HEILIGHART
ALGEMEEN ZIEKENHUIS LIER

Zorgprogramma geriatrie

Multidisciplinair geriatrisch handboek

Inhoud

1 Inleiding 4
2 DEEL I: Organogram en contactgegevens geriatrisch zorgtraject 5
2.1 Organogram 5
2.2 Pluridisciplinair geriatrisch team 6
2.3 Zorgtraject van de geriatrische patiënt binnen het ziekenhuis 7
3 Deel II: Zorgprogramma geriatrie 8
3.1 Doelgroep 8
3.2 Missie en visie 9
4 Domeinen binnen het geriatrisch zorgprogramma 11
4.1 Verpleegafdelingen 11
4.1.1 Opname 11
4.1.2 Verblijf 11
4.1.3 Ontslag 13
4.2 Co-management en samenwerkingsverbanden 14
4.3 Geriatrisch dagziekenhuis 15
4.3.1 Organisatie 15
4.3.2 Indicaties 16
4.4 Interne liaison geriatrie(ILG) 18
4.4.1 Doelgroep 18
4.4.2 Werking interne liaison 18
4.4.3 Risicobepaling 18
4.4.4 Screening geriatrische patiënt 19
4.5 Externe liaison geriatrie 21
4.5.1 Zorg continuïteit en ontslagmanagement 21
4.5.2 Functionele samenwerkingsverbanden 22
THUISZORGDIENSTEN 22
HUISARTSENKRINGEN 23
WOONZORGCENTRA 23
CENTRA VOOR DAGVERZORGING 24
ANDERE OVERLEGPLATFORMEN 24
ELZ PALLIETERLAND 24
4.5.3 Communicatie 25
4.6 Consultatie geriatrie 26
5 Kwaliteitsopvolging 27

5.1 Doelstellingen ... 27
GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET LOUTER NAAR LEEFTIJD, ZIEKTE EN ZELFREDZAAMHEID. ... 27
GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET ALLEEN NAAR DE BESTAANDE BEPERKINGEN VAN PATIËNTEN. ... 27
GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET ALLEEN NAAR DE INDIVIDUELE PATIËNT. ... 27
GERIATRISCHE ZORG IS NIET ENKEL ZORG IN ANTWOORD OP EEN PROBLEEM. ... 27
GERIATRISCHE ZORG VRAAGT CONTINUÏTEIT. ... 27
GERIATRISCHE ZORG HEEFT NIET ALLEEN "GENEZING" TOT DOEL, MAAR "BEHOUD VAN" EN "VERBETERING VAN" FUNCTIONALITEIT. ... 28
5.2 Opdrachten ... 28
KWALITEITSVOLLE ZORG ... 28
GERIATRISCHE ZORGCULTUUR ... 28
IMAGO GERIATRIE ... 28
5.3 Opvolging kwaliteit ... 29
5.4 Documentbeheersystem ... 30
5.4.1 Documentbeheersysteem ... 30
5.4.2 Gevalideerde screeningsinstrumenten ... 31
5.5 Competentiebeleid ... 32
6 Dementievriendelijk ziekenhuis ... 33
ZORGDOELEN: ... 34
ZORGBENADERING: ... 34
6.1 6 pijlers voor levenskwaliteit bij dementie: ... 35
6.1.1 Pijler 1: Lichamelijk welbevinden ... 35
6.1.2 Pijler 2: Zo zelfstandig mogelijk blijven ... 35
6.1.3 Pijler 3: Persoonlijke invulling dag, avond en nacht ... 36
6.1.4 Pijler 4: Begripvolle steun en betekenisvolle relaties ... 36
6.1.5 Pijler 5: Fijne, veilige en activerende 'woonomgeving' ... 36
6.1.6 Pijler 6: Naasten, samenleving en professionals zijn partners ... 36
COMMUNICATIE MET PERSONEN MET DEMENTIE ... 37
PERSONEN MET DEMENTIE OP JONGE LEEFTIJD: ... 38
HULPMIDDELEN BIJ DEMENTIE ... 38
7 Zorgpaden, staand orders en richtlijnen ... 39
7.1 Zorgpaden ... 39
7.2 Staande orders geriatrie ... 39
7.3 Richtlijnen en procedures ... 39
8 Bijlagen en figuren ... 40

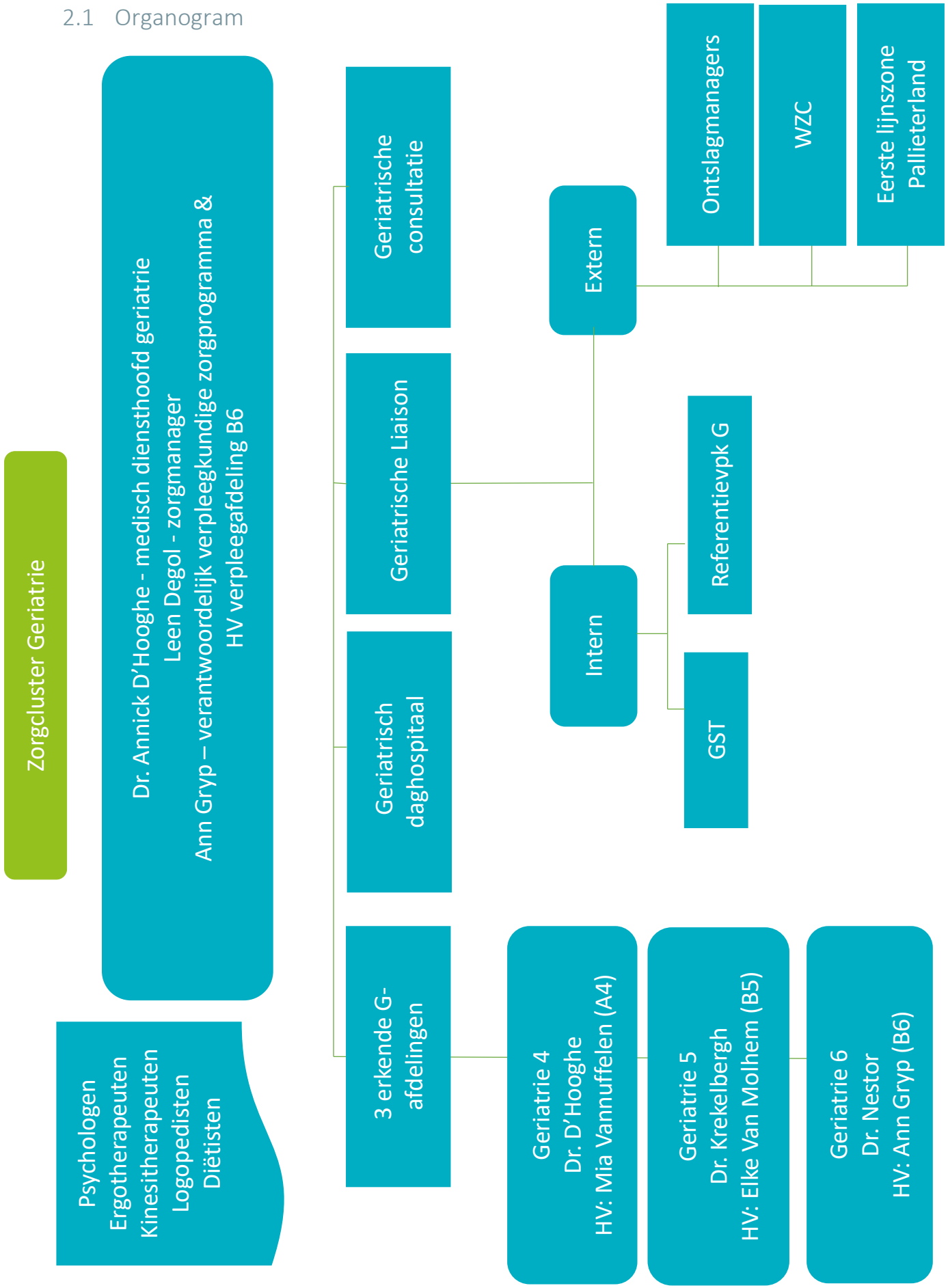
1 Inleiding

In het pluridisciplinair geriatrisch handboek wordt de werking en de organisatie van de zorgcluster geriatrie, zoals dit van toepassing is binnen het HeiligHartziekenhuis, beschreven.
Naast de afspraken rond de samenwerking tussen de diverse actoren, zowel intern als extern, zijn tevens de gehanteerde richtlijnen en het kwaliteitsbeleid dat wordt gevolgd hierin opgenomen.

Alle medewerkers die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor geriatrische patiënten binnen het zorgprogramma geriatrie kunnen dit raadplegen.
Via de website van het ziekenhuis (www.heilighartlier.be/specialisaties/geriatrie) is het ook ter inzage van alle patiënten en/of hun vertegenwoordigers.

