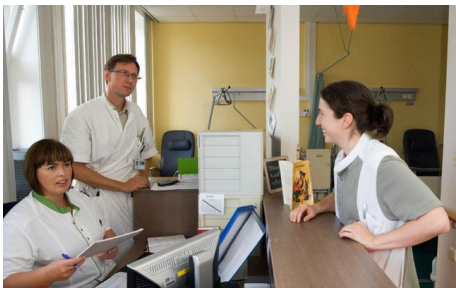


Zorgprogramma voor de geriatriische patiënt

**Groenebriel 1
9000 GENT**



Inhoudstafel

1	WOORD VOORAF	3
2	ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT (KB 26 MAART 2014).....	4
3	HET DAGZIEKENHUIS GERIATRIE BINNEN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT	5
3.1	ALGEMEEN	5
3.1.1	Doel	5
3.1.2	Doelgroep.....	5
3.1.2.1	Diagnostische evaluatie.....	5
3.1.2.2	Therapeutische oppuntstelling.....	6
3.1.2.3	Revalidatie.....	6
3.1.3	Pluridisciplinair team.....	7
3.1.4	Wat is het verschil met een ander dagziekenhuis	7
3.2	WERKING/ZORGTRAJECT	7
3.2.1	Aanvraag dagziekenhuis geriatrie.....	7
3.2.2	Aankomst van patiënt in AZ Sint-Lucas en onthaal in het geriatrisch dagziekenhuis	8
3.2.3	Assessment, onderzoeken en/of behandeling	8
3.2.3.1	Verpleegkundig assessment	8
3.2.3.2	Kinesitherapie	9
3.2.3.2.1	Algemene evaluatie.....	9
3.2.3.2.2	Revalidatieprogramma	9
3.2.3.3	Ergotherapie.....	10
3.2.3.3.1	Algemene evaluatie.....	10
3.2.3.3.2	Revalidatieprogramma	10
3.2.4	Enkele meetinstrumenten gebruikt in het dagziekenhuis geriatrie	11
3.2.5	Ontslag	11
3.3	PRAKTISCHE INFO.....	12
3.3.1	Ligging van het dagziekenhuis	12
3.3.2	Infrastructuur	12
3.3.3	Wat dient de patiënt mee te brengen naar het dagziekenhuis geriatrie?	13
3.3.4	Wat kost een verblijf in het dagziekenhuis geriatrie?.....	13
3.3.5	Vervoer heen en terug naar het dagziekenhuis geriatrie.....	13
3.3.6	Maaltijden in het dagziekenhuis geriatrie	14
3.4	CONTACTGEGEVENS.....	14
3.5	BIJLAGEN	14
4	DE INTERNE LIAISON BINNEN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT.....	16
4.1	ALGEMEEN	16
4.1.1	Doel	16
4.1.2	Doelgroep.....	16
4.1.3	Multidisciplinair team	16
4.2	WERKING/ EVALUATIETRAJECT.....	17
4.2.1	Initiële screening	15
4.2.1.1	Geriatrisch Risico Profiel (GRP) in het elektronisch patiëntendossier.....	17
4.2.2	Afnemen van het 'Geriatrisch assessment'	18
4.2.3	Adviesverlening	18
4.2.4	Wekelijks pluridisciplinair overleg (PDO).....	19
4.2.5	Enkele meetinstrumenten gebruikt tijdens het 'Geriatrisch assessment'	19
4.3	CONTACTGEGEVENS.....	20
4.4	BIJLAGEN	20
5	DE EXTERNE LIAISON BINNEN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT.....	21

1 Woord vooraf

Door de vergrijzing van de bevolking stijgt het aantal patiënten met een geriatrisch profiel. Concreet betekent dit dat het aantal zorgbehoevende ouderen toeneemt.

Deze demografische evolutie (zie tabellen 1 en 2) vertaalt zich in de ziekenhuispopulatie.

Het aantal geriatrische patiënten –ook op niet geriatrische afdelingen- neemt toe.

Een aanpassing van de aard en de diversiteit van de gezondheidsstructuren was nodig.

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt werd dan ook uitgebouwd binnen

AZ Sint-Lucas & Volkskliniek vzw.

Het zorgprogramma geriatric van AZ St.Lucas werd inmiddels erkend door de overheid.

	2000	2020	2050
Mannen	5.029.011	5.271.844	5.400.062
Vrouwen	5.251.659	5.451.984	5.552.519
Totale bevolking	10.280.670	10.723.828	10.952.581
Leeftijdsgroep 60 en meer	2.249.411	2.927.831	3.557.633
Leeftijdsgroep 80 en meer	376.786	608.609	1.134.667

Tabel 1 Vooruitzichten voor de toekomstige bevolking, België, 2000- 2050
(NIS, Mathematische demografie: Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050)

	2000	2020	2050
Verhouding 60+ ten opzichte van 20-59 jarigen	40,1%	53,0%	68,9%
Verhouding 80-jarigen ten opzichte van 60-jarigen	16,8%	20,8%	31,9%

Tabel 2 Afhankelijkheidsgraad en intensiteit van de vergrijzing, België, 2000-2050
(NIS, Mathematische demografie: bevolking en veroudering)

2 **Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt (KB 26 maart 2014)**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt bestaat uit vijf onderdelen:

- een erkende dienst voor geriatrie;
- een dagziekenhuis geriatrie;
- een geriatrisch consult;
- interne liaison;
- externe liaison.

