waarvan 2 met een bijzondere beroepsbekwaamheid.

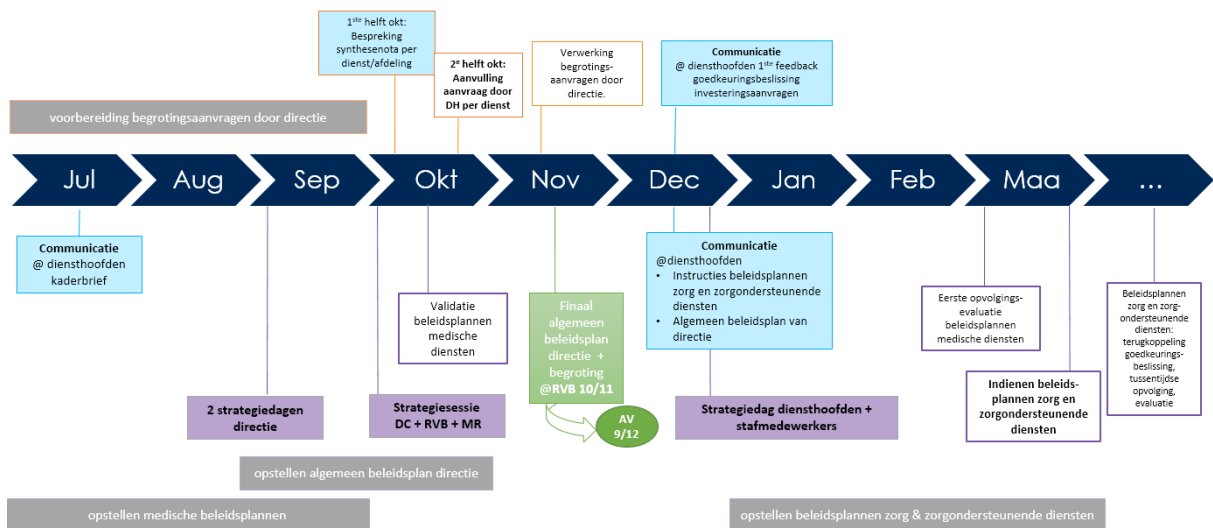
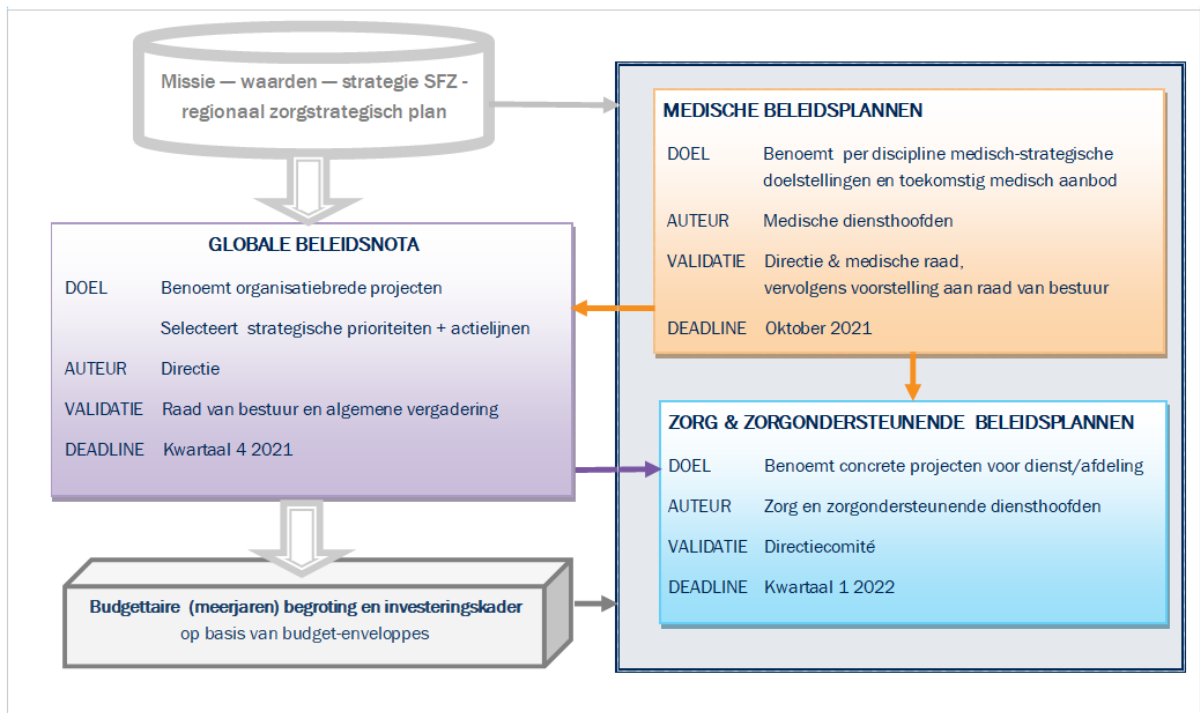
Iedere medewerker heeft enerzijds het "recht" om opleiding te volgen en om zich in zijn professionele activiteiten te ontwikkelen en zijn competenties aan te scherpen, anderzijds heeft hij/zij de "plicht" (10u/jaar per medewerker) om zich op continue basis bij te scholen. Het overzicht van het aantal gevolgde opleidingsuren per medewerker is terug te vinden in het jaarverslag van beide afdelingen.

Jaarlijks organiseren we een herfstsymposium of Geriatrische dagen waar specifieke relevante topics aan bod komen met zowel interne of externe sprekers.

10 KWALITEITSINITIATIEVEN

10.1 BELEIDSDOELSTELLINGEN

In de jaarlijkse beleidsplannen leggen de diensten hun ambities en doelstellingen voor het komende jaar vast. In 2021 is de beleidsplancycclus vernieuwd. In onderstaande schematische voorstelling is de workflow terug te vinden.



De beleidsplannen van de afdelingen geriatrie van de afgelopen jaren zijn terug te vinden in de jaarverslagen.

10.2 VORMINGS-, TRAININGS- EN OPLEIDINGSBELEID

Iedere medewerker van het Sint-Franciscusziekenhuis heeft enerzijds het “recht” op VTO om zich in zijn professionele activiteiten te ontwikkelen en zijn competenties aan te scherpen, anderzijds heeft hij/zij de “plicht” (10u/jaar per medewerker) om zich op continue basis bij te scholen.

Nieuwe medewerkers krijgen bij de opstart 2 introductiedagen die ook tot het opleidingsbeleid van de instelling behoren. Daarna krijgen ze een opleidingsschema dat gevolgd dient te worden.

Reeds vele jaren (opstart in 2007) organiseert het ziekenhuis een geriatrisch herfstsymposium. Dit symposium is doorheen de jaren geëvolueerd naar geriatrische dagen waar alle leden van het pluridisciplinair team bij aanwezig zijn en waar de referentieverpleegkundigen van de afdelingen worden uitgenodigd. De registratie van het aantal deelnemers gebeurt door de dienst VTO en zijn aldaar op te vragen.