2 DEEL I: Organogram en contactgegevens geriatrisch zorgtraject

2.1 Organogram

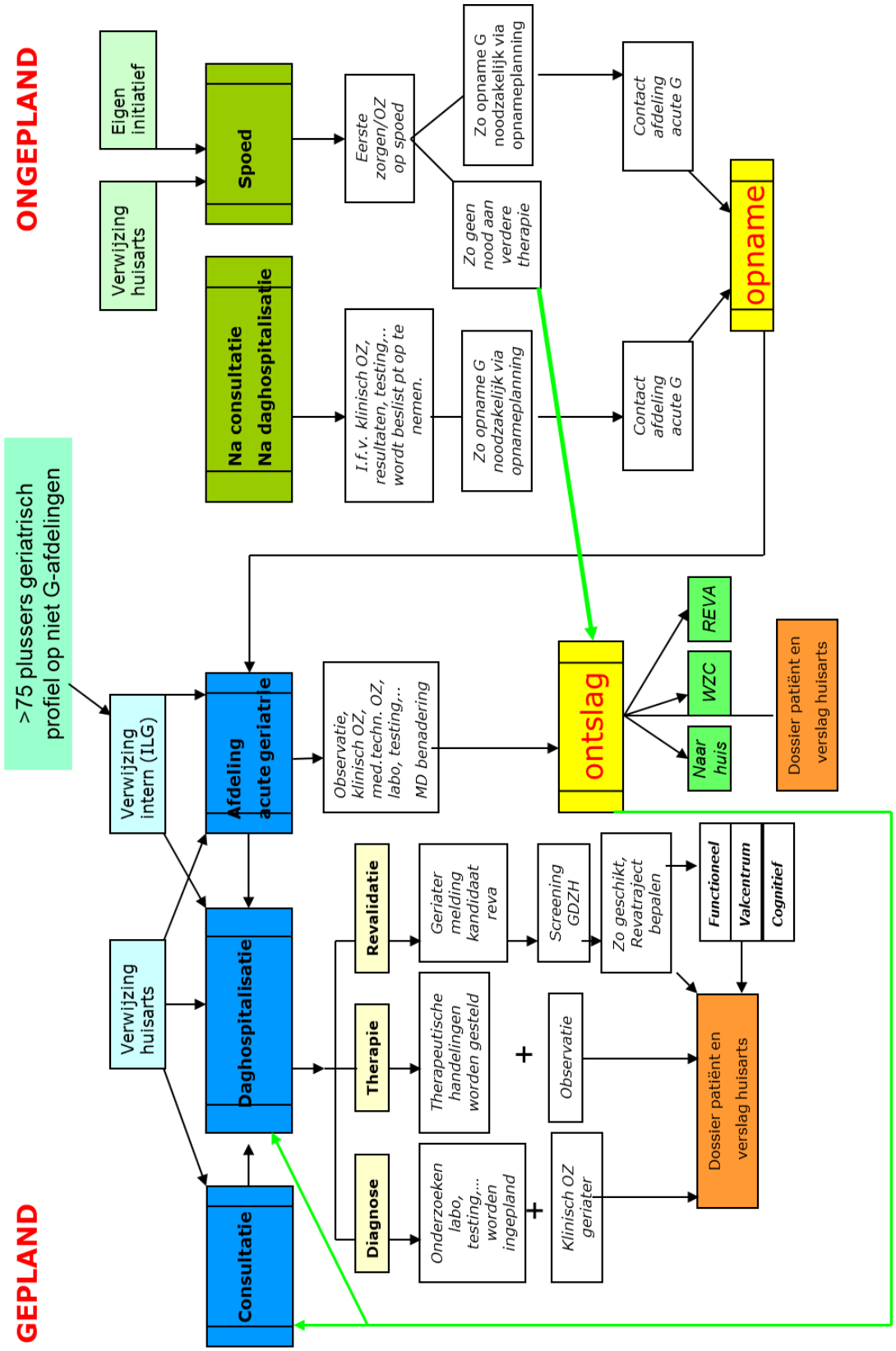


2.2 Pluridisciplinair geriatrisch team

Het pluridisciplinair geriatrisch team is samengesteld uit:

KWALIFICATIE	NOMINATIEF
Geneesheer-specialist inwendige bijzondere beroepsbekwaming in geriatrie	**Dr. A. D' Hooghe - diensthoofd geriatrie**
Verpleegkundigen	**Ann Gryp** *(hoofdverpleegkundige geriatrie-verpleegkundig verantwoordelijke zorgprogramma)* **Ania van Den Broeck** **Isolde Marien**
Zorgkundige	**Stefanie Nuytens**
Verpleegkundige optie sociale verpleegkunde	**Frank Augustynen**
Gegradueerde/bachelor kinesitherapie	**Inge Lornoy**
Gegradueerde/bachelor ergotherapeut	**Senne Mathys**
Gegradueerde/bachelor logopedist	**Pascale De Roeck**
Gegradueerde/bachelor dieetleer	**Dominique Mertens**
Licentiaat/master neuropsychologie	**Julie De Bot**
Zorgmanager	**Leen Degol**

2.3 Zorgtraject van de geriatrische patiënt binnen het ziekenhuis



Figuur 1: Geriatrisch zorgtraject

3 Deel II: Zorgprogramma geriatrie

Het zorgprogramma Geriatrie binnen het HeiligHartziekenhuis voorziet in een zorgaanbod voor (kwetsbare) oudere patiënten met verschillende acute aandoeningen of met chronische invaliderende aandoeningen. Het geriatrisch zorgtraject focust zich voornamelijk op het behandelen en voorkomen van deze aandoeningen met focus op behoud van zelfstandigheid, met ondersteuning waar nodig, om terug te keren naar een vertrouwde en/of veilige omgeving.

Met onze geriatrische benadering zoeken we steeds naar een evenwicht tussen fysiek, mentaal en sociaal welbevinden waarbij de patiënt als persoon centraal staat.

Door de focus te leggen op de aanpak van het totaalbeeld van acute en chronische problemen streven we om kwalitatief hoogstaande, warme zorg (en dienstverlening) aan te bieden aan de oudere zorgvrager en zijn familie en hen actief te betrekken in dit individuele zorgtraject. Om deze vaak complexe situaties/zorg aan te pakken, zal elke patiënt door de arts geriater multidisciplinair benaderd worden in nauwe samenwerking met de verpleegkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, (neuro)psycholoog, sociale dienst en diëtist. Vroegtijdige aanpak en opsporing van geriatrische risico's en levenskwaliteit van de oudere zorgvrager zijn hierbij prioritair.

3.1 Doelgroep

Het zorgprogramma geriatrie richt zich tot elke 75-plusser die opgenomen wordt in het Heilig Hartziekenhuis. Binnen het zorgtraject van de geriatrische patiënt wordt elke patiënt ouder dan 75 jaar EN opgenomen op een C- of D-afdeling, gescreend aan de hand van een gevalideerd meetinstrument, Geriatrisch Risico Profiel (GRP), op een mogelijk geriatrisch risico.

<u>Naast deze screening naar geriatrisch risicoprofiel kunnen ook 1 of combinatie van onderstaande inclusiecriteria leiden tot vaststellen van een geriatrisch profiel</u>:

- Fragiliteit of beperkte homeostase
- Polypathologie
- Atypisch klinisch beeld
- Gevaar voor functionele achteruitgang
- Opname op een geriatrische afdeling
- < 75 jaar en frailty patiënt

3.2 Missie en visie

Visie: Trouw aan de traditie en afkomst, met respect voor de tradities en historische waarden en principes, aangepast aan de moderne behoeften en omstandigheden is onze missie:

Missie: Met een groot hart voor hoog kwalitatieve zorg, in een collegiale samenwerking tussen alle stakeholders van het ziekenhuis, voor ieder die er beroep op doet, ongeacht ras, geslacht, afkomst, taal, stand of religieuze en politieke overtuiging, deontologisch, moreel, ethisch correcte zorg aanbieden, met respect voor het leven, eerlijk in oordeel en transparant en toegankelijk in communicatie

Strategische doelstellingen

- Voorkeurziekenhuis voor basiszorg, afgestemd op de behoeften van de patiënten en de regio.
- Hoge kwaliteit en veiligheid van de zorg.
- Optimale patiëntenbeleving door excellente dienstverlening en actieve betrokkenheid van de patiënt en zijn familie.
- Attractieve en bezielende werkomgeving voor de zorgprofessional.
- Transparante financiële structuur , gezond investeringsbeleid en continu aandacht voor procesoptimalisatie en efficiëntiewinsten.
- Innovatief denken.
- Constructieve interacties met stakeholders.

Kernwaarden

De visie en missie van het ziekenhuis zijn vertaald in vier kernwaarden. Elke functie draagt verantwoordelijkheden en taken binnen die kernwaarden. De invulling van die verantwoordelijkheden en taken is afhankelijk van de rol waarbinnen de functie valt. Iedere medewerker van het ziekenhuis draagt dan ook bij aan deze vier kernwaarden.

Figuur 2: Kernwaarden ziekenhuis

Visie op geriatrische zorg

Vanuit deze **visie, missie en** kernwaarden is de visie op geriatrische zorg opgesteld in een streven naar een ouderenvriendelijk ziekenhuis.

1. ***Respect*** *voor de zelfwaarde en de identiteit van de oudere zorgvrager gedurende het hele zorgtraject in al zijn facetten. Vanuit een holistische visie de patiënt als individu met een unieke levensgeschiedenis, benaderen, zowel op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel vlak.*

2. *Zorg op* ***maat.***

3. ***Participatie*** *van de mantelzorger als sleutelfiguur in het zorgproces/de evolutie die de oudere doormaakt. Ouderenzorg is familiezorg en kwalitatieve geriatrische zorg vraagt daarom participatie en betrokkenheid van familie, mantelzorgers, … om te komen tot een zorg op maat in overeenstemming met de identiteit en de persoonlijke waardigheid van de oudere.*

4. ***Beslissingsbekwaamheid*** *van de patiënt wordt geëerbiedigd. Door voldoende informatie aan te bieden de patiënt de kans geven om als partner zelfstandig beslissingen te nemen over zijn onderzoeken, zijn behandeling, zijn therapie, kortom over de geleverde zorg. De familie wordt – mits toestemming van de patiënt en indien nodig – betrokken in dit beslissingsproces*

5. ***Kwaliteit van leven*** *bieden vanuit het standpunt van de oudere is de doelstelling. Geriatrische zorg streeft naast genezing, naar een behoud van en verbetering van functionaliteiten, al dan niet met ondersteuning in de thuissituatie.*

6. *Door te focussen op vroegtijdige herkenning van geriatrische syndromen (bv. Valproblematiek, ondervoeding,..) kan* ***preventie*** *van ziekte en preventie van terugval een essentieel element zijn om heropname te vermijden.*

7. *Streefdoel is om therapeutische en diagnostische hardnekkigheid te vermijden. Het continu zoeken naar de balans zoeken tussen therapeutische hardnekkigheid versus leren loslaten, deskundig palliatief begeleiden vormt de uitdaging.*

8. *Vroegtijdige zorgplanning, tijdig starten van palliatieve therapie en begeleiding vormen de kernbegrippen in het geriatrisch beleid. Bij het bepalen van DNR-codes wordt er overleg gepleegd met patiënt en/of familie EN het multidisciplinair team.*

9. ***Continuïteit van zorg*** *verzekeren door ontslaggericht te werken van bij de opname en efficiënte gestructureerde transmurale communicatie te verzekeren tussen diverse interne en externe instanties (kerncontactpersoon, huisartsen, WZC, thuiszorgdiensten, mutualiteiten,..). Expertise ter beschikking stellen.*

10. ***Geïntegreerde patiënt georiënteerde zorg*** *aanbieden, vertrekkende vanuit de complexe en vaak multifactoriële geriatrische syndromen, een toegenomen behoefte aan zorg en met het toegenomen risico op chronische of permanente afhankelijkheid, onderschreven door een geriatrische zorgcultuur, vormt de leidraad om te komen tot een menswaardige ouderenzorg die de identiteit en de zelfwaarde van de oudere ondersteunt.*

4 Domeinen binnen het geriatrisch zorgprogramma

4.1 Verpleegafdelingen

Het Heilig Hartziekenhuis Lier beschikt over een erkende dienst geriatrie met 81 erkende bedden verspreid over 3 afdelingen (zie organogram). Het zorgtraject van de geriatrische patiënt doorheen het ziekenhuis wordt bepaald door het planningskarakter van de opname (gepland of niet gepland). Binnen de acute geriatrische setting komt het grootste deel van opnames ongepland via de dienst spoedgevallen.

De afdeling acute geriatrie is in eerste instantie een acute ziekenhuisdienst waar diagnostiek, multidisciplinair assessment, behandeling, revalidatie en ontslagplanning vanaf de eerste dag centraal staan. Om dit te kunnen realiseren wordt er standaard vanuit de diverse disciplines een evaluatie/anamnese uitgevoerd voor het medisch, verpleegkundig en paramedisch luik.

4.1.1 Opname

<u>De opnamecriteria zijn identiek aan de inclusiecriteria van het zorgprogramma geriatrie:</u>

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Actieve polypathologie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorde farmacokinetica
- Gevaar functionele achteruitgang
- Gevaar voor deficiënte voeding
- Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijk
- Psychosociale problemen

Zowel patiënten > 75 jaar als patiënten <75 jaar met een geriatrisch profiel worden opgenomen op de acute geriatrische afdelingen. Vanuit de triage van de dienst spoedgevallen wordt zowel na verwijzing door de huisarts of bij vaststelling van een geriatrisch profiel bij een patiënt, opgenomen op de afdeling geriatrie (zie zorgtraject).