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 met een risicoprofiel alsook de continuïteit van de zorg.

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

De coördinatie van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt wordt vervuld door de verantwoordelijke arts-geriater, de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma en het diensthoofd geriatrie.

De geriaters betrokken bij het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt zijn :

- Dr. Bachmann Christian;
- Dr. Desmet Peter;
- Dr. Martens Han;
- Dr. Steen Elke.

In deze infomap gaan we in op drie onderdelen van het zorgprogramma. In het eerste deel wordt het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt besproken, in het tweede deel de interne liaison. Ten slotte wordt kort de externe liaison omschreven.

3 Het dagziekenhuis geriatrie binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

3.1 Algemeen

3.1.1 Doel

De hoofddoelstellingen van het dagziekenhuis zijn :

- klassieke hospitalisatie voorkomen;
- de duur van de hospitalisatie beperken en terugkeer naar het thuismilieu bespoedigen;
- de patiënt zo lang mogelijk in zijn/haar thuismilieu laten.

3.1.2 Doelgroep

Het dagziekenhuis richt zich tot geriatrische patiënten met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar waaronder

- minder mobiele mensen;
- ambulante patiënten die in aanmerking komen voor een uitgebreid assessment of meerdere diagnostische onderzoeken;
- mensen die een behandeling, al dan niet in combinatie met onderzoeken, dienen te ondergaan die in één dag kunnen uitgevoerd worden;
- dementerenden, voor wie een ziekenhuisopname vaak erg ingrijpend is en voor toenemende verwardheid kan zorgen;
- patiënten die een voortgezette revalidatie nodig hebben **na** een hospitalisatie;
- residenten van woon- en zorgcentra en instellingen waar men niet beschikt over de nodige technische apparatuur of revalidatie- faciliteiten.

Men kan in het dagziekenhuis terecht voor:

3.1.2.1 Diagnostische evaluatie

Een pluridisciplinaire evaluatie (assessment) van een aantal geriatrische syndromen, zoals

- incontinentie;
- ondervoeding/eetstoornissen;
- pijn;
- valproblematiek;
- cognitieve problemen;
- enz.

Verskillende onderzoeken op één dag gecentraliseerd.

Specifieke staalafnames zoals

- pleurapunctie;
- beenmergpunctie;
- ascitespunctie;
- enz.

3.1.2.2 Therapeutische opuntstelling

Bij specifieke medische problemen zoals

- anemie;
- diabetes;
- schildklierlijden;
- enz.

Medisch-technische handelingen zoals

- plaatsen/vernieuwen van een suprapubische sonde;
- vervangen van een gastrostomiesonde;
- enz.

Specifieke therapeutische programma's, bijvoorbeeld

- bloedtransfusie;
- intraveneuze medicatietoediening (antibioticatherapie, ijzerbehandeling, enz);
- wondzorgevaluatie/advies;
- enz.

3.1.2.3 Revalidatie

Fysisch : - na een CVA/TIA;
 - na een val;
 - bij locomotorische problemen.

Mentaal : - bij geheugenproblemen;
 - bij beginnende dementie.

Uiteraard zijn de hierboven vermelde indicaties combineerbaar.

3.1.3 Pluridisciplinair team

De **vaste leden** van het dagziekenhuisteam zijn

- verantwoordelijke arts- geriater
- (geriatrisch) verpleegkundigen
- ergotherapeut
- kinesitherapeut

Er is tevens en nauwe samenwerking met de sociaal assistent, psycholoog, logopedist, diëtist, enz.

3.1.4 Wat is het verschil met een ander dagziekenhuis

- de pluridisciplinaire evaluatie;
- de huiselijke sfeer;
- één begeleider is toegestaan (dit kan bijvoorbeeld een familielid of kennis zijn);
- het continu verpleegkundig toezicht doordat de verpleegpost centraal in de afdeling is ingepland;
- de resultaten van de onderzoeken worden (in zover ze bekend zijn) op het eind van de dag door de arts geëvalueerd.

3.2 Werking/zorgtraject

Het zorgtraject binnen het dagziekenhuis geriatrie kunnen we onderverdelen in een aantal stappen:

- 3.2.1 Aanvraag dagziekenhuis geriatrie;
- 3.2.2 Aankomst van de patiënt in het AZ Sint-Lucas en onthaal in het geriatrisch dagziekenhuis;
- 3.2.3 Assessment, onderzoeken en behandeling;
- 3.2.4 Enkele meetinstrumenten gebruikt in het dagziekenhuis geriatrie;
- 3.2.5 Ontslag.