Naast de klassieke opleidingen zijn er periodiek dienstvergaderingen,... waar tevens ook kennisoverdracht gebeurt.

10.3 KWALITEITSBELEID EN OPVOLGING INDICATOREN

Het SFZ laat periodiek het kwaliteitsbeleid toetsen via Qualicor Europe. Een eerste accreditatiecertificaat is behaald in 2017. Via interne audits monitoren we continu de kwaliteit van zorg.

Daarnaast zijn er een aantal indicatoren die opgevolgd worden. Feedback van de indicatoren verloopt via de stuurgroep kwaliteit, het clusteroverleg, hoofdverpleegkundige vergadering,...

Patiënten en familieleden kunnen via de kwaliteitsborden op de afdeling inzicht krijgen in de resultaten.

Het melden van incidenten in Infoland vormt een belangrijk basiselement van het kwaliteitsmanagement systeem en heeft als doel (snel) inzicht te krijgen in het functioneren van het zorgproces. Daarbij staat niet de vergissing van een persoon centraal, maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd.

Voor ons ziekenhuis is het belangrijk om zoveel mogelijk te leren van incidenten door deze zorgvuldig te analyseren. Zo kunnen de basisoorzaken achterhaald worden waarom het incident is opgetreden. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om verbetermaatregelen te formuleren en in te voeren.

De opvolging van de incidentmeldingen verloopt via de stuurgroep kwaliteit, de hoofdverpleegkundige vergadering en het clusteroverleg. Medische incidenten voor de afdelingen geriatrie worden besproken tijdens de beleidsvergadering geriatrie.

10.4 DWAALDETECTIESYSTEEM

In het ziekenhuis is het soms nodig de oudere patiënt te verzorgen in een beschermde omgeving. Om patiënten met dwaalgedrag een zo groot mogelijke vrijheid te bieden, detecteren de afdelingen geriatrie wanneer de risicopatiënten de afdeling willen verlaten.

De patiënten dragen bij het actieve dwaaldetectiesysteem een zender om de enkel, pols of in de kleding. Deze zender bevat intelligentie. Geïnstalleerde lezers op de afdelingen luisteren

of zij een zender signaleren. Zo wordt een oudere patiënt gedetecteerd wordt als hij/zij door een virtuele deur stapt.

Er zijn meerdere voordelen verbonden aan het installeren van een dwaaldetectiesysteem bij oudere patiënten die dwaal- of wegglooptgedrag vertonen (zonder valrisico):

- De mobiliteit blijft behouden
- De kans op spieratrofie vermindert
- Het risico op decubitus wordt vermeden
- Het algemeen welbevinden blijft

De werkafpraak "Hoe omgaan met wegglooptgedrag op een geriatrische dienst", is terug te vinden op sharepoint.

10.5 PROCEDURES

Voor de geriatrische populatie zijn er verschillende procedures en werkafspraken opgemaakt vb. dementie, delier, wegglooptgedrag, agressiepreventie....

Alle procedures, werkafspraken zijn terug te vinden op sharepoint 'Werkwijzer'. Dit is een documentbeheersysteem waarin steeds de laatste versie van het document zichtbaar is.

10.6 MULTIDISCIPLINAIRE TEAMVERGADERING

Wekelijks is er een multidisciplinaire teamvergadering waarin per patiënt de medische behandeling en zorgdoelen opgesteld en geëvalueerd worden. Dit gebeurt samen met volgende disciplines: de geriater, de hoofdverpleegkundige, de verantwoordelijke verpleegkundige, de ergotherapeut, de sociaal assistente/verpleegkundige, de kinesitherapeut, de logopedist, de diëtist. Indien aangewezen sluit de pastorale werker, de psycholoog en de palliatief coördinator aan bij dit overleg.

10.7 REVALIDATIE TEAMVERGADERING

In dit wekelijks overleg bespreekt het team per patiënt hoe de medische behandeling verloopt, hoe de therapieën evolueren en of de vooropgestelde doelen werden bereikt. Er worden eventueel ook nieuwe doelen opgesteld voor de komende week.

Op deze vergadering zijn de verantwoordelijken van elke discipline aanwezig: de revalidatiearts, de hoofdverpleegkundige, de ergotherapeut, de kinesitherapeut, de logopedist, de psycholoog en de sociaal assistente/verpleegkundige.

De aanwezigen op de vergadering geven nadien een overdracht aan hun collega's, zodat iedereen op de hoogte is van het verloop en de afspraken om een goede multidisciplinaire samenwerking te garanderen. Belangrijke afspraken worden mee gedeeld aan patiënt en familieleden.

10.8 SCREENING RISICO'S

Bij de opname van de geriatrische patiënt in het ziekenhuis, gebeurt er een screening op diverse vlakken om mogelijke risico's in kaart te brengen. Het betreft: risico op malnutritie, vallen, decubitus, slikproblematiek, zelfredzaamheid, mobiliteit, cognitie, delier...

Het doel hiervan is om tijdig te kunnen inspelen, gepaste acties te ondernemen.

11 ORGANISATIE

11.1 MEDISCH

Het medisch beleid wordt gesuperviseerd door de beide geriaters. Zij verzorgen de medische permanentie. In de algemene regeling zijn de desbetreffende afspraken hieromtrent terug te vinden. Beide geriaters bufferen elkaar tijdens de verlofperiode.

De geriater kan beroep doen op andere arts specialisten die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt.

Sinds 2021 is het project ortho-geriatrie gestart waar er een zeer nauwe samenwerking is tussen de geriater en de orthopedist.

De geriater biedt de mogelijkheid aan mantelzorgers voor een familiegesprek mbt de toestand en evolutie van de patiënt. De familie kan een afspraak maken via de hoofdverpleegkundige/dag verantwoordelijke van de afdeling.

11.2 VERPLEEGKUNDIG

De verpleegkundige verzorging is gericht op het behoud, de verbetering of het herstel van gezondheid en welzijn. De doelstelling van geriatrische zorg wordt omschreven als het zolang mogelijk actief en zelfstandig blijven waarin belangrijke waarden voor de ouderen zoals autonomie en zelfbeschikking gehanteerd worden. Indien een herstel of verbetering niet meer mogelijk is, wordt de patiënt en zijn omgeving begeleid naar het einde van het leven.

Elke verpleegkundige draagt verantwoordelijkheid voor de haar toegewezen patiënten en coördineert het zorgproces voor zijn/haar patiënten. Wij streven naar doeltreffende zorg die met de nodige kennis en kunde wordt uitgevoerd.

Respect voor levensopvatting en waardigheid voor iedere persoon trachten wij als afdeling uit te stralen. Elke patiënt is uniek en heeft recht op een individuele en persoonlijke behandeling.