4.1.2 Verblijf

Vanuit het opnamegesprek, zo kort mogelijk na aankomst op de afdeling, worden de specifieke noden en verwachtingen van de oudere zorgvrager in kaart gebracht. Vanuit deze gegevens worden het therapeutisch zorgplan en de interventies vastgelegd (zie schema).
De basiszorg voor de aanwezige geriatrische syndromen wordt samen met de aanpak van de specifieke zorgnoden volgens het “zorgpad opname acute geriatrie” (zie bijlage 3) gecoördineerd door de verantwoordelijke verpleegkundige (systeem van patiëntentoewijzing) van het team.
Gerichte screenings naar de geriatrische risico’s en functionaliteit vormen het vertrekpunt van het therapieplan.

De interdisciplinaire werking vertrekt vanuit de op evidentie gebaseerde zorg om een behandelplan op maat te kunnen bieden aan de (kwetsbare) oudere zorgvrager. Het wekelijks multidisciplinair overleg (MDO) laat toe om het therapieplan verder te optimaliseren en doelstellingen aan te passen waar nodig met alle betrokken zorgverleners. Streefdoel blijft een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en maximale levenskwaliteit te verzekeren aan de oudere zorgvrager waarbij patiënt als volwaardige partner betrokken wordt.

Deze zelfstandigheid geven we vorm door o.a. gedurende de ziekenhuisopname zelf de maaltijdkeuze te kunnen doorgeven met een eigen smartphone of tablet vanuit de ziekenhuiskamer. Indien dit voor patiënt niet mogelijk is, gebeurt er een dagelijkse bevraging van de voedingskeuze door de voedingsassistente.

4.1.3 Ontslag

De ontslagcriteria worden tijdens het multidisciplinair overleg besproken en aan de hand van de status en de te plannen ondersteuning (opname WZC, extra thuishulp,..) wordt de ontslagdatum vooropgesteld.

1. Medisch:

- therapie voor reden van opname is beëindigd
- medisch behandelplan is op punt gesteld
- medicatiebeleid is geoptimaliseerd met evaluatie van polyfarmacie
- fysieke toestand is door arts beoordeeld als voldoende
- fysieke toestand vraagt geen verdere onderzoeken meer
- het voltallige multidisciplinaire team ondersteunt het ontslag.
- patiënt weigert verdere onderzoeken en/of therapie

2. Functionaliteit:

- patiënt kan zelfstandig functioneren (ADL-IADL) of
- patiënt heeft een voldoende grote staat van zelfredzaamheid bereikt of
- patiënt heeft zijn maximale functionaliteit bereikt
- patiënt kan zijn hulpmiddelen correct gebruiken

3. Sociaal:

- patiënt kan zelfstandig wonen of
- patiënt is voldoende omkaderd in thuissituatie of
- opname in WZC of serviceflat is geregeld
- patiënt/familie/naasten zijn voldoende geïnformeerd
- er is, indien nodig in voldoende mate ondersteunende professionele zorg voorzien of er zijn, zo nodig, mantelzorgers aanwezig die de zorg kunnen en willen opnemen.
- mantelzorgers zijn, zo van toepassing, voldoende opgeleid om de zorg op te nemen.
  uitbreiding ondersteunende thuishulp is geregeld
  de hulpmiddelen, nodig voor een veilige re-integratie zijn aanwezig en correct gebruik is gekend

Opname- en ontslagcriteria zijn beschreven in “opnameprocedure geriatrie en ontslagcriteria geriatrie” en zijn door iedere medewerker terug te vinden via Infoland (documentbeheerssysteem). Om het ontslag naar een WZC vlot te laten verlopen is een leidraad “Checklist bij ontslag WZC” opgesteld. Vanuit het elektronisch patiëntendossier en binnen Infoland is deze overzichtslijst beschikbaar.

4.2 Co-management en samenwerkingsverbanden

1. Op de afdeling geriatrie is er ook een co-management met orthopedie. Patiënten met een geriatrisch profiel die t.g.v. een trauma een orthopedische operatie nodig hebben, worden opgenomen op de afdeling orthogeriatrie. Postoperatieve behandeling en opvolging is in co-management tussen geriater, het multidisciplinair geriatrisch team en de orthopedist.

2. Tevens is er een co-management met endocrinologie voor het opvolgen van nieuwe diabetes patiënten.

3. Nauwe samenwerking met PST in kader van opstart vroegtijdige zorgplanning en comfortzorg bij palliatieve patiënten.

4. Stroke-unit: geriater neemt actief deel aan het wekelijks multidisciplinair overleg over Stroke-patiënten aanwezig in het ziekenhuis.

5. Rond infectiebeleid is er een intense samenwerking met de klinisch biologen (wekelijks overleg).

4.3 Geriatrisch dagziekenhuis

4.3.1 Organisatie

Het geriatrisch daghospitaal (GDZH) omvat 6 posities voor geriatrische patiënten en is geopend op dinsdag en donderdag. Aanvragen voor daghospitalisatie kunnen via de verantwoordelijke van het dagziekenhuis of via de geriater ingediend worden.

Verwijzing naar het GDZH kan door patiënt, huisarts of geneesheer-specialist voor volgende indicaties:

- (verdere) diagnostische evaluatie,
- therapeutische oppuntstelling,
- geriatrische evaluatie
- revalidatie
- planning verdere screening na een geriatrisch consult.

De verantwoordelijke kijkt na welk het eerstvolgende vrije slot (datum) is en beslist in functie van de indicatie/aanvraag (concreet de te plannen acties) op welke datum deze patiënt in het planningsprogramma kan gezet worden. Dit planningsprogramma heeft een aantal vaste slots i.f.v. reden van bezoek daghospitalisatie (testing, therapie, revalidatie, ..).

De verpleegkundige van het GDZH overloopt met de coördinerende geriater één week vooraf voor de aanvragen van de patiënten voor het dagziekenhuis geriatrie:

- **Reden** van opname
- **Welke onderzoeken** dienen te gebeuren? *(aanvragen worden door de geriater geschreven – hoofdverpleegkundige contacteert de medisch-technische diensten telefonisch: de aanvragen met etiket gaan dag zelf pas mee)*
- **Welke therapeuten** moeten bij deze patiënt komen, wat er moet gescreend worden, welke testen er moeten afgenomen worden? (*hoofdverpleegkundige verwittigt de therapeuten: ergo, kinesitherapeut, psycholoog, …)*
- Moeten er **afspraken** gemaakt worden bij Revalier?
- …

Dossier van de patiënt wordt voorbereid in PrimUZ (elektronisch patiëntendossier) en per patiënt wordt een map aangelegd (verwijsbrief/aanvraagformulier, eventueel medisch dossier zo patiënt al gekend is in het ziekenhuis, de aanvragen voor de onderzoeken, eventueel voorschriften medicatie,..).

De **dagplanning** wordt opgemaakt door verpleegkundige van het GDZH :

- naam patiënten,
- geplande onderzoeken en consulten,
- paramedici,
- dossier opgevraagd

De pluridisciplinaire revalidatie wordt uitgevoerd door het multidisciplinair team van het geriatrisch dagziekenhuis op basis van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten. De huisarts krijgt nadien van de geriater, een eindverslag waarin naast de anamnese, de diagnose, de resultaten van de uitgevoerde screening en/of medisch-technische onderzoeken en de conclusies ook een gericht voorstel van geriatrisch zorgplan is opgenomen. Het eindverslag is terug te vinden in het patiëntendossier. Het bilan wordt meestal op het einde van de dag met de patiënt zelf en zijn familie besproken, waarbij deze geïnformeerd wordt omtrent de overmaking van informatie aan betrokken zorgverleners (Gemiddelde verblijfsduur 2022: 3u).

4.3.2 Indicaties

1. <u>Diagnostische</u>

Vooral in de problematiek rond (onder)voeding, osteoporose, cognitief functioneren en gangproblemen worden er diverse testings, onderzoeken, valscreening, consulten door diverse disciplines uitgevoerd. Verder behoort een preoperatief consult ook tot het aanbod op het geriatrisch dagziekenhuis.

De meest voorkomende zijn cognitieve screenings. Er zijn standaardafspraken voor de diagnostische oppuntstelling;

a) COGNITIEVE EN FUNCTIONELE EVALUATIE

<u>Bij aanvraag van volledige cognitieve evaluatie wordt er standaard:</u>

- bloedafname (tenzij recent labo beschikbaar is)
- CT-schedel zonder contraststof gepland (tenzij er gegevens CT beschikbaar zijn, wordt gekozen voor MRI)
- MMSE, ADL (Katz), IADL (Lawton), NPI-Q uitgevoerd door ergotherapeut:
- anamnesegesprek, heteroanamnesegesprek, observatie, afname testbatterij (min. twee subtesten per cognitieve functie, zowel in verbale als auditieve modaliteit) uitgevoerd door (neuro)psycholoog: Afhankelijk van de capaciteiten van de patiënt wordt de testbatterij al dan niet aangepast. Nadien volgt een mondelinge en schriftelijke rapportage aan de geriater.
- de geriater doet klinisch onderzoek en bespreekt de resultaten met patiënt en zijn/haar familie.

<u>Dag 1:</u> intakegesprek en evaluaties
<u>Dag 2:</u> bespreking resultaten en eventueel planning aanvullende onderzoeken

b) VALSCREENING

<u>Algemene evaluatie door kinesisten naar mobiliteit, evenwicht, kracht, lenigheid van de bovenste en onderste ledematen wordt gecombineerd met een standaard batterij testen:</u>

-Tinetti,
- Get-up and Go,
- Timed chair stands-test.

Aanvullend kan een evaluatie van nood aan gebruik hulpmiddelen door ergotherapeut en/of toelichting correct gebruik van de hulpmiddelen gebeuren.

2. <u>Therapeutisch</u>

Bloedtransfusie, puncties, wondzorg, toedienen van intraveneuze medicatie,… behoren tot het aanbod van ambulante therapie.