3.2.1 Aanvraag dagziekenhuis geriatrie

→ *Door wie?* Huisarts, geriater of een geneesheer-specialist al dan niet verbonden aan AZ Sint- Lucas.

→ *Bij wie?* De verpleegkundige van het geriatrisch dagziekenhuis (in overleg met de geriater) en/of de geriater (zie flowchart: bijlage 1).

- *Hoe?*
- ☎ (09/224) 51 59
 - 📠 (09/224) 58 95
 - @: dagkliniekgeriatrie@azstlucas.be
 - ✉ (elektronisch) verzenden van een 'aanvraagformulier dagziekenhuis geriatrie' (bijlage 2) te vinden via <http://www.azstlucas.be/geriatrie>
- Kies : Aanvraag dagziekenhuis geriatrie.

- *Afspraak?* De verpleegkundige zal een opnamedatum vastleggen in overleg met de huisarts of geneesheer- specialist (of zijn secretariaat). Een schriftelijke bevestiging en een onthaalbrochure met de datum van afspraak wordt opgestuurd naar de patiënt (bijlage 3). Wij vragen eveneens een actuele en volledige lijst van de thuismedicatie.

3.2.2 Aankomst van patiënt in AZ Sint- Lucas en onthaal in het dagziekenhuis geriatrie

- *Opname?* Bij aankomst in het AZ Sint- Lucas dient de patiënt (al dan niet vergezeld door een begeleider) zich in te schrijven bij de opnamedienst in campus Sint-Lucas, straat 60. Indien gewenst kan een verpleegkundige van het dagziekenhuis de patiënt begeleiden.
- *Onthaal?* In het dagziekenhuis geriatrie wordt de patiënt onthaald door de verpleegkundige. De patiënt krijgt uitleg over de dagindeling, de geplande onderzoeken, de werking van het dagziekenhuis en het (±) geplande ontslaguur. De verpleegkundige voert een geriatrisch assessment uit en er wordt een zorgdossier opgemaakt.
- *Arts?* Bij opname voert de arts een klinisch onderzoek uit. Er gebeurt een uitvoerige medische anamnese en de medicatie wordt nagekeken (tenzij dit reeds eerder gebeurd is op de geriatrische consultatie).

3.2.3 Assessment, onderzoeken en/of behandeling

De verpleegkundige coördineert en organiseert het assessment, de onderzoeken en/of de behandelingen. De patiënt wordt continu begeleid, opgevolgd en verzorgd door de verpleegkundige van het dagziekenhuis.

De geriater volgt de resultaten van de onderzoeken en/of behandeling op alsmede de pluridisciplinaire testing en adviezen. De medicatie wordt geoptimaliseerd en de arts stelt een behandelingsplan op.

3.2.3.1 Verpleegkundig assessment

- *Wat?* Tijdens het verblijf van de patiënt wordt een uitgebreid geriatrisch assessment afgenomen aan de hand van een gesprek met de patiënt. Ook worden een aantal

testen ingevuld en zijn er steeds een aantal observatiepunten waar we aandachtig voor zijn. Parameters worden opgevolgd.

→ *Door wie?* Het verpleegkundig team van het dagziekenhuis.

→ *Waarom?* Op deze manier kunnen we een totale (fysisch, mentaal en sociaal) gezondheidstatus opmaken. We inventariseren en krijgen inzicht in specifieke aanwezige geriatrische problemen, naast het acuut probleem.

Op basis hiervan wordt een aangepast zorgplan opgesteld en een advies geformuleerd.

3.2.3.2 Kinesitherapie

3.2.3.2.1 Algemene evaluatie

→ *Door wie?* Kinesitherapeut verbonden aan het dagziekenhuis geriatricie.

→ *Wanneer?* Indien blijkt dat de patiënt een geriatrisch risicoprofiel heeft of op vraag van de arts of verpleegkundige.

→ *Wat?* Controle van de fysieke mogelijkheden van de patiënt voornamelijk gewrichtsmobiliteit, spierkracht, transfers, activiteitsgraad en valproblemen.

Aan de hand van deze evaluatie zal een verslag worden opgemaakt en aan de patiënt gepast advies worden verstrekt o.a. over hulpmiddelen, algemene lichaamsbeweging, hoe rechtkomen na een val, mogelijkheden tot revalidatie, enz.

3.2.3.2.2 Revalidatieprogramma

→ *Door wie?* Kinesitherapeut verbonden aan het geriatrisch dagziekenhuis.