Wij staan open voor deelname van familie in de zorg als dit de wens is van de patiënt. Wij trachten samen een aangenaam en inspirerend werkklimaat te scheppen.

11.2.1 OVERLEGSTRUCTUUR

- Dagelijkse patiëntenbespreking – medisch verpleegkundig om actuele patiëntenproblemen te bespreken
- Dagelijkse briefing verpleegkundige- medewerker sociale dienst
- Wekelijks multidisciplinair overleg
- Familiegesprekken geriater

- Maandelijks beleidsvergadering geriatrie – geriater, hoofdverpleegkundigen, zorgmanager
- Maandelijks individueel overleg hoofdverpleegkundige geriatrie- zorgmanager
- Periodiek overleg beide hoofdverpleegkundigen geriatrie – zorgmanager
- Dienstvergaderingen – min 4 / jaar

12 HET GERIATRISCH CONSULT

12.1 INFRASTRUCTUUR

Geriatrische consultaties vinden plaats te:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Medisch Centrum Beringen
Hospitaalstraat 27
3582 Beringen
Tel: 011/71 55 55 | <ul style="list-style-type: none"> • Sint-Franciscusziekenhuis
Pastoor Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel: 011/71 55 55 |
|---|--|

12.2 ORGANISATIE

- Dr.M. Schellemans heeft consultatie in het Medisch Centrum Beringen op donderdag van 14u-17u30
- Dr. A.Dilan heeft consultatie in het Sint-Franciscusziekenhuis op woensdag van 13u-16u en donderdag van 13u-16u

13.1.2 VOORZIENINGEN

Het geriatrisch daghospitaal omvat:

De ontvangstruimte met hierin:

- 6 relaxzetels
- Stoelen voor begeleiders van de patiënten
- Een eetruimte (4 tafels met stoelen)
- 2 Televisietoestel
- Koffie / theeapparaat
- Bureau coördinator/planner
- Onderzoeklokaal

Een toilet (rolstoeltoegankelijk)

Consultatieruimte geriater

Revalidatieruimten:

- Ergolokaal (met keuken)
- Lokaal voor groepstherapieën
- Kinesitherapieruimte met oefentoestellen:
 - Quadricepsstoel
 - Motomed
 - // baren
 - Roeitoestel
 - Sportraam
 - NuStep
 - Arm pull
 - Home trainer

13.2 ORGANISATIE

Het geriatrisch daghospitaal richt zich uitsluitend naar de oudere patiënt met niet-acute medisch-geriatrische problemen waarvoor een hospitalisatie niet aangewezen of wenselijk is. De opname gebeurt op verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrische consultatie. Het dagziekenhuis is open van maandag tot vrijdag van 8u00 tot 16u00. Tijdens een verblijf van één dag kunnen verschillende medische akten en onderzoeken worden uitgevoerd waardoor verplaatsingen naar het ziekenhuis beperkt kunnen worden. Vooraf wordt door de huisarts of de verwijzende ziekenhuisarts een afspraak gemaakt met de geriater/verpleegkundige van het daghospitaal. Hierbij wordt het programma voor de dagopname bepaald. Dit laat toe van vooraf de noodzakelijke reservaties te maken indien technische onderzoeken moeten uitgevoerd worden. De medische activiteiten worden gecoördineerd door de geriater die samenwerkt met een team bestaande uit geriatrische verpleegkundigen, een psycholoog, een kinesitherapeut, een ergotherapeut, een diëtist, een logopedist en een sociaal werker. Zo nodig kan ook een beroep gedaan worden op artsen van andere disciplines. Wanneer alle onderzoeken niet op één dag kunnen uitgevoerd worden

of wanneer voor complexe problemen bijkomend onderzoek nodig is, wordt een afspraak gemaakt voor een tweede dag. Nadat de onderzoeken zijn afgelopen, krijgt de patiënt een afspraak voor de resultaatsbespreking mee.

Het daghospitaal geriatricie werkt tevens met KWS als patiëntendossier. Hierin staat de diagnose, behandeling en het revalidatieplan in vermeld.

13.3 THERAPEUTISCH AANBOD BINNEN HET GERIATRISCH DAGHOSPITAAL

1 Diagnose

- a. Multidisciplinaire consultatie
- b. Geriatrisch bilan
- c. Cognitieve testing
- d. Slikevaluatie
- e. Spraak / taal onderzoek

2 Therapie

- a. Aclasta
- b. Injectafer/Venofer
- c. Bloedtransfusie
- d. Wondzorg

3 Revalidatie

- a. Orthopedische revalidatie
- b. Parkinson revalidatie
- c. Neuromotorische revalidatie
- d. Algemene revalidatie
- e. Infosessie over valpreventie: "veilig bewegen"
- f. Groepssessies omtrent gang/evenwicht en valproblematiek:
 - i. Stap je in balans
 - ii. Otago
- g. Cognitieve revalidatie
 - i. Braining
 - ii. Braining +

1 Diagnose

1.a. Multidisciplinaire consultatie:

De multidisciplinaire consultatie is een consultatie door een geriatr en minimum 2 personen uit een andere discipline (verpleegkunde, kinesithérapie, ergotherapie, logopedie en psychotherapie)

Dr. Schellemans M.

Multidisciplinaire consultatie binnen het geriatrisch daghospitaal:

Dinsdag: 10.00 u tot 16.00 u

Dr. Dilan A.

Multidisciplinaire consultatie binnen het geriatrisch daghospitaal:

Woensdag: 13.00 u tot 14.30 u

Donderdag: 13.30 u tot 15.30 u

1.b. Geriatrisch bilan:

Een geriatrisch bilan kan zijn:

- Eén of meerdere onderzoeken
- Eén of meerdere consultaties van een andere medische discipline
- Eén of meerdere onderzoeken en één of meerdere consultaties van een andere medische discipline

1.c. Cognitieve testing:

Op doorverwijzing van een geriater wordt een cognitieve (= cognitie is de mentale activiteit en het proces van kennisverwerving door waarneming en het verwerken van de daarmee opgedane informatie door het denken) testing aangevraagd

- Dit omvat meerdere onderzoeken / consultaties, verspreid over 2 dagen
- Standaard onderzoeken zijn:
 - EEG / ECG
 - Echo cardio
 - Echo abdomen
 - Echo halsvaten
 - RX thorax
 - MRI hersenen
 - SPECT hersenen
 - Neuropsychologische onderzoeken
 - MMSE
- Eventuele onderzoeken kunnen zijn:
 - bloedlabo
 - EKG
 - Holter
 - CT

1.d. Slikevaluatie:

Een arts verwijst een patiënt door naar het geriatrisch daghospitaal omwille van slikproblemen (= dysfagie / presbyfagie).