3. Revalidatie

Pluridisciplinaire revalidatie voor de geriatrische patiënt kan via diverse trajecten starten:

1. Pre-operatief
2. Functioneel
3. Valrisico

a) Preoperatieve voorbereiding en revalidatieplan postoperatief opstellen bij orthopedische ingrepen

- Preoperatieve onderzoeken coördineren (labo-EKG-RX Thorax)
- Evaluatie functionele toestand door de geriater
- Opstellen postoperatief revalidatieplan opstellen bij orthopedische ingrepen (THP-TKP,.) in functie van de revalidatiebehoeften
- Bespreken revalidatieschema
- Follow-up na revalidatieschema

b) Functionele revalidatie

- Doelgroep: posthospitalisatie na ernstige aandoening bij geriatrische patiënten (na heelkundige ingreep, NAH, neurologische problematiek, ..)
- Intake : Evaluatie revalidatiebehoefte en te behalen doelen (mogelijkheid tot verbetering functionele toestand!)
- Aanbod: individueel aangepast revalidatieprogramma (kine-ergo) vnl. gericht op mobiliteit (stand- en gangrevalidatie) en verbeteren zelfredzaamheid (ADL-training, tips om zelfstandigheid te behouden, info correct gebruik hulpmiddelen..) en neuropsychologische revalidatie. ;
- Aanleren transfers aan familie/mantelzorgers (ergo)
- Revalidatie van slikfunctie (bv. Slikproblemen bij dementerende patiënten,..) – Maaltijdbegeleiding – aanpassing voeding i.f.v. de mogelijkheden – afasie-…(logo)-
- Combinatie van individuele en groepstherapie (max. halve dag) – ergo-kine-logo-(neuro)psycholoog
- Max.3x/week gedurende 12 weken
- Opvolging na 3m-6m-12m?
- …

4.4 Interne liaison geriatrie(ILG)

De interne liaison (ILG) of geriatrisch support team (GST) is een mobiel geriatrisch team binnen het ziekenhuis met als doel ondersteuning te bieden en advies te verlenen over de zorg voor de geriatrische patiënt. Dit team maakt het mogelijk om de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelende geneesheerspecialist en de zorgteams en dit voor alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten met een geriatrisch profiel.

4.4.1 Doelgroep

Geriatrische patiënten zijn meestal ouder dan 75 jaar, vertonen verschillende aandoeningen tegelijk, die gepaard gaan met atypische en vage klachten, en gebruiken vaak verschillende soorten geneesmiddelen. Ze hebben een verzwakte homeostase, waardoor ze gevoeliger en kwetsbaarder zijn. Er bestaat ook de neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid. Hun zelfredzaamheid vermindert en er bestaat een groter risico op ondervoeding.

4.4.2 Werking interne liaison

De interne liaison voorziet in een aangepaste geriatrische benadering voor alle patiënten die aan een geriatrisch profiel beantwoorden, maar niet binnen de dienst geriatrie (kenletter G) gehospitaliseerd zijn.
Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt ouder dan 75 jaar wordt geëvalueerd of een specifieke pluridisciplinaire benadering wenselijk is. Een systematische opsporing van geriatrische patiënten is hier aangewezen. Ook bij patiënten jonger dan 75 jaar die een geriatrisch risicoprofiel vertonen, kan advies van ILG gevraagd worden.

Zie stroomdiagram figuur 4

4.4.3 Risicobepaling

Bij elke opgenomen patiënt van 75 jaar en ouder wordt het geriatrische risicoprofiel beoordeeld binnen de 24u na opname. Dit zowel voor ongeplande (spoedgevallen) als geplande opnamen.

De verpleegkundige gaat na of er een geriatrisch zorgprofiel aanwezig is a.d.h.v. het “Geriatrisch risicoprofiel” (zie bijlage 1).

Bij een totaalscore van 2 of meer en na akkoord van de behandelende arts [2] kan de interne liaison geriatrie (ILG) gevraagd worden.

1. Aanwezigheid cognitieve stoornis
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner/familie
3. Moeilijkheden bij stappen/transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden
4. Gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden
5. Patiënt gebruikt >= 5 geneesmiddelen

[1] Bron screeningsinstrument geriatrisch supportteam UZ Leuven
[2] De behandelende arts zal dit bespreken met de patiënt en of zijn familie en dit o.a. in het kader van de wet op de patiëntenrechten en meer bepaald de vrije keuze van hulpverlener

4.4.4 Screening geriatrische patiënt

Bij elke patiënt die een positieve risicoscreening heeft (zie punt 1) zal een verdere gedetailleerde screening gebeuren aan de hand van het 'Screeningsdocument geriatrische patiënt interne liaison geriatrie in het elektronisch medisch dossier' (zie bijlage 4). Dit zal gebeuren door een verpleegkundige van het ILG-team.

Hierbij wordt een gedetailleerde screening gedaan van bestaande en/of potentiële (verpleeg)problemen bij deze patiënt zoals:

- Mate van zelfredzaamheid
- Mate van mobiliteit en valrisico
- Ondervoeding
- Slikproblemen
- Zicht en gehoor
- Medicatiegebruik en polyfarmacie
- Sociale situatie en ondersteuning thuis.

Deze evaluatie is terug te vinden in het patiëntendossier. Op basis van deze pluridisciplinaire screening formuleert de verpleegkundige van ILG een advies aan de behandelende arts, over welke disciplines uit het multidisciplinaire team best ingeschakeld worden en formuleert de nodige voorstellen tot diagnose en of therapie.

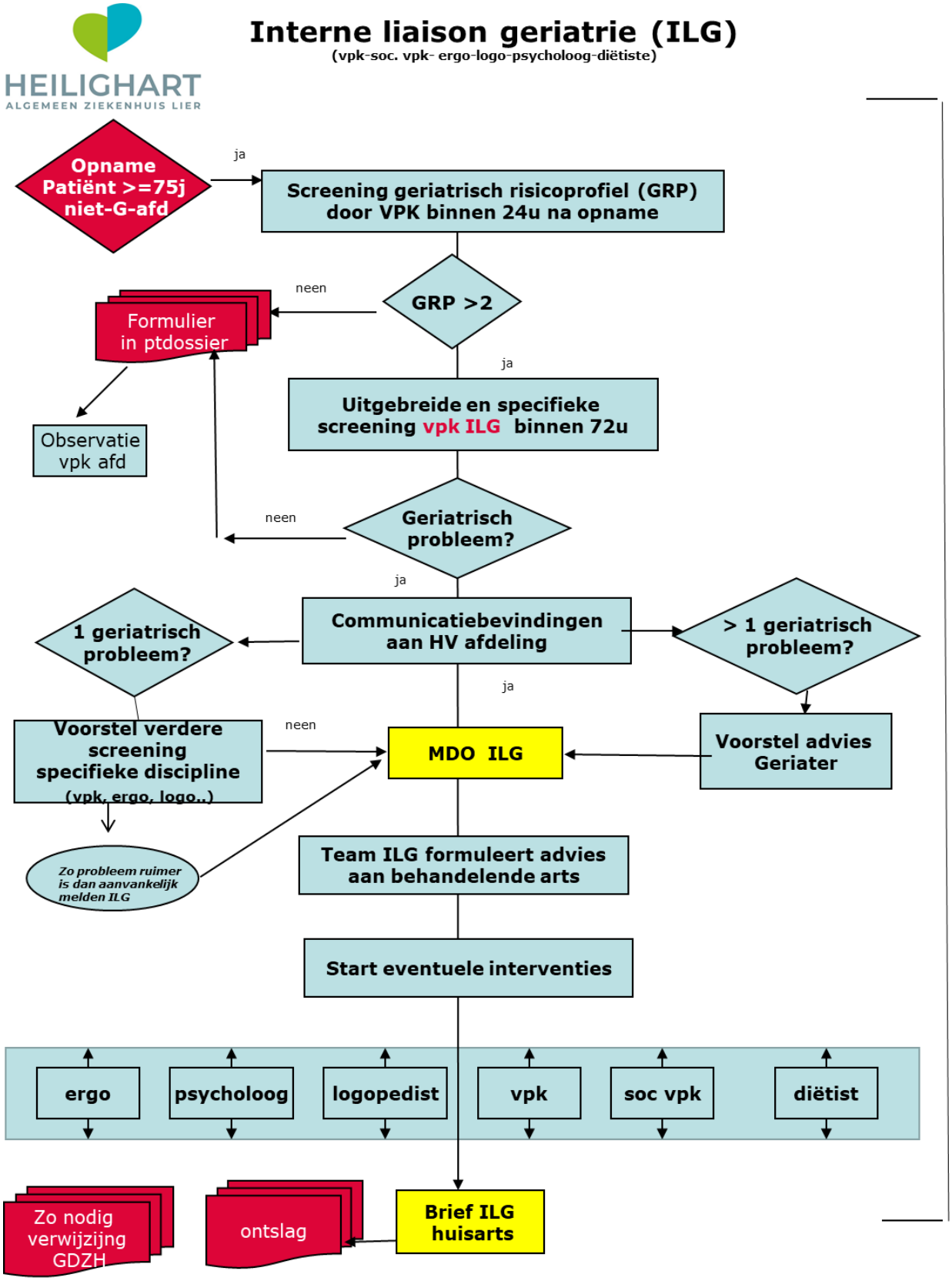
Indien de behandelende arts zich akkoord verklaard met dit advies kunnen de (diverse) leden van het ILG gecontacteerd worden. Hun taak omhelst een verdere gerichte evaluatie van het probleem met de nodige acties naar de zorg (multidisciplinair). Vanuit hun specifiek competentiedomein zullen deze leden van het multidisciplinair team (psycholoog, ergotherapeut,..) deze screening vervolledigen om zo te komen tot een geïntegreerd multidisciplinair advies.

Indien de problematiek zich beperkt tot 1 discipline (bv. verpleging of diëtiste, ...) zal deze discipline het vastgestelde probleem verder behartigen. Indien het gaat om meer dan 1 discipline (bv. verpleging en logopedie,..) zal deze patiënt besproken worden op het formele overleg van de ILG. Indien gewenst kan er een consult van de geriater gevraagd worden.

De behandelende arts geeft dan toelating om een "pluridisciplinair zorgplan" op te stellen en te hanteren voor deze patiënt.

E-mail:

Het liaisonteam is beschikbaar op weekdagen en bereikbaar via:
Mail : liaisongeriatrie@heilighartlier.be
Telefoon : 03/491 2939



Figuur 3: interne liaison geriatrie

4.5 Externe liaison geriatrie

De externe liaison maakt het mogelijk de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts van de woonzorgcentra en de diverse zorgverstrekkers in de 1stelijnszorg. Dit alles in een streven om continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, alsook synergiën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.

4.5.1 Zorg continuïteit en ontslagmanagement

- Sociale anamnese van de patiënt *(wettelijk vertegenwoordiger, mantelzorger)* o.b.v. intakeformulier binnen de 24 u na opname.
    - Inschatting van de thuissituatie *(familiale situatie, netwerk en steunfiguren, woonsituatie, financiële mogelijkheden, reeds bestaande vormen van thuiszorg, thuisverpleging, maaltijden, hulpmiddelen, alarmsysteem, preventieve wachtlijst WZC, …).*
    - Een afzonderlijk gesprek met de mantelzorger, wettelijk vertegenwoordiger kan daarbij aangewezen zijn.
    - De sociale dienst luistert naar de bezorgdheden, vragen en verwachtingen van de patiënt of diens vertegenwoordiger.