- *Wanneer?*
- na ontslag uit het ziekenhuis om de continuïteit van de behandeling ook na de opname te garanderen;
 - voor mensen bij wie uit onderzoek is gebleken dat revalidatie nodig is om de zelfredzaamheid te herwinnen;
 - voor mensen met valproblemen;
 - na CVA bij mensen die in een multidisciplinaire setting verder willen revalideren;
 - voor revalidatie na breuken en totale heupprothese;
 - bij neurologische problemen zoals Parkinson;
 - enz.

→ *Wat?* Het kinesitherapeutisch oefenprogramma duurt 1 uur en is aangepast aan de belastbaarheid van de patiënt. De nadruk ligt op het herwinnen en trainen van de fysieke mogelijkheden, gangrevalidatie en valpreventie.

→ *Hoe?* Deze revalidatie loopt in samenwerking met de ergotherapeut die naast dit oefenprogramma een ergotherapeutisch revalidatieprogramma van 1 uur voorziet. Samen met de verpleging wordt zodoende voorzien in een pluridisciplinaire ondersteuning om een maximale revalidatie van de patiënt te bekomen.

3.2.3.3 Ergotherapie

3.2.3.3.1 Algemene evaluatie

→ *Door wie?* Ergotherapeut verbonden aan het dagziekenhuis geriatric.

→ *Wanneer?* Indien blijkt dat de patiënt een geriatrisch risicoprofiel heeft of op vraag van de arts of verpleegkundige.

→ *Wat?*

- het uitvoeren van een ergotherapeutische evaluatie die een totaalbeeld weergeeft van de functionele mogelijkheden van de patiënt in zijn thuismilieu;
- nagaan of er al dan niet aanpassingen of hulpmiddelen nodig zijn;
- onderzoek van de I-ADL activiteiten (Lawton), de cognitieve functies (MMSE), psychisch functioneren (GDS) en sociale omkadering;
- specifieke testen en evaluaties bij specifieke pathologie (valproblematiek, eetstoornissen, incontinentie, geheugenstoornissen,...).

3.2.3.3.2 Revalidatieprogramma

→ *Door wie?* Ergotherapeut verbonden aan het geriatrisch dagziekenhuis.

→ *Voor wie?*

- patiënten met een CVA die baat hebben bij verdere ADL- training, functionele therapie bovenste ledematen, cognitieve training,... eventueel in aansluiting met een hospitalisatie.
- patiënten met geheugenklachten/beginnende dementie die baat hebben bij cognitieve training, neuropsychologische therapie,...;
- patiënten met locomotorische problemen zoals heupprothese, schouderfractuur,... eventueel in aansluiting op een hospitalisatie.

→ *Wat?* De sessies duren 1 uur, omvatten diverse therapiemogelijkheden en zijn aangepast aan het niveau van de patiënt.

De patiënt kan volgens noodzaak meerdere malen per week komen, gedurende een aantal weken.

→ *Hoe?* De revalidatie is pluridisciplinair en loopt in samenwerking met de verpleging en de kinesitherapeut die tevens een revalidatieprogramma van 1 uur voorziet.

De mogelijkheid bestaat om de revalidatie te spreiden over de voor- en namiddag.

3.2.4 Enkele meetinstrumenten gebruikt in het dagziekenhuis geriatrie

Discipline	Wat testen?	Welke test?
Verpleegkundige	Geriatrisch risicoprofiel Zelfredzaamheid Voedingstoestand Decubitusrisico Pijn	Geriatrisch Risicoprofiel (GRP) Katzschaal NRS (nutritional risk screening) Nortonschaal VAS
Kinesitherapeut	Valrisico Evenwicht	TGUG Tinetti Four test balance scale
Ergotherapeut	Cognitie Depressie Zelfstandigheid Sociale omkadering	MMSE Kloktekentest Adas-Cog Ace-R GDS-15 Lawton

Tabel 3 Gebruikte testen per discipline

3.2.5 Ontslag

→ *Door wie?* De geriater bepaalt of de patiënt kan worden ontslagen.

→ *Wanneer?* Het uur van ontslag zal meegedeeld worden door de verpleegkundige, na overleg met arts.

→ *Resultaten?* Alle relevante resultaten (onderzoeken, behandeling) en bevindingen (assessment) worden gebundeld door de verpleegkundige in het zorgdossier (medisch en verpleegkundig dossier).

→ *Ontslagbrief?* De voorlopige ontslagbrief voor de huisarts wordt opgesteld door de geriater en meegegeven aan de patiënt/familie. De definitieve medische ontslagbrief wordt zo vlug mogelijk naar de huisarts opgestuurd . De verpleegkundige ontslagbrief bestemd voor de verpleegkundigen van de instelling of voor de thuisverpleging wordt meegegeven met de patiënt/familie.

3.3 Praktische info

3.3.1 Ligging van het dagziekenhuis

Het dagziekenhuis bevindt zich in **Campus Sint-Lucas, straat 44.**

Het bevindt zich voorbij halverwege de gang en is gelegen op een verpleegafdeling acute geriatric.