1.e. Spraak / taal onderzoek:

Een arts verwijst een patiënt naar het geriatrisch daghospitaal omwille van verworven spraak – en /of taalproblemen.

Er zijn veel soorten spraak – en taalproblemen. De kenmerken hangen onder andere af van de oorzaak en van welke gebieden in de hersenen aangedaan zijn.

De logopediste staat in voor het onderzoek, de behandeling, en de begeleiding van personen met spraak – en / of taalproblemen (en hun omgeving).

2 Therapie

2.a Aclasta:

Een arts verwijst een patiënt door naar het geriatrisch daghospitaal voor een toediening van Aclasta®. Deze behandeling remt de botafbraak en verkleint het risico op botbreuken.

Aclasta® is een bisfosfonaat, het hecht zich aan het bot waardoor verdere afbraak wordt tegen gegaan.

Aclasta® heeft een langdurige werking zodat het slechts één keer per jaar herhaald dient te worden.

2.b Injectafer/Venofer:

Een arts verwijst een patiënt door naar het geriatrisch daghospitaal voor een toediening van Injectafer®.

De werkzame stof in Injectafer® is ijzer(III)carboxymaltose.

Injectafer® wordt gebruikt voor het behandelen van patiënten met ijzergebrek wanneer oraal (via de mond) toegediende ijzerpreparaten niet werken of niet worden verdragen.

Het doel van deze behandeling is het aanvullen van de ijzervoorraden in het lichaam.

2.c Bloedtransfusie:

Een arts verwijst een patiënt door naar het geriatrisch daghospitaal voor een bloedtransfusie. Bloedtransfusie kan noodzakelijk zijn bij anemie (bloedarmoede) hetgeen veroorzaakt wordt door bloedverlies of bij problemen met de bloedaanmaak.

2.e Wondzorg:

Een arts verwijst een patiënt door naar het geriatrisch daghospitaal voor een wondverzorging.

Hier vindt een update visie (actuele kijk) van de wonde(n) plaats door een gespecialiseerde wondverpleegkundige en dit in overleg met de geriater.

Er is op het geriatrisch daghospitaal ook de mogelijkheid om hieraan een consultatie dermatologie (huidaandoeningen) of een consultatie vaatheelkunde (bloedvaten) te koppelen.

3 Revalidatie

Op het geriatrisch daghospitaal kan er een pluridisciplinair revalidatieprogramma doorlopen worden voor patiënten met een geriatrisch profiel. Dit zijn programma's die maximaal 12 weken per jaar duren met een maximum van 40 sessies. Elke sessie wordt de patiënt gezien door minimaal 2 disciplines onder supervisie van de geriater. Tijdens de opname of consultatie wordt er beoordeeld of er voldoende doelstellingen zijn.

3.a Orthopedische revalidatie:

Indien een patiënt met een geriatrisch profiel na een orthopedische heelkundige ingreep (vb. totale heupprothese, totale knieprothese) nood heeft aan verdere revalidatie komt deze in aanmerking om in het geriatrisch daghospitaal te revalideren.

3.b Parkinson revalidatie:

Een patiënt met Parkinson kan in aanmerking komen om verder te revalideren in het geriatrisch daghospitaal.

3.c Neuro motorische revalidatie:

Een patiënt met een neuro motorische aandoening kan in aanmerking komen om in het geriatrisch daghospitaal te revalideren.

3.d Algemene revalidatie:

Indien een patiënt met een geriatrisch profiel nood heeft aan revalidatie komt deze bij voldoende doelstellingen in aanmerking voor revalidatie.

3.e Infosessie over valpreventie "veilig bewegen":

Een valincident komt bij elke leeftijd voor, maar het risico op vallen stijgt bij het ouder worden. Eén op drie thuiswonende ouderen valt minstens één keer per jaar.

Deze cijfers tonen de noodzaak van een gerichte aanpak aan.

In het geriatrisch daghospitaal wordt door de kinesitherapeut en de ergotherapeut, onder supervisie van de geriater, eenmalig een sessie "Veilig bewegen" aangeboden.

3.f Groepssessies omtrent gang/evenwicht en valproblematiek:

i) "Stap je in balans":

Een pluridisciplinaire revalidatie in groep voor thuiswonende ouderen met gang en evenwichtsproblemen. Het programma loopt gedurende 6 weken (1x/week).

- ii) "OTAGO":
Een pluridisciplinaire revalidatie in groep in combinatie met een thuisoefenprogramma voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Het programma loopt gedurende 12 weken (1x/week)

3.f.Cognitieve revalidatie:

BRAINING is een groeps – trainingsprogramma voor ouderen. Deze term is een samenvoeging van het woord BRAIN en TRAINING

- i) Braining:

Binnen dit programma richt het geriatrisch daghospitaal zich op patiënten die geconfronteerd worden met vergeetachtigheid, verstrooidheid en/of verminderde woordvinding én waarbij deze patiënten baat kunnen hebben bij het volgen van training.

In het programma komen meerdere therapeuten aan bod, die stimulerende oefeningen aanbieden, technieken en tips aanleren en de patiënten laten ontdekken dat ze niet alleen zijn met hun klachten. Deelname kan de patiënt helpen in het omgaan met hun eigen veranderingen en hun functioneren in het dagelijkse leven.

- ii) Braining +:

Braining + is een informatief groepsprogramma voor ouderen met de diagnose van dementie en hun mantelzorgers. Door de nauwe samenwerking van de ergotherapeut, de logopedist, de sociaal werker, de kinesist en de neuropsycholoog willen we u tips en tricks aanreiken om ieder een eigen en actieve betrokkenheid te behouden in het ziekteproces.

13.4 VERLOOP DAGOPNAME

1.Inschrijven

- De patiënt komt aan in de inkomhal van het ziekenhuis.
- De patiënt steekt zijn / haar ID in de kiosk en ontvangt een volgnummer voor de loketten.
- Aan het loket ontvangt de patiënt een identificatie-armbandje met zijn / haar identiteitsgegevens op (moet steeds gedragen worden gedurende het verblijf in het geriatrisch daghospitaal).
- De patiënt neemt lift 3 tot aan het 1^{ste} verdiep, links bevindt zich het Geriatrisch Dag Hospitaal = GDH (te bereiken via de afdeling Geriatrie 1).

2.Voor:

- De patiënt wordt ontvangen in het geriatrisch daghospitaal en na controle van zijn / haar identificatie-armbandje krijgt hij/zij een zetel in het geriatrisch daghospitaal toegewezen (de revalidanten gaan naar de specifieke oefenruimtes).
- Een teamlid van het geriatrisch daghospitaal neemt een anamnese af voor in het verpleegdossier of voor in het revalidatiedossier.

3 Tijdens:

- We starten de diagnosestelling, de therapie of de revalidatie waarvoor de patiënt naar het geriatrisch daghospitaal werd doorverwezen.
- De geriater houdt de supervisie en vraagt iedere patiënt persoonlijk naar zijn medische welbevinden.