- Wekelijks multidisciplinair overleg MDO
    - Interdisciplinair overleg (behandelend arts, verpleegkundigen, paramedici, sociale dienst) geleid door de geriater, met als doel:
        - Toelichting diagnose, medisch behandelplan, prognose
        - Toelichting vanuit de verschillende paramedische en sociale anamneses, disciplines
        - Gezamenlijke opmaak van een multidisciplinair zorgplan 'op maat' en een gedragen advies in het kader van ontslag *(thuiszorg, hulpmiddelen, kortverblijf, WZC, …)*
        - Bepalen van voorlopige ontslagdatum
    - De sociale dienst behartigt daarbij de belangen van de patiënt en de mantelzorger (wat zijn de bezorgdheden, wensen of verwachtingen van de patiënt? Wat zijn de mogelijkheden van de patiënt (bv. financieel)).
    -

- Sociale dienst legt het zorgplan en de daarbij horende adviezen -in een heldere taal- uit aan de patiënt en zijn kerncontactpersoon/mantelzorger, wettelijk vertegenwoordiger. Aan de hand van brochures, websites en op basis van een goed netwerk in de regionale eerstelijn, stelt de sociale dienst concrete oplossingen voor die een veilig en kwaliteitsvol ontslag mogelijk maken. In sommige situaties is een familiegesprek met de behandelende arts aangewezen ter verduidelijking.

- De sociale dienst zal, indien gewenst, de uiteindelijke zorg in de eerste lijn praktisch aanvragen, in orde brengen voor de patiënt. De geregelde zorg wordt op overzichtelijke wijze genoteerd *(met contactpersonen, telefoonnummers, gemaakte afspraken)* en worden overhandigd aan de patiënt en zijn mantelzorger.

- Ook na het ontslag faciliteert de sociale dienst zich als aanspreekpunt moesten er toch nog onduidelijkheden, vragen opduiken.

4.5.2 Functionele samenwerkingsverbanden

Het Heilighartziekenhuis heeft met diverse organisaties bestaande functionele samenwerkingsovereenkomsten om deze transmurale zorg zo vlot mogelijk te organiseren en coördineren. Onze stafmedewerker transmurale samenwerking, Hilde Hofman (diensthoofd patiëntenbegeleiding), neemt daar een coördinerende rol in op.

THUISZORGDIENSTEN

Met volgende diensten voor thuiszorg werkt het Heilig Hartziekenhuis structureel samen om coördinatie thuiszorg bij ontslag te voorzien:

- Sociaal Centrum Thuiszorgdienst VNZ
  - Antwerpsestraat 145, 2500 Lier
  - 03/491.86.67
- I-Mens Antwerpen
  - Uitbreidingsstraat 184, 2600 Antwerpen
  - 078/152535
- De Voorzorg
  - Samenwerking ziekenhuiscoördinator regio Mechelen
    - Wekelijks bezoek sociale dienst (of patiënten/familie)in het kader van:.
      - patiënten die zij reeds begeleiden
      - nieuwe aanvragen
- Phil at home – AG Insurance
  - *Phil at Home biedt oplossingen rond veiligheid en comfort in en rond uw huis én dankzij de Phil at Home-tablet en -app kan u eenvoudig communiceren en organiseren met familie en vrienden. Phil, de persoonlijke coördinator uit uw buurt, regelt het allemaal voor u. U wilt genieten van het leven en genoeg tijd hebben voor wat u echt belangrijk vindt. Daarom is er nu Phil at Home, de slimme oplossing voor optimaal wooncomfort en veiligheid, 24/7 uit én thuis met Phil, uw persoonlijke coördinator.*
- Jane -technologische ondersteuning thuiszorg
- Gezinszorg Lier
  - Berlarij 35-37, 2500 Lier
- Prim@home (dienstenchequebedrijf)
  - Antwerpsestraat 131 B1, 2500 Lier
  - 03/361.66.20
- Familiehulp Mechelen vzw
  - Van Benedenlaan 73, 2800 Mechelen
  - 015 / 29 25 70
- Ferm Thuiszorg Prov. Antwerpen
  - Werft 63, 2440 Geel
  - 0032 800 112 05

Vanuit sociale dienst is er een wekelijks zorgafstemmingsoverleg met Wit Gele Kruis Lier en met de ziekenhuiscoördinator van De Voorzorg (regio Mechelen). In het kader van gehospitaliseerde patiënten die ze al begeleiden of voor nieuwe aanvragen is er een gestructureerd overleg met sociale dienst (of patiënten/familie).
Jaarlijks is er een overlegplatform met de thuisverpleging in de regio om verdere samenwerking te optimaliseren.

HUISARTSENKRINGEN

Momenteel zijn er samenwerkingsverbanden met de huisartsenkringen:

- Dijle & Netevallei vzw
- Pallieterland en omgeving (HPO)

WOONZORGCENTRA

Met onderstaande WCZ is er een functionele binding door een samenwerkingsovereenkomst .

WZC Sint-Augustinus vzw	BERLAAR
WZC Sint-Jozef	KESSEL
WZC Paradijs	LIER
WZC Huize Nazareth	LIER
WZC Sint-Jozef	LIER
WZC Sint-Mathildis vzw	BOECHOUT
Rusthuis Avondvrede	BOECHOUT
WZC Halmolen	HALLE-ZOERSEL
WZC O.L.V. van Troost	ZANDHOVEN
WZC Millegem	RANST
WZC De Wijngaard	GROBBENDONK
WZC Waterrijk	GROBBENDONK
WZC Vogelzang	HERENTALS
Residentie Boeyendaalhof	HERENTHOUT
WZC Heilig Hart	NIJLEN
Woonzorghuis Ten Kerselaere	HEIST-OP-DEN-BERG
WZC Berkenhof	HEIST-OP-DEN-BERG
WZC Heilige Familie	HEIST-OP-DEN-BERG
WZC Ter Nethe	HULSHOUT
WZC Heilig-Hart	PUTTE
WZC Herenhof	LIER
WZC Kloosterhof	BERLAAR
WZC Zonnestraal	LINT

Het overlegplatform tussen de sociale diensten en hoofdverpleegkundigen van de WZC vindt 2x/jaar plaats. Inhoudelijk omvat dit een vormingsmoment en uitwisseling van informatie (bv. Wijziging afspraken/procedures, bespreekbaar maken aandachtspunten,..) om de samenwerking te optimaliseren.

Om deze samenwerkingen met de WZC verder uit te bouwen en te optimaliseren zijn er focusgroepen gestart met de CRA's en directie van de WZC in maart 2022. Resultaten van deze besprekingen zijn teruggekoppeld aan de WZC en verbeterpunten worden gebruikt om de samenwerking met WZC te optimaliseren binnen het ziekenhuis.
De hoofdverpleegkundigen en de sociale dienst voor geriatrie gaan jaarlijks op bezoek (rondleiding, info werking,..) bij enkele WZC om samenwerking te bevorderen.

CENTRA VOOR DAGVERZORGING

Met volgende centra voor dagverzorging is er een samenwerking:

- Den Olm, Bonheiden
- Czagani, Broechem
- Cantershof, Hove

ANDERE OVERLEGPLATFORMEN

Ook de samenwerking met stad Lier is zeer intens wat het ouderenbeleid betreft. Jaarlijks nemen onze medewerkers deel aan de seniorenbeurs van de stad Lier om vanuit het ziekenhuis aandacht te vragen voor mobiliteit, valpreventie en omgang met personen met dementie.
De ontslagmanager van het HeiligHartziekenhuis neemt deel aan de vergaderingen "werkgroep ouderenbeleid" van stad Lier. Verder is er een actieve samenwerking met Werkgroep thuiszorgoverleg van stad Lier.
De Dementiecoach van het ziekenhuis participeert in de werkgroep dementie van stad Lier i.k.v. dementievriendelijke stad.

Binnen de provincie Antwerpen nemen de medewerkers van sociale dienst deel aan het Overlegplatform sociale diensten van de Provincie Antwerpen.
Diensthoofd patiëntenbegeleiding is verder actief binnen overleg sociale diensten binnen het netwerk Briant en Werkgroep hoofden sociale diensten van Zorgnet Icuro.

ELZ PALLIETERLAND

- Actieve bijdrage praatcafé dementie ELZ Pallieterland
- Zorgraad en overlegplatform ELZ Pallieterland

4.5.3 Communicatie

Om de professionals snel en gericht de informatie te kunnen bezorgen en te raadplegen is er binnen de website van het ziekenhuis een specifiek luik voor professionals voorzien. Indien gewenste informatie niet beschikbaar is of advies nodig is, kan dit eenvoudig via mail gevraagd worden (wzc@heilighartlier.be).

Op de website zijn alle facetten van geriatrie terug te vinden samen met de nodige informatie voor familie, patiënten en geïnteresseerden.

Communicatie is ook gericht naar de mantelzorgers. Zo worden er 2 keer per jaar een reeks van 10 informatiesessies georganiseerd voor mantelzorgers voor personen met dementie georganiseerd door onze DEN-coaches. Deze Dementie en NU-sessies (DEN) worden gegeven in nauwe samenwerking met het Expertise centrum Dementie Vlaanderen.

expertisecentrum dementie Vlaanderen

4.6 Consultatie geriatrie

Een consultatie voor een niet-opgenomen geriatrische patiënt gaat steeds door op de locatie van het geriatrisch daghospitaal. Geriatrisch consult gebeurt steeds volgens afspraak. De patiënt of de huisarts maakt een afspraak voor het geriatrisch dagziekenhuis op het nummer 03/491 3331.

Het geriatrische consultatie omvat:

- Anamnese (antecedenten,..) patiënt en/of familie
- Thuismedicatie
- Huidige klachten en problemen bevragen
- Klinisch onderzoek
- Gerichte korte cognitieve testing (bv. MMSE,..)
- Mobiliteit- en valscreening

Na een gestandaardiseerd geriatrisch assessment zal de geriater:

- De patiënt informeren over (aangepast) beleid en medicatie en
- De huisarts bevindingen meedelen via brief en/of
- De patiënt doorverwijzen naar het dagziekenhuis geriatrie voor verdere screening (aanvullende technische onderzoeken, uitgebreide cognitieve screening,....) of
- Een opname plannen op geriatrie voor verdere screening en /of oppuntstelling van de therapie

5 Kwaliteitsopvolging

Binnen onze geriatrische afdelingen willen we verantwoorde zorg aanbieden die voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid (cfr. Decreet 17.10.2003 kwaliteitszorg algemene ziekenhuizen). Door een goede samenwerking met huisartsen, thuiszorgdiensten en/of WZC werken we aan continuïteit van zorg zodat een kwaliteitsvol ontslag mogelijk wordt.

Om dit te kunnen realiseren stellen we een aantal doelstellingen voorop vertrekkend vanuit onze visie op geriatrie:

5.1 Doelstellingen

GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET LOUTER NAAR LEEFTIJD, ZIEKTE EN ZELFREDZAAMHEID.

Verouderen is een levensproces waarvan achteruitgang van gezondheid en verminderde zelfredzaamheid vaak onvermijdelijk deel uitmaakt. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen verwachte achteruitgang, dus “gezondheid” en onverwachte achteruitgang, dus “ziekte”.

GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET ALLEEN NAAR DE BESTAANDE BEPERKINGEN VAN PATIËNTEN.

Het accent moet liggen op de combinatie van (h)erkennen van bestaande beperkingen en zoeken naar (potentiële) mogelijkheden en deze ten volle benutten (bv. stimuleren tot zelfzorg). Vroegtijdige herkenning van geriatrische syndromen (bv. vallen, delier, depressie, ondervoeding,..) is elementair. Doel van ouderenzorg is op zo’n manier te ondersteunen dat ze zichzelf, ondanks de vervreemdende gevolgen van het verouderen, toch als persoon kunnen terugvinden. Oud zijn is niet “out”.