3.3.2 Infrastructuur

Het dagziekenhuis bestaat uit:

- een onderzoeklokaal;
- een gemeenschappelijk lokaal met 6 posities uitgerust met geriatrische zetels (zodanig hoog- laagbedden);
- er is TV, lectuur, telefoon en internetaansluiting;
- een gemeenschappelijke ruimte voor groepsactiviteiten en kinesitherapie;
- een ruimte voor individuele activiteiten;
- een eetzaal;
- een sanitaire ruimte.

3.3.3 Wat dient de patiënt mee te brengen naar het dagziekenhuis geriatrie?

- identiteitskaart of geldige verblijfsvergunning;
- vervangingsattest;
- de huidige medicatie een actuele & complete medicatielijst;
- eventuele verwijfsbrief van de huisarts;
- paramedische overdrachtsfiche (volledig transferdocument- ziekenhuisfiche) in geval van verblijf in een instelling;
- vlotte (dag)kledij en gesloten (veilig) schoeisel;
- eventueel lectuur, een handwerkje of iets anders;
- eventueel krukken, looprek, rollator, enz;
- bril en hoorapparaat.

Geld en waardevolle voorwerpen laat men beter thuis.

De patiënt kan vergezeld worden door één begeleid(st)er / familielid.

3.3.4 Wat kost een verblijf in het dagziekenhuis geriatrie?

Afhankelijk van het aantal onderzoeken (en/of) behandeling die men die dag dient te ondergaan kan de factuur verschillen.

Zijn kosteloos

- het verblijf gedurende die dag op het dagziekenhuis geriatrie;
- het pluridisciplinair assessment en advies gegeven door ergo/kine;
- maaltijden voor de patiënt.

Voor bijkomende vragen en inlichtingen kan u zich steeds wenden tot de dienst tarifiering en facturering op ☎ (09/224) 61 83.

3.3.5 Vervoer heen en terug naar het dagziekenhuis geriatrie

Men staat zelf in voor het vervoer naar en van het dagziekenhuis.

Bij verblijf in een woon- en zorgcentrum wordt het vervoer door hen geregeld.

Bij een langdurig revalidatieprogramma wordt in samenspraak met de sociale dienst van het ziekenhuis de meest voordelige vervoersmodaliteit gezocht.

3.3.6 Maaltijden in het dagziekenhuis geriatrie

Indien de patiënt nuchter binnenkomt, wordt na het onderzoek een ontbijt aangeboden. Een warm middagmaal wordt steeds voor de patiënt voorzien.

3.4 Contactgegevens

Dagziekenhuis Geriatrie ☎ (09/224) 51 59
📠 (09/224) 58 95
✉ [Dagkliniekgeriatrie @azstlucas.be](mailto:Dagkliniekgeriatrie@azstlucas.be)
of postvak 205 (campus Sint- Lucas)

Secretariaat Geriatrie ☎ (09/224) 54 90
📠 (09/224) 54 90
✉ Secretariaat.geriatrieVK@azstlucas.be
of postvak 8 (campus Volkskliniek)

Het dagziekenhuis is elke werkdag open tussen 8.00u en 17.00u.

Neem gerust contact op met ons indien u bijkomende informatie wenst.

U kan ook steeds een kijkje nemen op onze website: <http://www.azstlucas.be/geriatrie>.

Kies: Patiënt → Medisch aanbod → Dagkliniek geriatrie.

3.5 Bijlagen

Bijlage 1 flow-chart: opnameregeling
Bijlage 2 onthaalbrochure + begeleidende brief
Bijlage 3 aanvraagformulier dagziekenhuis geriatrie

4 De interne liaison binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

4.1 Algemeen

4.1.1 Doel

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

De leden van het interne liaisonteam stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid ter beschikking aan de behandelend geneesheer-specialist, de huisarts 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.

4.1.2 Doelgroep

De interne liaison richt zich ten eerste tot de in het ziekenhuis opgenomen patiënten met een leeftijd vanaf 75 jaar en patiënten waarbij een aanvraag tot transfer naar de geriatrie werd aangevraagd. Aan hen willen we een optimale geriatrische zorg aanbieden.

Uiteraard richt de interne liaison zich ook tot de zorgverleners door hen te ondersteunen met specifiek geriatrische kennis en kunde.

4.1.3 Multidisciplinair team

De **vaste leden** van het intern liaisonteam zijn

- verantwoordelijke arts- geriater
 - hoofdverpleegkundige zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
[lic. Medisch-sociale wetenschappen en (sociaal- geriatrisch) verpleegkundige] (1FTE)
 - (1 FTE) (sociaal- geriatrisch) verpleegkundige
 - (1 FTE) ergotherapeut (1 FTE)
 - neuropsycholoog (0,50 FTE)
 - logopedist (0,25 FTE)
- } Verkenners
- } Niet-verkenners

- diëtist (0,25 FTE)

Er is tevens een nauwe samenwerking met de sociale dienst.