4 Na:

- De patiënt krijgt de nodige informatie mee naar huis.
- Indien nodig wordt een nieuwe afspraak vastgelegd.
- De patiënt welke een IV therapie of wondzorg kreeg ontvang een verpleegkundige ontslagbrief. Iedere andere patiënt ontvangt de huisarts een medisch rapport.
- De huisarts wordt bij het begin en einde van de opname geïnformeerd via een multidisciplinair verslag.

13.5 AANTAL FTE

Voor het geriatrisch daghospitaal is een personeelsbudget van 3.6 FTE voorzien (of 4.1 FTE inclusief VOP premie kinesitherapeut).

Dit budget is als volgt verdeeld:

- 1.2 FTE verpleegkundig waarvan 1 verpleegkundige beschikt over een bijzondere beroepstitel geriatric
- 0.8 FTE kinesitherapeut
- 0.7 FTE ergotherapeut
- 0.5 FTE psycholoog
- 0.3 FTE sociaal assistent
- 0.1 FTE logopedist

13.6 ZORGPROCESSEN/KLINISCHE PADEN

Een weergave van reeds bestaande standing orders en werkafspraken:

- Revalidatie ortho
- Revalidatie algemeen
- Revalidatie Parkinson
- Revalidatie neuromotorisch
- Otago
- Veilig bewegen
- Stap je in balans
- NPH
- Aclasta
- Botbiopsie
- Cognitieve testing
- Wondzorg
- Bloedtransfusie
- Braining
- Multidisciplinaire consultatie geriater
- Venofer
- Injectafer

13.7 RESULTAATSPARAMETERS

Volgende patiënten- en bezettingsgegevens worden geregistreerd:

- Socio-demografische gegevens
- Herkomst
- Verwijzer
- Reden van opname
- Functionele en cognitieve status
- Ontslag – bestemming
- Activiteiten
- Uitgevoerde therapeutische interventies
- Frequentie en duur van opname

13.8 ALGEMENE INFO

Geriatrisch Daghospitaal
Sint - Franciscusziekenhuis
Pastoor Paquaylaan 129
3550 Heusden - Zolder

Tel: 011 71 51 62

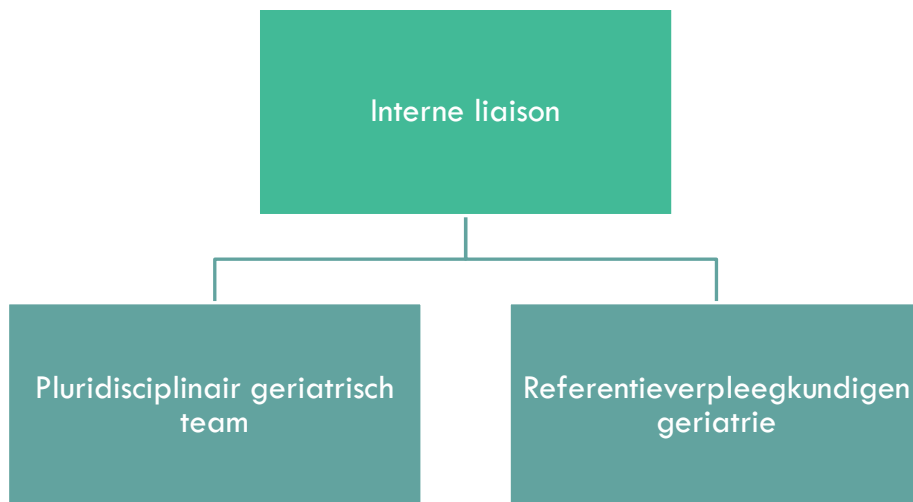
Tel: 011 71 55 52

e-mail: geriatrisch.daghospitaal@sfz.be

Bereikbaarheid: Maandag - vrijdag: 08.00u - 16.00u

14.1 DOELSTELLING

De doelstelling van de interne liaisonfunctie bestaat uit het aanbieden van een complementaire, geriatrische benadering aan elke gehospitaliseerde geriatrische patiënt die niet op een dienst geriatricie verblijft.



De leden van het team stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid ter beschikking aan de behandelende geneesheerspecialist en de teams van de dienst waar de patiënt verblijft. Hierbij wil de interne liaison een tweedelijnsfunctie vervullen door niet de zorg over te nemen, maar te ondersteunen met raad en advies. Op deze manier kunnen we een meer gerichte en pluridisciplinaire zorg verlenen aan geriatrische patiënten, meer efficiënte hospitalisaties bekomen en heropnames vermijden.

Tot het pluridisciplinair team behoren geriatrische verpleegkundigen, een ergotherapeut, logopedist, diëtist en psycholoog aangevuld met de afdelingsgebonden medewerkers sociale dienst.

Bijkomend advies van de paramedici uit het team of consult van de geriater gebeurt mits medeweten van de behandelende arts en afdeling waar de patiënt verblijft. Indien de behandelend arts geen advies wenst dient hij dit uitdrukkelijk aan te geven binnen het dossier. De liaisonverpleegkundige zal aanbeveling geven na een uitgebreide screening van de patiënt.

De interne liaison verpleegkundige kan dagelijks overleg plegen met een van de geriaters. Er zijn 4 vastgelegde overlegmomenten met het team (voor dr.Schellemans is dit op dinsdag om 14u en donderdag om 13u30. Voor dr.Dilan is dit op woensdag om 13u en vrijdag om 12u30).

Naast dit pluridisciplinair team beschikken al de verblijfsafdelingen over een referentieverpleegkundige geriatricie. Deze verpleegkundige gaat mee de geriatrische aanpak

bevorderen en geriatrische risicopatiënten opsporen. Van deze verpleegkundige wordt verwacht dat ze oog heeft voor de geriatrische topics (vallen, malnutritie, dementie, delier...)

De referentieverpleegkundige worden uitgenodigd voor de opleidingsdagen. De liaison verpleegkundigen organiseren 2x/jaar een intervisie/bijbscholing delier.

Op regelmatige basis worden er ziekenhuisbreed bijscholing (geriatrische topics) georganiseerd om de geriatrische benadering en aandachtspunten over alle afdelingen te verspreiden.

14.2 DOELGROEP

Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt van 75 jaar of ouder dient via de GRP screening (geriatrisch risicoprofiel) geëvalueerd hetzij op spoed of op de verblijfsafdeling en wordt dan zo geïncorporeerd binnen het zorgprogramma geriatric.