GERIATRISCHE ZORG RICHT ZICH NIET ALLEEN NAAR DE INDIVIDUELE PATIËNT.

Ouderenzorg is familiezorg en kwalitatieve geriatrische zorg vraagt daarom participatie en betrokkenheid van familie, mantelzorgers, … om te komen tot een zorg op maat in overeenstemming met de identiteit en de persoonlijke waarden van deze ouderen.

GERIATRISCHE ZORG IS NIET ENKEL ZORG IN ANTWOORD OP EEN PROBLEEM.

Naast gerichte verzorging en revalidatie vormt preventie van ziekte en preventie van terugval een essentieel element in de ouderenzorg.

GERIATRISCHE ZORG VRAAGT CONTINUÏTEIT.

De zorg moet verleend worden binnen een context van continuïteit, 24u op 24u. Continuïteit van zorg betekent ontslaggericht werken van bij de opname en efficiënte gestructureerde communicatie verzekeren tussen diverse instanties .

GERIATRISCHE ZORG HEEFT NIET ALLEEN "GENEZING" TOT DOEL, MAAR "BEHOUD VAN" EN "VERBETERING VAN" FUNCTIONALITEIT.

Vanaf het moment van opname werken naar ontslag in welke vorm dan ook is een essentieel onderdeel van de zorg voor geriatrische patiënten. Aanleren van oefeningen en gerichte revalidatieprogramma's dragen bij tot het behoud van functionaliteit.

Door een pluridisciplinaire benadering proberen opname te vermijden en/of opnameduur te beperken. Doelstelling blijft om patiënt zo snel mogelijk terug naar zijn thuissituatie te brengen zodanig dat hij er zich zo lang mogelijk kan handhaven, al dan niet met ondersteuning.

5.2 Opdrachten

KWALITEITSVOLLE ZORG

Het zorgaanbod moet aangepast en toegankelijk zijn voor de geriatrische patiënt. Elke geriatrische patiënt binnen en buiten het ziekenhuis moet van dit gerichte zorgaanbod gebruik kunnen maken. Richtlijnen valpreventie en vrijheidsbeperkende maatregelen moeten bijdragen tot het sensibiliseren van de medewerkers tot aandacht voor de "kwetsbare situatie" van de oudere zorgvrager. Het aanbieden van een denkkader helpt om het probleem op een weldoordachte en gestructureerde manier te benaderen.

GERIATRISCHE ZORGCULTUUR

Een meer globale aanpak van de geriatrische patiënt nastreven, rekening houden met de (bestaande) multipathologie, met de complexe sociale situatie, met de toegenomen behoefte aan zorg en met het toegenomen risico op chronische of permanente afhankelijkheid. Geriatrische zorgverlening omvat een geheel van houdingen, kennis en vaardigheden waarmee men de oudere zorgvrager tegemoet komt in hun lichamelijke en psychische mogelijkheden en beperkingen. Menswaardige ouderenzorg ondersteunt de identiteit en het zelfwaardegevoel van de oudere.

IMAGO GERIATRIE

Het is zeer belangrijk dat zowel intern (binnen het ziekenhuis) als extern (familie, huisartsen,..) gewerkt wordt aan de positieve imagovorming van de geriatrische zorg. De complexiteit van de ouderenzorg vraagt een eigen "professionele" houding en multidisciplinaire aanpak die bij zorgverleners buiten de geriatrie afdelingen niet altijd gekend is en niet steeds de nodige waardering krijgt.

5.3 Opvolging kwaliteit

Om kwaliteit te kunnen opvolgen binnen de afdelingen wordt er op verschillende niveaus en met diverse methodes gewerkt aan kwaliteitsbewaking en patiëntveiligheid:

- **Tevredenheidsbevraging patiënten**
- **Interne audits**
  - Rond specifieke thema's (medicatie, valpreventie,..) of op afdelingsniveau.
- **Operationele data**
  - Opvolging van bedbezetting, ligduur,… zijn voor elke afdeling beschikbaar in specifieke dashboards in een streven naar een verantwoorde ligduur en performant beleid.
- **Kwaliteitsindicatoren**
  - CAUTI, CLABSI
  - Op ziekenhuisniveau: decubitus (1x/maand), vallen en medicatie (2x/jaar), valincidenten (opvolgen door werkgroep valpreventie), handhygiëne (team ziekenhuishygiëne), SBAR overdrachtscommunicatie (dashboard terug te vinden)
  - Resultaten zijn per afdeling en op ziekenhuisniveau terug te vinden in de dashboards op het intranet zodat elke afdeling zich kan positioneren t.o.v. andere afdelingen en het algemene resultaat op ziekenhuisniveau.
  - Op afdelingsniveau: indicator per maand op te volgen door de afdeling (PDCA)
- **Verbetersystemen (PDCA – verbeterbord)**
  - Op elke afdeling bevindt zich een verbeterbord om de kwaliteitsopvolging van de indicatoren op de afdeling zichtbaar en aantoonbaar te maken. Eigenaarschap ligt bij de leidinggevende en het team om dit te op te volgen en te continueren.
- **Kwaliteitsrondgang op de afdeling door leidinggevende**
- **Kwaliteitsbeurzen (2x/jaar)**
- **VIR-buddy en VIR-eigenaar**
  - De VIR-eigenaar beschikt over een zeer gedegen kennis van de normcriteria en nalevingstesten in de meest recente Q-mentum (Global) normen, betreffende de Vereiste Instellings Richtlijn (VIR). Beschikt verder over zeer gedegen kennis van de inhoud en toepassing van de actuele procedure die invulling geeft aan de VIR en wat van de VIR wordt verwacht van zorgverleners in de dagdagelijkse praktijk. Om dit te kunnen realiseren is er op elke afdeling een VIR-buddy aanwezig, die gevolgd en gecoacht worden door de VIR-eigenaar.
  - De VIR-eigenaar organiseert als voorzitter minimaal 2x/jaar een vergadering van de VIR-werkgroep en zorgt via deze werkgroep voor:
    - Actueel omschreven beleid dat afgestemd is met de verschillende doelgroepen / belanghebbenden en gedragen wordt.
    - Implementatie van het beleid betreffende deze VIR in het ganse ziekenhuis.
    - Gerichte communicatie van dit beleid, toezicht op de naleving ervan en evaluatie van het beleid i.f.v.de PDCA-cyclus, in samenwerking met het team kwaliteit & patiëntveiligheid.
    - Vorming en training van alle medewerkers in het ziekenhuis via de vormingsverantwoordelijke van HR (opleidingsprofiel, inhoud van de opleiding, frequentie …).
    - Mogelijke agendapunten voor de VIR-werkgroep zijn: opvolging incidentmeldingen.
- **Opvolging auditresultaten**
  - Bespreking van inpunt van de werkvloer en VIR-buddy's betreffende opleidingen, haalbaarheid beleid ...

De VIR-eigenaar beantwoordt inhoudelijke vragen van VIR-buddy's, afdelingshoofden en andere ziekenhuismedewerkers, omtrent de VIR waarvoor de VIR-eigenaar verantwoordelijk is.

Voor elke "Vereiste instellingsrichtlijn (VIR)" zijn buddy's aangeduid op elke afdeling binnen het ziekenhuis. Deze personen hebben een specifieke functie binnen hun team.
De VIR-buddy heeft de vrijheid naar eigen inzicht en in functie van zijn eigen kwaliteiten en de eigenheid van zijn afdeling een (creatieve) invulling te geven aan de rol van VIR-buddy. De VIR-buddy neemt een rol van ambassadeur op in het kader van de aan hem toegewezen VIR. Daartoe heeft hij wel volgende verantwoordelijkheden:

- Beschikt over een gedegen kennis van de VIR, zowel wat betreft de normcriteria als wat betreft de nalevingstest in de meest recente Q-mentum (Global) normen. Hij wordt hierin gecoacht door de VIR-eigenaar.
- Beschikt over een gedegen kennis van de inhoud en toepassing van de actuele procedure die invulling geeft aan de VIR en wat van de VIR wordt verwacht van zorgverleners in de dagdagelijkse praktijk op zijn afdeling. Hij wordt hierin gecoacht door de VIR-eigenaar.
- Neemt actief deel aan de vergaderingen van de VIR-werkgroep.
- Beantwoordt op afdelingsniveau inhoudelijke vragen van de medewerkers, omtrent de VIR

5.4 Documentbeheersystem

5.4.1 Documentbeheersysteem

Het centraal beheerde documentsysteem, Infoland, moet ertoe bijdragen om medewerkers de gerichte informatie, richtlijnen, procedures en werkinstructies aan te bieden. Deze info is terug te vinden in Infoland en in de zorgactiekaarten beschikbaar op de afdelingen.

<u>Naast de ziekenhuisbrede procedures zijn er een aantal specifieke richtlijnen belangrijk binnen geriatrie:</u>

- Staand orders geriatrie
- Valrisico en valpreventie
- Dementie
- Zorgpad Totale Heupprothese
- Zorgpad Laatste levensfase
- Ondervoeding
- Omgaan met storend gedrag en wegloopgedrag
- Delirium
- Agressie
- Oudermis(be)handeling
- Slikscreening
- Incontinentie
- EWS geriatrie
- Verdwijning van een ge(des)oriënterende patiënt
- Flowchart gebruik van juiste hulpmiddel

5.4.2 Gevalideerde screeningsinstrumenten

Om een correcte en objectieve status van de geriatrische patiënt te kunnen opmaken, worden er binnen de geriatrische zorgverlening diverse evaluatieschalen gebruikt om de acute geriatrische syndromen te evalueren en te beoordelen.

INDICATIE	INSTRUMENT	VERANTWOORDELIJKE GEBRUIKER
Therapiebeperking	DNR	Behandelende arts
Delier	RBD - DOS-schaal	Verpleegkundige, behandelende arts
Cognitieve	MMSE	Ergotherapeut
Depressie	GDS	Ergotherapeut, psycholoog
Pijn	NRS - PAINAID	Verpleegkundige, arts
Ondervoeding	MUST	Verpleegkundige, diëtiste
Valscreening	3 vragen, Stand-up and go, Tinetti	Verpleegkundige, geriater, kinesist, ergotherapeut
Functioneel verval	Activities-of-daily-living-evaluatie (ADL)	Ergotherapeut, kinesist
Decubitus	3 vragen	Verpleegkundige

5.5 Competentiebeleid

Naast een degelijke screening bij aanwerving en een gestandaardiseerd inscholingstraject, "Start to work" genoemd, wordt continue bijscholing aangemoedigd binnen het ziekenhuis.

Om nieuwe zorgverleners een goede introductie binnen het geriatrisch domein te kunnen aanbieden, zijn er diverse E-learnings ontwikkeld over specifieke geriatrische topics:

- Geriatrische observatieparameters
- Staand orders geriatrie
- Valpreventie
- Delier
- Meetinstrumenten
- Ondervoeding
- Pijnbeoordeling bij bejaarden
- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Incontinentie

Aan de equipe wordt de mogelijkheid gegeven om zich continu bij te scholen door het volgen van interne en externe bijscholingen.
Recent zijn de "Topics in de geriatrie" gestart om 2x/jaar gerichte thema's binnen zorgdomein geriatrie te belichten.