4.2 Werking/ evaluatietraject

Het evaluatietraject is onder te delen in drie grote stappen

- 4.2.1 Initiële screening: bepalen van het geriatrisch risicoprofiel (GRP)
- 4.2.2 Afnemen van het 'Geriatrisch assessment' (GA)
- 4.2.3 Besluitvorming en adviesverlening
- 4.2.4 Wekelijks pluridisciplinair overleg

4.2.1 Initiële screening

4.2.1.1 Geriatrisch Risico Profiel (GRP) in het elektronisch patiëntendossier

- *Door wie?* Verpleegkundige van de verpleegafdeling.
- *Wat?* De toestand van de patiënt vóór opname.
- *Waar?* Verpleegkundig anamnese document in elektronisch patiëntendossier
- *Wanneer?* Ten laatste de dag na opname van de patiënt tijdens de ochtendshift.

Het geriatrisch risicoprofiel wordt bepaald aan de hand van de GRP die terug te vinden is op het anamneseblad, onder het tabblad "risicoprofiel". Indien alle vragen werden ingevuld zal het elektronisch patiëntendossier de score automatisch berekenen.

Het interne liaisonteam geriatric haalt dagelijks een rapport uit dit elektronisch patiëntendossier met de GRP- score's en weet op die manier welke patiënten dienen geëvalueerd te worden.

Geriatrisch Risico Profiel (GRP)	JA	NEEN
1. Cognitieve stoornis (bv. desoriëntatie, dementie, delirium)	2	0
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner/familie	1	0
3. Moeilijkheden bij stappen of transfers of gevallen in het voorbije jaar	1	0
4. Hij/zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1	0
5. De patiënt gebruikt ≥ 5 geneesmiddelen	1	0
Totaalscore		

Tabel 4 Wetenschappelijk meetinstrument ' geriatrisch risicoprofiel'

4.2.2 Afnemen van het 'Geriatrisch assessment' (GA)

- *Wat?* Tijdens ons bezoek voeren we een gesprek met onder andere de patiënt, familie en zorgverleners. Aan de hand van dit gesprek voeren wij verschillende testen en observaties uit. We evalueren de geriatrische assessmentdomeinen zoals de zelfredzaamheid, de voedingstoestand, de cognitieve toestand, enz. De assessmentdomeinen, testen en observaties zijn gebundeld in het 'Geriatrisch assessment' of GA (bijlage 4).
Na het gesprek zal er onmiddellijk mondelinge feedback worden gegeven aan de dienst- of dagverantwoordelijke waarin we onze bevindingen en adviezen toelichten.
- *Door wie?* De GA wordt afgenomen door de 'verkenner' (verpleegkundigen en ergotherapeut) van het interne liaisonteam.
- *Waarom?* Detecteren, inventariseren en inzicht krijgen in specifieke geriatrische problemen die aanwezig zijn naast het acuut probleem. De aanwezige problemen worden gerapporteerd en er wordt een verpleegkundig en paramedisch advies geformuleerd.
- *Wanneer?* Maximum tweeënzeventig uur na opname zal er een geriatrisch advies worden verleend (weekdagen)

4.2.3 Adviesverlening

- *Wat?* Na het gesprek met onder andere de patiënt, de familie, de verpleegkundigen en paramedici op de afdeling stellen we een verpleegkundig en paramedisch advies (bijlage 5) op. Dit advies heeft betrekking op (één van) de verschillende geriatrische assessmentdomeinen.
- *Door wie?* Het advies wordt opgesteld in MedLucas door het pluridisciplinair intern liaisonteam. De 'verkenner' kan een ander lid van het team (vb diëtist, logopedist, psychologe) in consult vragen om een meer diepgaand assessment uit te voeren. Het advies wordt aangevuld door de teamleden.
- *Aan wie?* Er wordt een e-mail verzonden naar de arts en de verpleegafdeling met de vermelding dat de patiënt werd geëvalueerd en het advies terug te vinden is in het elektronisch patiëntendossier. Het advies wordt tevens in bijlage verstuurd naar de arts zodat deze het onmiddellijk kan bekijken indien gewenst.

→ *Waarom?* Mede op basis van het advies kan het zorgplan van de patiënt aangepast of bijgesteld worden. De bekomen informatie kan bijvoorbeeld ook nuttig zijn om een ontslagbrief aan te vullen.

→ *Wanneer?* Maximum tweeënzeventig uur na contactname met het intern liaisonteam geriatrie (weekdagen).

In geval van specifiek medische problemen kan men een intercollegiaal consult geriatrie aanvragen.

4.2.4 Wekelijks pluridisciplinair overleg (PDO)

2 keer per week wordt een pluridisciplinair overleg georganiseerd onder leiding van de coördinator van het intern liaisonteam. Aan dit overleg nemen alle vaste leden van het team, de verantwoordelijke geriater en de ontslagmanager deel. Alle andere betrokken zorgverstrekkers (bijvoorbeeld artsen, dienstverantwoordelijken, referentie- verpleegkundigen geriatrie, enzovoort) worden uitgenodigd.