14.3 WERKING/ SCREENINGSTRAJECT

Het traject is onder te verdelen in verschillende grote stappen:

- Initiële screening: bepalen van het geriatrisch risicoprofiel (GRP)
- Afnemen van het geriatrisch assessment (GA)
- Pluridisciplinair overleg
- Adviesverlening
- Verslaggeving
 - Mondeling
 - Schriftelijk

14.3.1 BEPALING VAN HET GERIATRISCH RISICOPROFIEL (GRP)

Bij opname van elke 75-plusser vult de verpleegkundige van de spoedgevallendienst of van de verblijfsafdeling deze vragenlijst in. Deze vijf vragen gaan over de toestand van de patiënt vóór opname. Indien de patiënt een score van 2 of meer behaalt, verdient het aanbeveling om de patiënt nader op te volgen en specifieke interventies te ondernemen.

Geriatrisch Risicoprofiel	JA	NEEN
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (b.v. desoriëntatie, dementie, delirium)	2	
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner/familie	1	
3. Moeilijkheden bij stappen/transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden	1	
4. Hij/zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1	
5. De patiënt gebruikt \geq 5 geneesmiddelen	1	

Totaalscore:
---------------------	-------

Deze GRP score stroomt door naar een "Query liaison" binnen KWS.
Tevens zal er een rapport opgevraagd worden welke patiënten ouder dan 75 zijn opgenomen afgelopen tijd.

De liaison verpleegkundige bezoekt elke patiënt met een GRP van 2 of hoger.

Elke patiënt met een GRP van 2 of hoger wordt geregistreerd door de liaisonverpleegkundige.

14.3.2 GERIATRISCHE EVALUATIE

Tijdens een bezoek voert de liaisonverpleegkundige een gesprek met de patiënt op basis van een gestructureerd interview. Hierin zitten verschillende meetinstrumenten vevat voor specifieke geriatrische domeinen. Tijdens het bezoek zijn er ook steeds een aantal observatiepunten waar de liaisonverpleegkundige aandachtig voor is. De resultaten van de verschillende meetinstrumenten en observaties worden gebundeld in het 'Geriatrische Assessment' (GA).

Via deze evaluatie probeert de liaisonverpleegkundige te inventariseren en inzicht te krijgen in specifieke geriatrische problemen (naast het acute probleem, de reden van opname). Na het bundelen van de informatie wordt een advies geformuleerd omtrent aanwezige geriatrische problemen. Zo nodig worden andere disciplines van het pluridisciplinair team betrokken.

Een overzicht van de bevroagde items tijdens de 'Geriatrische Evaluatie' en de hiervoor gebruikte meetinstrumenten :

Assessmentdomein	Meetinstrument
Zelfredzaamheid (BADL/IADL)	Barthel Index - Lawton
Valrisico	Richtlijn vallen (BVGG)
Risico op ondervoeding/overvoeding	MNA
Decubitus	Norton
Zintuigen	Visus-gehoor-smaak-gebit
Logopedische problemen	MASA
Delier	DOS
Cognitie	MMSE
Emotioneel welbevinden	Observatielijst klinische risicofactoren
Sociale omkadering	Sociale anamnese
Andere	

14.3.3 ADVIESVERLENING

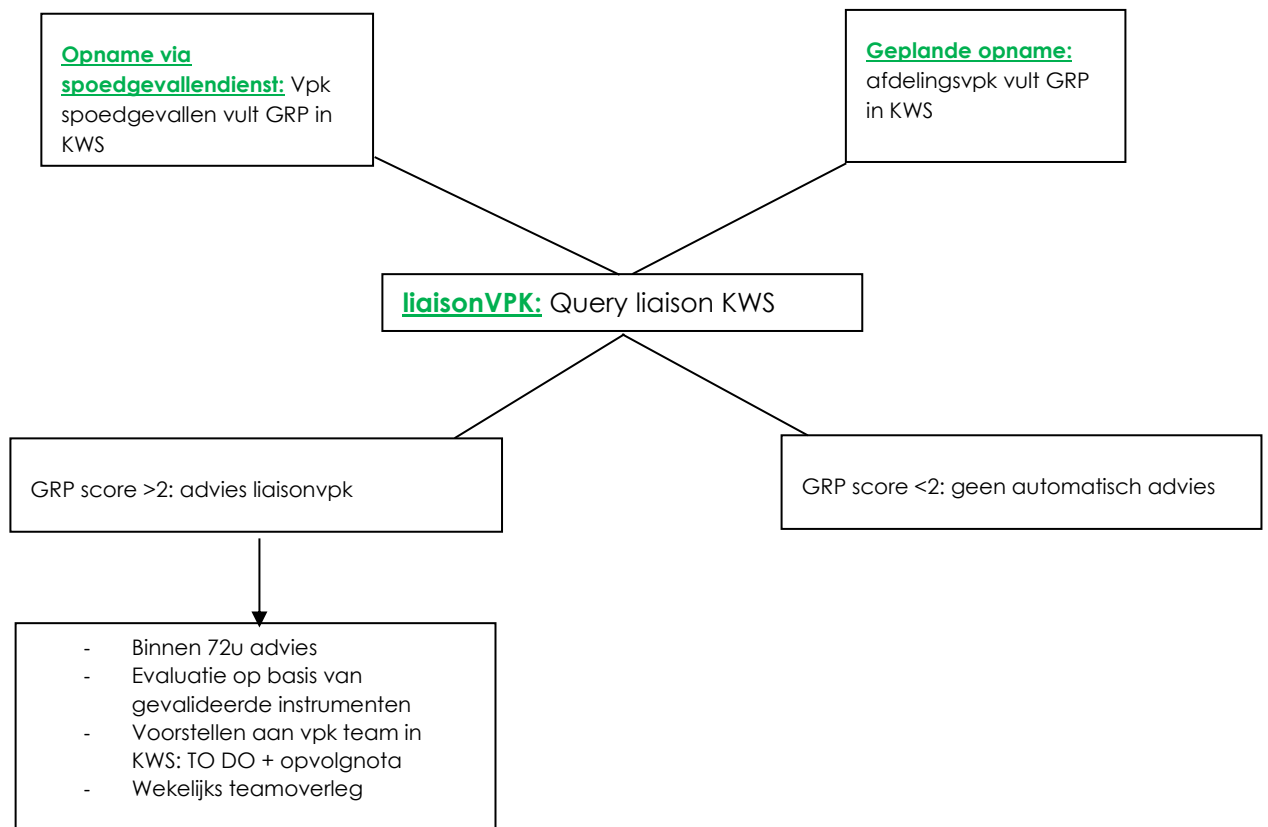
Aan de hand van de verzamelde gegevens op de geriatrische evaluatie wordt een advies opgesteld. Dit advies heeft betrekking op (één van) de verschillende items die de liaisonverpleegkundige bevroegt (zelfredzaamheid, voeding en gewicht, geheugen, gemoedstoestand, vallen en mobiliteit, zicht en gehoor, en/of al bestaande hulp thuis).