Tijdens het jaarlijks functioneringsgesprek kan in samenspraak met de werknemer, in kader van persoonlijk ontwikkelingsplan, besproken worden welke opleiding(en) gevolgd kunnen worden. Overzicht van gevolgde opleidingen is door de medewerker zelf op te volgen via tool van E-blox HR- ontwikkelplan.

Naast competentie van medewerkers is hun engagement van onschatbare waarde om het geriatrisch zorgbeleid te doen slagen en onze geriatrische zorgcultuur verder uit te bouwen. Met waarderend beleid, op regelmatige basis functioneringsgesprekken en het aanbieden van een loopbaanontwikkelingsplan streven we ernaar onze medewerkers te laten groeien.

6 Dementievriendelijk ziekenhuis

Binnen het ziekenhuis vormt het dementiebeleid de leidraad voor goede zorg, ondersteuning en bevordering van kwaliteitsverbetering in alle domeinen van wonen, welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning.

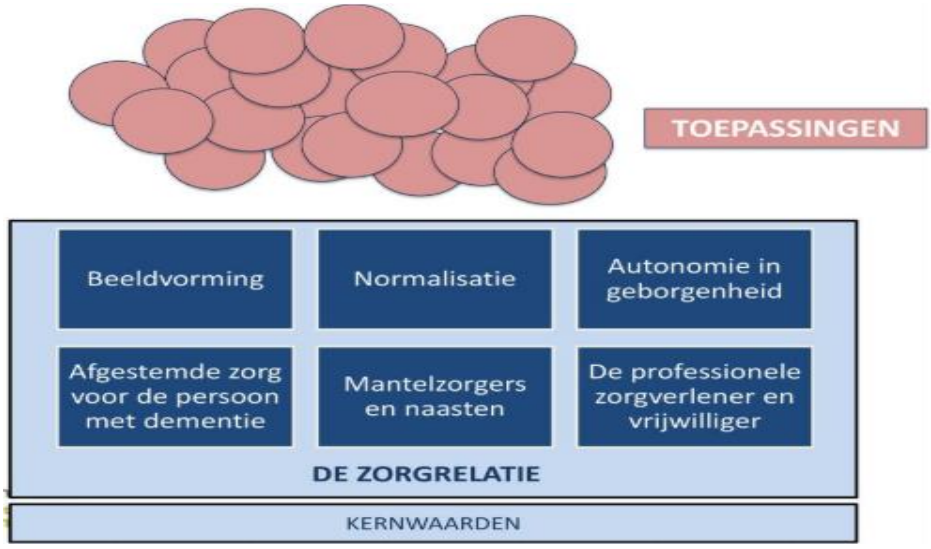
Krachtige kern van deze visie is de benadering van de persoon als mens in plaats van het ziektebeeld. Zo lang mogelijk méns zijn en in regie blijven, met respect en gezamenlijke besluitvorming voor de eigen wensen en behoeften van de unieke persoon, ook bij gevorderde dementie en co-morbiditeit. We willen personen met dementie aanspreken op hun mogelijkheden, in plaats van enkel oog te hebben voor hun beperkingen, zodat ze steeds volwaardig mens blijven.

Door verminderde hersenfunctie worden mensen met dementie kwetsbaar op een aantal levensgebieden: lichamelijk welbevinden, zelfstandigheid, dagbesteding, sociale contacten en woonomgeving. Om hierbij goede ondersteuning te krijgen is samenwerking tussen naasten, de sociale samenleving en professionals essentieel.

Vanuit de werkgroep “Dementievriendelijk ziekenhuis” willen we met behulp van het “Referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie” aan de slag om deze verhoging van kwaliteit van zorg en verbetering van klanttevredenheid te realiseren.

In het referentiekader vertrekken we van 6 fundamenten om de zorgrelatie met persoon met dementie te ondersteunen tot kwaliteitsvolle zorg.

1. Een genuanceerde beeldvorming: de mens achter de aandoening komt altijd op de eerste plaats.
2. Normalisatie: genormaliseerd leven en wonen.
3. Autonomie in geborgenheid: de persoon met dementie wordt ondersteund in zijn autonomie, maar ervaart geborgenheid waar nodig.
4. Afgestemde zorg: de zorgverlener en de mantelzorgers gaan samen met de persoon met dementie op zoek naar wat kwaliteit van leven en levenszin voor hem betekent.
5. Mantelzorgers en naasten: een goede ondersteuning en samenwerking.
6. Een warm team van professionele zorgverleners en vrijwilligers: op authentieke wijze de kennis en vaardigheden inzetten om kwaliteitsvolle zorg in alle levensdomeinen te bieden.



Figuur 4: Kernwaarden en fundamenten zorgrelatie

Deze 6 fundamenten kennen 19 toepassingen in de praktijk. Deze toepassingen zijn een middel om de zes fundamenten van de zorgrelatie in de praktijk te brengen.

1. Maaltijdzorg
2. Preventie
3. Moeilijk hanteerbaar gedrag
4. Psychosociale ondersteuning voor de persoon met dementie en de mantelzorgers
5. Dossiervorming en zorgplan
6. Hulpmiddelen
7. Intimiteit en seksualiteit
8. Vrijwilligerswerk bij personen met dementie
9. Architectuur en inrichting
10. Betekenisvolle dagbesteding
11. Cultuur
12. Maatschappelijke participatie
13. Vermissing
14. Vrijheid en fixatie
15. Zorg voor mensen met een migratieachtergrond
16. Reminiscentie
17. Zinbeleving
18. Vroegtijdige zorgplanning
19. Palliatieve zorg en levenseindezorg

ZORGDOELEN:

- Zorgverleners richten hun zorg op '6 pijlers' voor levenskwaliteit bij personen met dementie:
  - ✓ Lichamelijk welbevinden
  - ✓ Zo zelfstandig mogelijk blijven ('Autonomie')
  - ✓ Persoonlijke invulling van dag, avond en nacht
  - ✓ Begripvolle steun en betekenisvolle relaties
  - ✓ Fijne, veilige en activerende woonomgeving
  - ✓ Naasten, samenleving en professionals zijn partners
- Transparante communicatie tussen patiënten, mantelzorgers en zorgverleners.
- De informatievoorziening over dementie en het daarbij passende aanbod naar alle betrokken doelgroepen (personen met dementie en hun mantelzorgers, aanbieders en professionals in zorgen dienstverlening, zorgverzekeraars, gemeenten,…)

ZORGBENADERING:

- Zorgverleners benaderen behoeften en problemen van patiënten met dementie persoonsgericht, proactief, multidisciplinair en methodisch.
- Als er zich problemen voordoen, onderzoeken zorgverleners de oorzaken en factoren die het probleem uitlokken of vergroten, en zoeken zij met een open geest naar oplossingen die zo veel mogelijk bijdragen aan de persoonlijke levenskwaliteit. Dit gebeurt multidisciplinair en samen met de persoon met dementie en diens naasten.
- Bij het voorkomen en oplossen van problemen passen de zorgmedewerkers de actuele inzichten en richtlijnen van het ziekenhuis omtrent voor ouderen en mensen met dementie toe: probleem storend gedrag, delier, valpreventie, fixatie-arm beleid (zie bijlage 4), fragiliteit toe. Steeds vertrekkend vanuit de 6 pijlers voor levenskwaliteit bij personen met dementie.

6.1 6 pijlers voor levenskwaliteit bij dementie:

6.1.1 Pijler 1: Lichamelijk welbevinden

De zorg is erop gericht om de lichamelijke kwetsbaarheden die ontstaan door dementie tot zo weinig mogelijk beperkingen te laten leiden. In het bijzonder is er zorg voor de:

- Spierkracht
- Balans
- Botsterkte
- Mondgezondheid
- Continentie
- Slaap
- Bloeddruk
- (urineweg)infecties
- Voedingstoestand
- Pijn

6.1.2 Pijler 2: Zo zelfstandig mogelijk blijven

Stimuleren tot:

- actieve deelname activiteiten van het dagelijkse leven (ADL)
- bewegen
- actieve deelname groeps- en individuele (therapie) activiteiten
- oriëntatietraining
- dragen geschikte kledij en gesloten schoenen
- gebruik van hulpmiddelen, indien nodig
- zinvolle tijdsbesteding
- …

Figuur 5: Persoonsgerichte zorg

6.1.3 Pijler 3: Persoonlijke invulling dag, avond en nacht

De zorg is erop gericht dat patiënten hun dagen, avonden en nachten zo kunnen invullen dat dit aansluit op de persoonlijke voorkeur, gewoontes en rituelen die voor hen belangrijk zijn.
In het bijzonder is er aandacht voor preferenties rond bezigheden, slapen en waken, eten en drinken, bewegen en activiteit.

6.1.4 Pijler 4: Begripvolle steun en betekenisvolle relaties

Zorgverleners zijn 'present' voor patiënten en bieden begripvolle steun. Daarbij zijn zij erop gericht dat patiënten ervaren dat ze nog steeds van betekenis zijn voor anderen en niet uitsluitend iemand voor wie gezorgd wordt.
Hoe we de wereld begrijpen en beleven en de gevoelens die dit oproept, bepalen ons gedrag.
Voor wie dementie heeft, is een ziekenhuisopname dan ook een bevreemdende ervaring: een onbekende plaats met onbekende gezichten, geluiden, geuren en commando's. Het kan leiden tot angst, desoriëntatie en onrust. Het antwoord daarop is persoonsgerichte zorg: elke patiënt zien als een uniek individu met een persoonlijkheid en levenservaringen, hen waarderen als mens, vanuit hun perspectief naar de wereld kijken en het belang van relaties en interactie met de persoon met dementie erkennen.
Inzet van vrijwilligers die tijd kunnen nemen om aanwezig te zijn bij persoon met dementie

6.1.5 Pijler 5: Fijne, veilige en activerende 'woonomgeving'

<u>Extramuraal</u>:
Advies over aanpassingen en voorzieningen in de woonomgeving die ervoor zorgen dat de patiënt binnenshuis en buiten zo veel mogelijk zelfstandigheid, vrijheid en veiligheid kan behouden en actief kan blijven.
Voldoende daglicht is een extra aandachtspunt, ter bevordering van de stemming en een goed slaap/waakritme.

<u>Intramuraal</u>:
Op de geriatrische en Sp-afdelingen wordt er getracht maximaal het huiselijk karakter te bewaren in de dagzaal. Gerichte herkenningspunten (bv. Foto, klok, maandkalender,..) binnen en buiten de kamer dragen bij tot het oriënteren van de patiënt. Op de gangen zijn er voldoende rustpunten voorzien. De verblijfsafdelingen binnen het ziekenhuis zijn huiselijk en prikkelarm. Deze sluit aan bij de stijl van de doelgroep.
De inrichting van de kamer /badkamer stimuleert de patiënten om actief te zijn en bevordert dat ze zich zelfstandig, vrij en veilig kunnen voortbewegen. Daglicht vormt een extra aandachtspunt. Aanpassing van de verlichting op de afdelingen naar Ledverlichting zodat extra licht aanwezig is.