Om efficiënt te werken zijn er inclusiecriteria opgesteld. Zo worden enkel patiënten besproken die op het moment van het pluridisciplinair overleg nog gehospitaliseerd zijn. De eerder geformuleerde adviezen en aanbevelingen worden onder andere besproken tijdens dit overlegmoment. Er wordt hiervan steeds verslag opgemaakt, dit bevindt zich in het patiëntendossier.

De geriatrische evaluatie wordt ook naar de huisarts verstuurd, de patiënt is hiervan op de hoogte gesteld.

4.2.5 Enkele meetinstrumenten gebruikt tijdens het ‘Geriatrisch assessment’

Assessmentdomein	Meetinstrument
Zelfredzaamheid (BADL/IADL)	KATZ/ Lawton
Valrisico	valbilan
Risico op ondervoeding/overvoeding	NRS (nutrition risk screening)
Decubitus	Norton
Zintuigen	Visus- gehoor- smaak- gebit- mondzorg
Logopedische problemen	LOsil
Delier	CAM/ DOS
Cognitie	MiniCog/ MMSE/ kloktekentest
Emotioneel welbevinden	Observatielijst klinische risicofactoren/ GDS-15
Sociale omkadering	Bevraging
Pijn	VAS/ PAINAD
Andere	Vermoeidheid, wondzorg, voetproblemen, polyfarmacie, ...

Tabel 5 Gebruikte meetinstrumenten in het geriatrische assessment

4.3 Contactgegevens

De burelen van het intern liaisonteam geriatrie bevinden zich in **Campus Sint Lucas, straat 83.**

Coördinerend arts- geriater: Dr. Steen E., dr Bachmann C.

Contactgegevens interne liaison geriatrie ☎ (09/224) 56 22

✉ interneliasionG@azstlucas.be

of postvak 206 (campus Sint Lucas)

4.4 Bijlagen

Bijlage 4 Document 'Geriatrisch assessment'

Bijlage 5 Document 'Geriatrisch besluit en advies'

5 De externe liaison binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

Het AZ Sint-Lucas stelt haar geriatrische expertise ter beschikking aan externen.

Indien u vragen heeft, kan u terecht op het e- mailadres: externeliasionG_SL@azstlucas.be.

Dit systeem kan gebruikt worden door elke extra- muros zorgverlener:

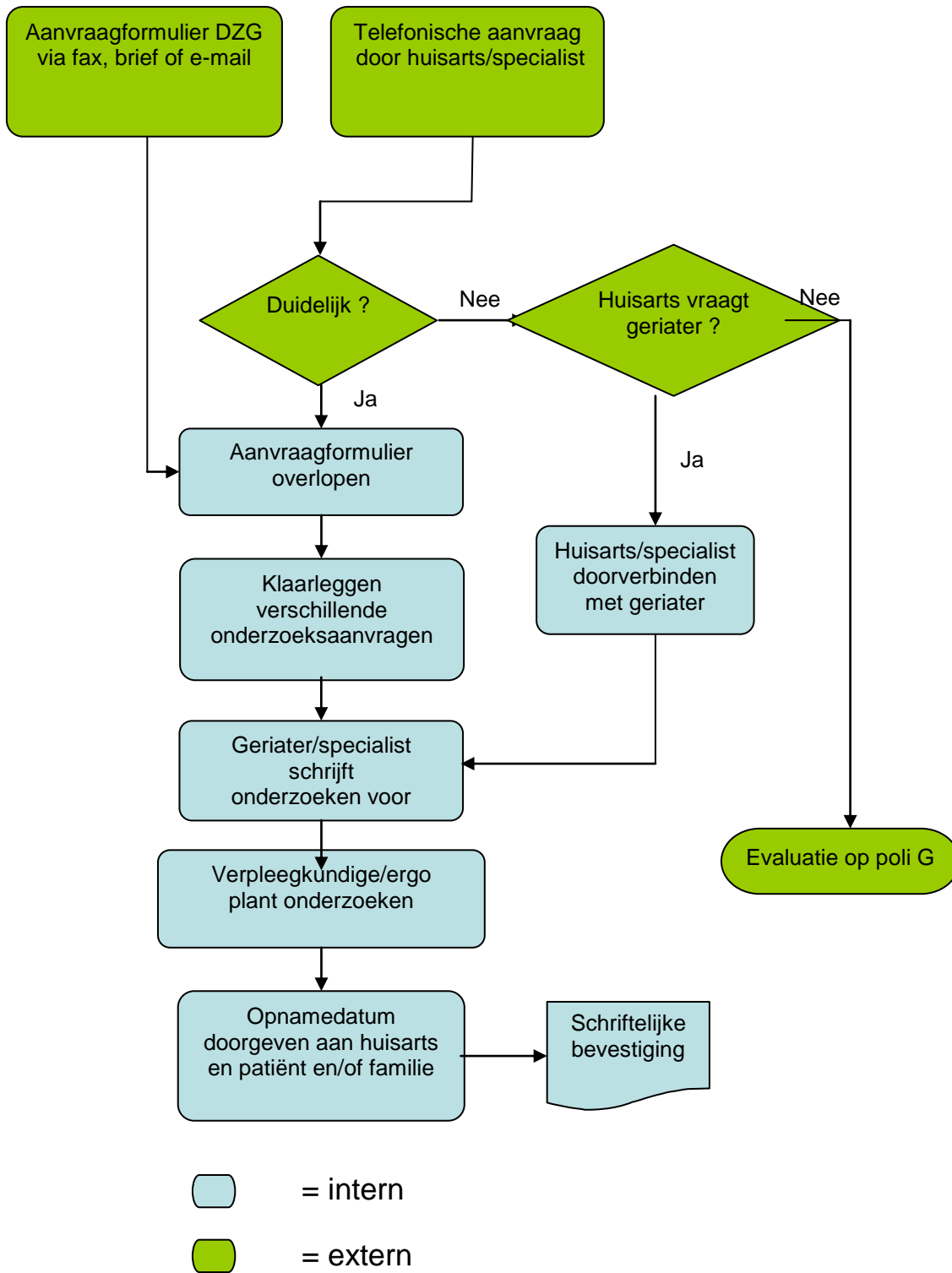
- huisartsen;
- verpleegkundigen werkzaam in de residentiële sector;
- thuisverpleegkundigen;
- paramedici;
- enz.