De liaison VPK maakt een contact aan voor een uitgebreid assessment. Tevens zal er een opvolgnota geschreven worden met een korte samenvatting van onze aanbevelingen alsook een TO DO indien nodig. Op deze manier zal het advies bezorgd worden aan de behandelend arts en de verpleegafdelingen waar de patiënt verblijft.

De geriater maakt in KWS een eindverslag van de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie op en formuleert de conclusies en het voorstel van zorgplan.

14.3.4 PLURIDISCIPLINAIR OVERLEG

Elke week vindt er op de dienst een team overleg plaats. Er zijn enkele vastgelegde overlegmomenten met het team. De bespreking van de liaison patiënten van dr. Schellemans gebeurt op dinsdag om 14u en donderdag om 13u30. Voor de patiënten van dr. Dilan is dit op woensdag om 13u en vrijdag om 12u30. De interne liaisonverpleegkundige bereidt dit overleg voor samen met de betrokken paramedici. Een verslag wordt opgenomen binnen het patiëntendossier en is raadpleegbaar voor de verpleegkundige, paramedici en behandeld arts van de afdeling.



14.4 TAKEN TEAMLEDEN

14.4.1 TAKEN LIAISONVERPLEEGKUNDIGE

- Afnemen van de geriatrische screening bij risicopatiënten
- Ondersteunen referentieverpleegkundigen bij de zorg voor geriatrische patiënt
- Deelname aan pluridisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit
- Administratie
- Overlegfunctie met de geriater
- Aanbevelingen en bevindingen naar verpleegafdeling formuleren
- Coördinatie van interne transfers naar de afdelingen geriatrie
- Actief meewerken aan uitbouw geriatrische zorgcultuur
- Participeren aan wetenschappelijk onderzoek
- Bijscholingen van geriatrische topics

14.4.2 TAKEN ERGOTHERAPEUT

- Evaluatie cognitief functioneren (vb. MMSE, ...)
- Evaluatie van functionele mogelijkheden (vb. I/B-ADL-test,...)
- Valpreventie:
 - Detecteren risicofactoren in omgeving patiënt:
 - veiligheid van de woning
 - advies i.v.m. aanpassingen
 - opvolgen van de aanpassingen
 - Detecteren risicofactoren bij patiënt zelf:
 - Inventariseren van externe factoren en gedragingen
 - Advies i.v.m. hulpmiddelen
 - Leren gebruiken van hulpmiddelen

14.4.3 TAKEN PSYCHOLOOG

- Geen inbreng bij screening; wel na observatie of melding emotioneel onwelbevinden of bij vermoedens van depressie, problemen met aanvaarding, crisis, psycho-educatie, ...)
- Neuropsychologisch onderzoek: na afwijkend MMSE, klok-teken test, bij neurologische uitvalsverschijnselen
- Aanvraag consultaties of onderzoeken op indicatie van behandelende arts, pluridisciplinair teamoverleg of vraag van familieleden, (huis)arts, ...

14.4.4 TAKEN DIËTIST

- Screening voedingstoestand a.d.h.v. volgende parameters:
 - Klinische blik (te grote kleren, loszittende riem, loszittende ringen...)
 - Gewicht

- Body Mass Index:

< 18.5	ondergewicht
$18.5-24.9$	normaal gewicht
$25-29.9$	overgewicht
$30-34.9$	obesitas klasse 1
$35-39.9$	obesitas klasse 2
40 en meer	morbide obesitas
 - Afnemen MNA vragenlijst: screening malnutritie
 - NRS 2002 in de anamnese (verminderde eetlust, gewichtsverlies, zwaar ziek of intensieve zorgen opgenomen)
 - Krachtsverlies
- Gericht voedingsadvies, eventueel starten van bijvoedingen in samenspraak met de patiënt en/ of zijn familie.

14.4.5 TAKEN LOGOPEDIST

- Evalueren slikfuncties
- Taalonderzoek
- Advies verstrekken aan afdeling omtrent slikproblematiek , hulp bij voeding, ...

14.5 AANTAL FTE

De liaisonfunctie geriatrie is een pluridisciplinair gebeuren en bestaat uit 2,8 FTE:

- 1,2 FTE verpleegkundige liaisonverpleegkundige
- 0,22 FTE referentieverpleegkundige voor screening en benadering op de dienst spoedgevallen
- 0,28 FTE diëtist (voedingsadvies, dieetleer)
- 0,15 FTE logopedist (spraak/slikproblematiek)
- 0,50 FTE psycholoog
- 0,35 FTE ergotherapeut
- 0,1 FTE kinesist

14.6 PERMANENTIE

Twee verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor het intern liaisongebeuren. Zij zorgen voor een permanentie op wekdagen dus 8u00 en 16u00. De liaisonverpleegkundige is tijdens deze uren steeds bereikbaar op het telefoonnummer: 5188.

14.7 RESULTAATSPARAMETERS

Volgende patiënten- en bezettingsgegevens worden verzameld:

- Naam en voornaam
- Geboortedatum

- Herkomst (spoedgevallen of verpleegafdeling)
- Hospitalisatie afdeling
- Uitgevoerde therapeutische interventies
- Ingeschakelde teamleden

Per kwartaal is er een overleg met de hoofdverpleegkundige en de zorgmanager om de werking en de resultaatparameters te bespreken.

14.8 DELIER

De interne liaison verpleegkundigen zijn tevens verantwoordelijk voor het ziekenhuisbrede beleid voor de delirante patiënt. Hiervoor werd 10% jobtime vrijgemaakt.

Tweemaal per jaar organiseert de liaisonverpleegkundige een overleg-/opleidingsmoment samen met de referentieverpleegkundige delier van iedere afdeling in het ziekenhuis.

De verslagen van deze momenten zijn steeds terug te vinden op sharepoint.

Het overzicht van de referentieverpleegkundigen delier is terug te vinden op pagina 10 - 11.

15 EXTERNE LIAISON

15.1 COÖRDINATOREN EXTERNE LIAISONFUNCTIE

Geneesheer diensthoofd Zorgprogramma Geriatrie
Dr. M. Schellemans
RIZIV-nummer 1-17064-15-581
Internist met Bijzondere Bekwaming in de Geriatrie

Krista Bogaerts
Hoofdverpleegkundige Geriatrie 1
Bachelor verpleegkundige - Bijzondere Beroepstitel in de geriatrie

Kim Pauwels
Hoofdverpleegkundige geriatrie 2
Bachelor verpleegkundige - Bijzondere Beroepstitel in de geriatrie

Katrien Moors
Verpleegkundig zorgmanager
Bachelor/Master in de verpleegkunde

15.2 VERANTWOORDELIJKEN ONTSLAGMANAGEMENT

Jonina Veestraeten / Daisy Pauwels
Gegradueerd/bachelor sociaal verpleegkundige
Geriatrie 1

Cindy Lemmens/ vervangen door Merel Bremans
Gegradueerd/bachelor sociaal verpleegkundige
Geriatrie 2

15.3 ONTSLAGBELEID

De medewerkers van de sociale dienst verkennen bij opname van de patiënt de sociale situatie. De verkregen gegevens vormen de basis van verdere hulpverlening aan de patiënt. Op basis van deze gegevens worden zorgdoelen opgesteld, samen met patiënt en het multidisciplinair team.

Bij voorkeur wordt de patiënt ontslagen naar de bestaande thuissituatie. Indien dit niet meer mogelijk is, wordt een verwijzing naar een thuis vervangend milieu voorbereid.

15.4 SAMENWERKINGSVERBANDEN

15.4.1 EERSTELIJK

Het zorgprogramma geriatricie werkt in het kader van de externe liaisonfunctie samen met:

- ELZ West-Limburg
- ELZ MidWest - Limburg

ELZ West-Limburg en ELZ MidWest – Limburg zijn samenwerkingsverbanden tussen lokale besturen, welzijnsactoren, zorgprofessionals en patiënten-, mantelzorg- en vrijwilligersinitiatieven.

Via een formele overlegstructuur wordt informatie tussen zorg- en hulpverleners uit de eerste lijn uitgewisseld.

15.4.2 HUISARTSEN

Het zorgprogramma geriatricie werkt in het kader van de externe liaison samen met de Huisartsenkring West-MidWest en deze omvat:

- Beringen
- Deurne (Diest)
- Ham
- Halen-Lummen
- Heppen-Leopoldsburg
- Heusden-Zolder
- Houthalen-Helchteren
- Tessenderlo

Maandelijks is er overleg tussen de medisch directeur, verpleegkundig paramedisch directeur en de huisartsen.

15.4.3 REVALIDATIECENTRA – PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Het zorgprogramma geriatricie werkt in het kader van de externe liaisonfunctie samen met:

- Jessaziekenhuis, campus St.-Ursula (Herk-De-Stad)
- Revalidatie & MS Noorderhart
- Vzw Asster
- St.-Annendael (Diest)
- Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (Rekem)
- Medisch Centrum St.-Jozef (Munsterbilzen)

15.4.4 DAGCENTRA

Het zorgprogramma geriatricie werkt in het kader van de externe liaisonfunctie samen met:

- Dagverzorgingscentrum De Brug (Heusden-Zolder)
- Dagverzorgingscentrum Corsala (Beringen)
- Dagverzorgingscentrum Ocura (Beringen)
- Dagverzorgingscentrum De Dagvink (Houthalen-Helchteren)
- Dagverzorgingscentrum De Kiosk (Leopoldsburg)

15.4.5 WOONZORGCENTRA

Het zorgprogramma geriatrie werkt in het kader van de externe liaisonfunctie onder andere samen met:

- WZC Berckenbosch
- WZC Bocasa
- WZC Coham
- WZC Corsala
- WZC De Bloemelingen
- WZC Het Meerlehof
- WZC Hof ter Bloemen
- WZC Ocura
- WZC Sporenpark
- WZC Prinsenhof
- WZC De Fakkel
- WZC Frederickxhof
- WZC Melderthof
- WZC Meerlehof
- WZC Sint Lambertus' Buren Zelem
- WZC Vinkenhof
- WZC Het Dorp

15.4.6 ANDERE ZIEKENHUIZEN

Het zorgprogramma geriatrie heeft een formele samenwerking met de geriatrische afdelingen van het Andreez netwerk.

15.4.7 KENNISNETWERKEN

15.4.7.1 BVGG

De Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG) werd in 1950 opgericht en is een van de oudste gerontologische verenigingen ter wereld en telt momenteel ongeveer 700 leden afkomstig van de verschillende regio's van België.

De belangrijkste eigenschap van de BVGG is haar multidisciplinariteit. Haar naam «voor Gerontologie en Geriatrie» onderstreept haar belangstelling voor zowel de Gerontologie als de Geriatrie.

Beide hoofdverpleegkundigen zijn lid van de vereniging en volgen actief de vergaderingen van de werkgroep hoofdverpleegkundigen op.

Elk jaar in november wordt de geriatrische patiënt in de bloemetjes gezet en organiseert de werkgroep 'de dag van de oudere zorgvrager'. Tijdens deze dag wordt er rond een bepaald thema gewerkt zoals mobiliteit, ondervoeding, valpreventie... en worden er in elk ziekenhuis allerlei activiteiten georganiseerd.

15.4.7.2 EXPERTISECENTRUM DEMENTIE

Met het expertisecentrum dementie hebben we een nauwe samenwerking waar we met onze vragen en ervaringen terecht kunnen. Het expertisecentrum dementie organiseert jaarlijks de opleiding tot referentieverpleegkundige dementie. Onze referentieverpleegkundigen hebben deze gevolgd. Hun deskundigheid wordt op prijs gehouden door het volgen van de reflectiedagen en losse vormingen georganiseerd door het ECD

15.4.7.3 VERGADERING VALKLINIEK LIMBURG

Een initiatief van Logo Limburg vzw waar partners (referentieverpleegkundigen-liaisonverpleegkundigen-hoofdverpleegkundigen) van de verschillende Limburgse ziekenhuizen uitgenodigd worden. Het forum heeft een informatief karakter maar er is ook ruimte ervaringen te delen, nieuwe inzichten te krijgen,...door dialoogvorming met de verschillende deelnemers. Jaarlijks participeren we in de "week van de valpreventie".

15.5 RESULTAATSPARAMETERS

De beleidsdoelstelling is om een overleg te organiseren tussen de zorg- en hulpverleners uit de eerstelijnsgezondheidszorg (gezondheid, welzijn, lokale besturen, PZON/mantelzorgers) en het Sint-Franciscusziekenhuis. In het verleden was er de Lokale begeleidingscommissie, georganiseerd door Listel, als overlegplatform tussen het ziekenhuis en de eerste lijn. Dit werd driemaal per jaar georganiseerd, met als doelstelling optimalisering van de transmurale samenwerking.

Samenhangend met de hervormingen in de eerste lijn (o.a. wegvallen van Listel) werd er een nieuwe overlegstructuur georganiseerd tussen het Sint-Franciscusziekenhuis en de eerstelijnszones West- en MidWestLim. Een eerste overleg vond plaats in december 2022.

In de toekomst wordt er gedacht aan twee overlegstructuren.

- Een structureel overleg gericht op overdracht van algemene informatie tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszones.
- Thema-gecentreerde transmurale werkgroepen die concrete acties uitwerken.

Er is tevens twee keer per jaar een begeleidingscommissie die het ziekenhuis zelf organiseert. Deze begeleidingscommissie fungeert als overlegplatform tussen de interne/externe

liaisonfunctie van het zorgprogramma geriatrie en de woon- en zorgcentra waar het ziekenhuis een nauwe samenwerking in onder overleg mee wenst uit te bouwen.