Elke vraag wordt intern getrieerd door de coördinator van de dienst interne liaison geriatricie.

Ons streefdoel is om elke vraag binnen de 48 uur (werkdagen) te beantwoorden.

Via het e-mailadres externeliasionG_SL@azstlucas.be kan men ook suggesties, bemerkingen, enz versturen. Ook hierop kan u binnen de 48 uur (werkdagen) een antwoord verwachten.

Bijlage 1





azsint-lucas

Geriatric

Secretariaat:
Tel. 09-224 54 90

Dr. Christian Bachmann

Tel. 09-224 54 93

Dr. Peter Desmet

Tel. 09-224 50 62

Dr. Han Martens

Tel. 09-224 65 60

Dr. Elke Steen

Tel. 09-224 63 13

Verpleegafdelingen

Campus Sint-Lucas
Str. 44: 09-224 51 44

Campus Volkskliniek
Str 196: 09-224 51 96
Str 120: 09-224 52 20
Str 121: 09-224 52 21
Str 124: 09-224 51 24
(SP-chronische)

Dagziekenhuis

Campus Sint-Lucas
Str. 44: 09-224 51 59

Aan

Gent,

Geachte

Hierbij herinner ik u aan de afspraak die gemaakt is in het dagziekenhuis geriatric **op**

Gelieve u omu in te schrijven in campus St-Lucas in **straat 60**. Van daaruit wordt u verder geholpen naar het dagziekenhuis, dat zich bevindt in

straat 44 op de 5° verdieping.

Graag vragen wij u bijgevoegde medicatielijst in te vullen en mee te brengen!

U dient (**absoluut**) (**niet**) **nuchter** te zijn.

Gelieve er rekening mee te houden dat u hier mogelijks dient te verblijven tot in de late namiddag.

In bijgevoegde brochure vindt u nog wat bijkomende informatie.

Heeft u of uw familie liever een uitnodiging per e-mail i.p.v. per brief, noteer gerust het e-mail adres op deze brief en geef hem af op het dagziekenhuis.

Indien u nog vragen heeft, aarzel niet ons te contacteren op tel.nr: 09/224.51.59

Vriendelijke groeten

Secretariaat Geriatric

Bijlage 3

Aanvraagformulier dagziekenhuis geriatrie

Datum:

Identificatiegegevens van de patiënt

Naam *

Adres *

Geboortedatum *

Telefoon / GSM

Is de patiënt bekend in ons ziekenhuis? ja neen

Reden voor multidisciplinair gebruik

- Vallen
- Mentale achteruitgang
- Anorexia
- Verminderde mobiliteit
- Uitwerking van incontinentie

- Slikstoornissen
 - Transfusie
 - Anemie
 - Revalidatie
- Andere

Aanvullende informatie

Gewenste onderzoeken

Identificatiegegevens van de verwijzende arts

Naam *

Telefoonnummer *

Verblijf dagziekenhuis geriatrie

Gaat het om een dringende opname?

ja neen

Heeft de patiënt een bed nodig?

ja neen

Is de patiënt begeleid gedurende de dag?

ja neen

Volgt de patiënt een dieet?

ja neen

Zo ja , welk dieet?