6.1.6 Pijler 6: Naasten, samenleving en professionals zijn partners

Zorgverleners werken nauw samen met de naasten van de patiënt en eventueel externe zorgprofessionals (WZC) en met de voorzieningen in het sociale domein. Samen vormen zij een keten rond het welzijn van de patiënt. Gewoonten bevragen bij partner/mantelzorgers kunnen ertoe bijdragen dat de opname minder overweldigend is voor persoon met dementie.

Anderzijds wordt er binnen het ziekenhuis veel aandacht besteed aan het informeren en ondersteunen van mantelzorgers voor personen met dementie door o.a. psycho-educatie, praatgroepen en aandacht voor interactie en ontmoeting door:

- Meewerken van zorgprofessionals aan diverse Praatcafés Dementie in de regio
- Bezorgen van Dementieklapper bij diagnosticeren van dementie
- Organiseren van "Dementie en Nu (DEN)-sessies" (2x/jaar een reeks van 10 bijeenkomsten) door onze DEN-coaches.

DEN-sessies geven mantelzorgers:

- Meer info over dementie, de impact ervan hoe ermee omgaan
- Een kader om beter te kunnen omgaan met eigen gevoelens, gedachten en zorgbelasting
- Handvaten om soms uitdagende zorgsituatie aan te kunnen
- Kans om lotgenoten te ontmoeten en te reflecteren

Herkenbaarheid van mantelzorgers verhogen: lancering van dementie-assistentiekaartjes tijdens de week van Werelddag Dementie (september 2022). Dementie-assistentiekaartjes zijn ontwikkeld door de 'Vlaamse werkgroep van mensen met dementie', een gezamenlijk initiatief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen. De kaartjes zijn ontwikkeld om personen met dementie en/of hun mantelzorgers op een laagdrempelige manier te identificeren en begrip te vragen in de omgeving. Met dit initiatief willen we inzetten op een positieve beeldvorming rond dementie én autonomie met de nodige geborgenheid bieden aan een persoon met dementie. Introductie van mantelzorgbadge (proefproject lopende) inzetten op participatie van de mantelzorgers in de zorg van personen met dementie op de afdeling.

COMMUNICATIE MET PERSONEN MET DEMENTIE

Voor zorgverleners is het essentieel om op een correcte manier te communiceren met personen met dementie om verwarring en /of onrust te vermijden.

Aandachtspunten in omgang met patiënten met dementie voor zorgverleners:

- Probeer op dezelfde hoogte te zitten of te staan en maak oogcontact
- Wees vriendelijk, glimlach en spreek positief en bemoedigend
- Gebruik korte zinnen. Geef niet te veel informatie tegelijkertijd.
- Stel vragen zo concreet mogelijk.
- Vraag niet naar zaken waarvan de kans groot is dat iemand het niet meer weet
- Geef iemand de tijd om te reageren. Stiltes zijn niet erg.
- Luister aandachtig en vraag zo nodig door.
- Laat het onderwerp even rusten als het niet lukt.
- Heerst er een spanning? Zoek dan een afleiding, zoals een kleine wandeling, een dessert eten,… .
- Speel in op wat de patiënt leuk vindt om te doen en zoek mee naar het dagritme waar iemand zich prettig bij voelt.
- Zoek naar aanknopingspunten in de levensgeschiedenis en gewoontes van vroeger en nu.
- Nodig uit in plaats van te dwingen, 'verleiden'
- Zoek oorzaak bij storend/lastig gedrag
- …

Binnen het ziekenhuis zijn er tevens "Referentiepersonen dementie" waar collega's ook terecht kunnen met vragen rond benadering van personen met dementie. Ze coachen hun collega's, tekenen het beleid mee uit en zijn samen met de werkgroep dementievriendelijk ziekenhuis een stuwende kracht om kwaliteitsvolle dementiezorg te realiseren.

Het jaarlijks organiseren van een gerichte opleiding binnen het domein van dementie (tijdens de week van Werelddag dementie in september) draagt verder bij tot het sensibiliseren en opleiden van de medewerkers in het ziekenhuis.

PERSONEN MET DEMENTIE OP JONGE LEEFTIJD:

Bij dementie op jonge leeftijd spreken we over mensen die voor de leeftijd van 65 jaar de eerste tekenen vertonen. Zij hebben andere noden dan de oudere populatie. Velen onder hen zijn nog beroepsactief, hebben opgroeiende kinderen en financiële engagementen (hypotheek, …). Voor de omgeving van iemand met dementie op jonge leeftijd is dit erg confronterend. Ze worden vaker getroffen door andere vormen van dementie, zoals fronto-temporale dementie of Lewy body dementie. In het geval van fronto-temporale dementie gaat het eerder om psychologische en gedragsmatige symptomen. Uitdaging voor wie een baan heeft, is om de job te kunnen blijven uitvoeren. Daartoe heeft deze groep een specifieke ondersteuning nodig om hun gebruikelijke taken te kunnen uitvoeren of om een aangepaste tewerkstelling te vinden binnen het bedrijf. Informatie en advies zijn hierin van groot belang alsook de informatie naar arbeidsgeneesheren toe.

HULPMIDDELEN BIJ DEMENTIE

Om mensen met dementie zo lang mogelijk kwalitatief thuis te laten wonen en hun mantelzorgers te ondersteunen, kunnen diverse hulpmiddelen een steentje bijdragen:

- Aangepaste digitale klok
- Sensor die verwittigt bij vertrek uit deur
- Inductie kookplaat i.p.v. elektrisch vuur of gasvuur
- Telefoon met grote toetsen en spraakfunctie
- ….

Op de (geriatrische) afdelingen in ziekenhuis worden er tevens diverse hulpmiddelen ingezet om te komen tot patiëntveilige en fixatie-arme zorg:

- Antikrabwant
- Verzwaringsdeken
- Aangepaste deur
- Rode antislipmat

7 Zorgpaden, staand orders en richtlijnen

Het gebruik van zorgpaden, uitgewerkte staand orders, richtlijnen en procedures draagt er toe bij om kwaliteitsvolle zorg te kunnen realiseren binnen het ziekenhuis. Specifiek voor onze geriatrische populatie zijn onderstaande documenten beschikbaar aangevuld met de ziekenhuisbrede procedures en richtlijnen.

7.1 Zorgpaden

- Zorgpad opname acute geriatrie
- Totale heupprothese
- Zorgtraject laatste levensfase

7.2 Staande orders geriatrie

- Staand order- temperatuur
- Staand order- slapeloosheid
- Staand order- diarree
- Staand order- braken
- Staand order- obstipatie
- Staand order- pijn
- Staand order- glycemie

7.3 Richtlijnen en procedures

- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Oudermis(be)handeling
- Wegloopgedrag en dolen, richtlijn.
- Ondervoeding
- Valpreventie, richtlijn

8 Bijlagen en figuren

Bijlagen

1. Screeningsdocument Interne liaison
2. Zorgactiekaart fixatie-arm beleid
3. Zorgpad opname acute geriatrie

Figuren

Figuur 1: Geriatrisch zorgtraject
Figuur 2: Kernwaarden HeiligHartziekenhuis Lier
Figuur 3: Flowchart ILG
Figuur 4: Fundamentele zorgrelatie
Figuur 5: Persoonsgerichte zorg

BIJLAGE 1

GERIATRISCH RISICOPROFIEL

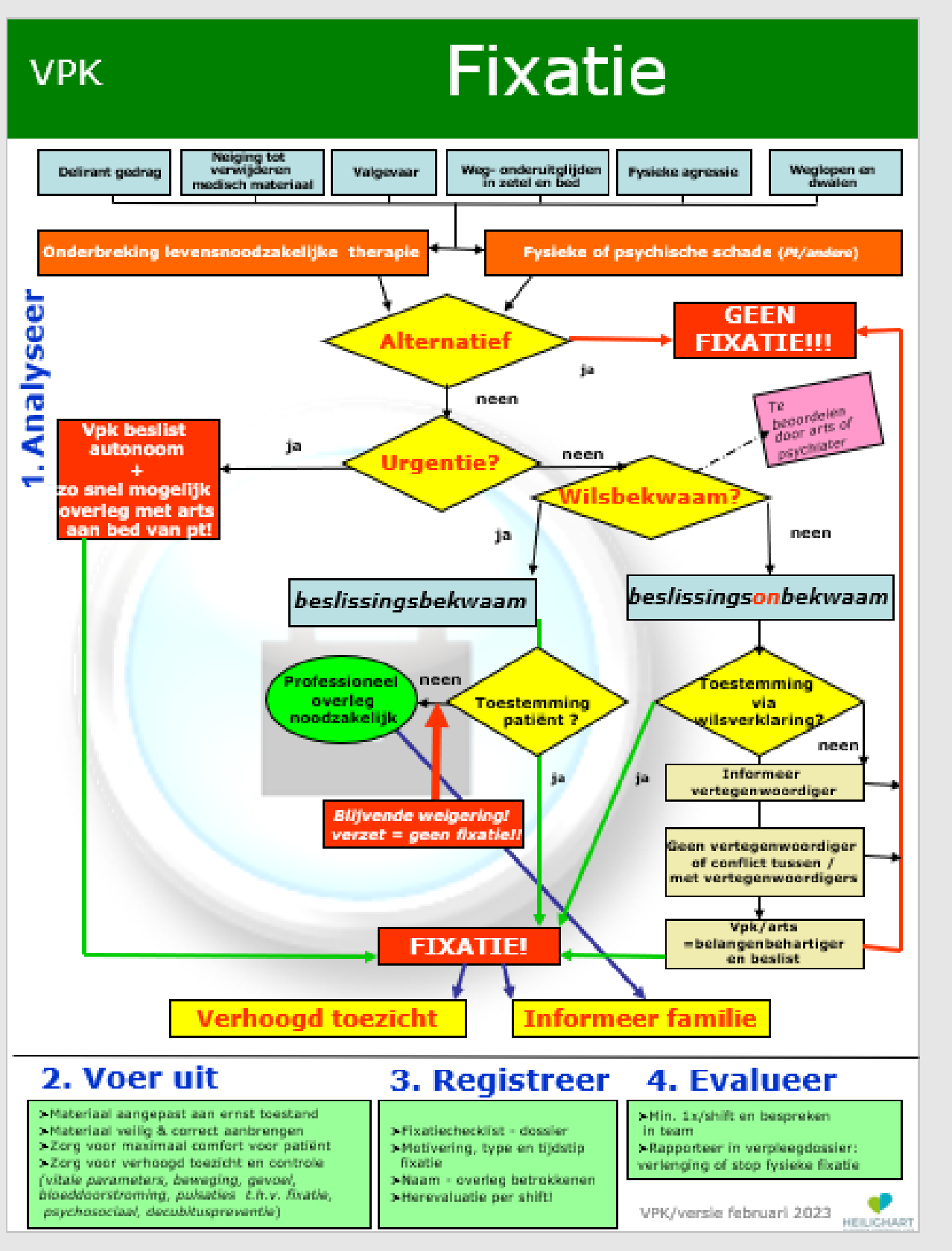
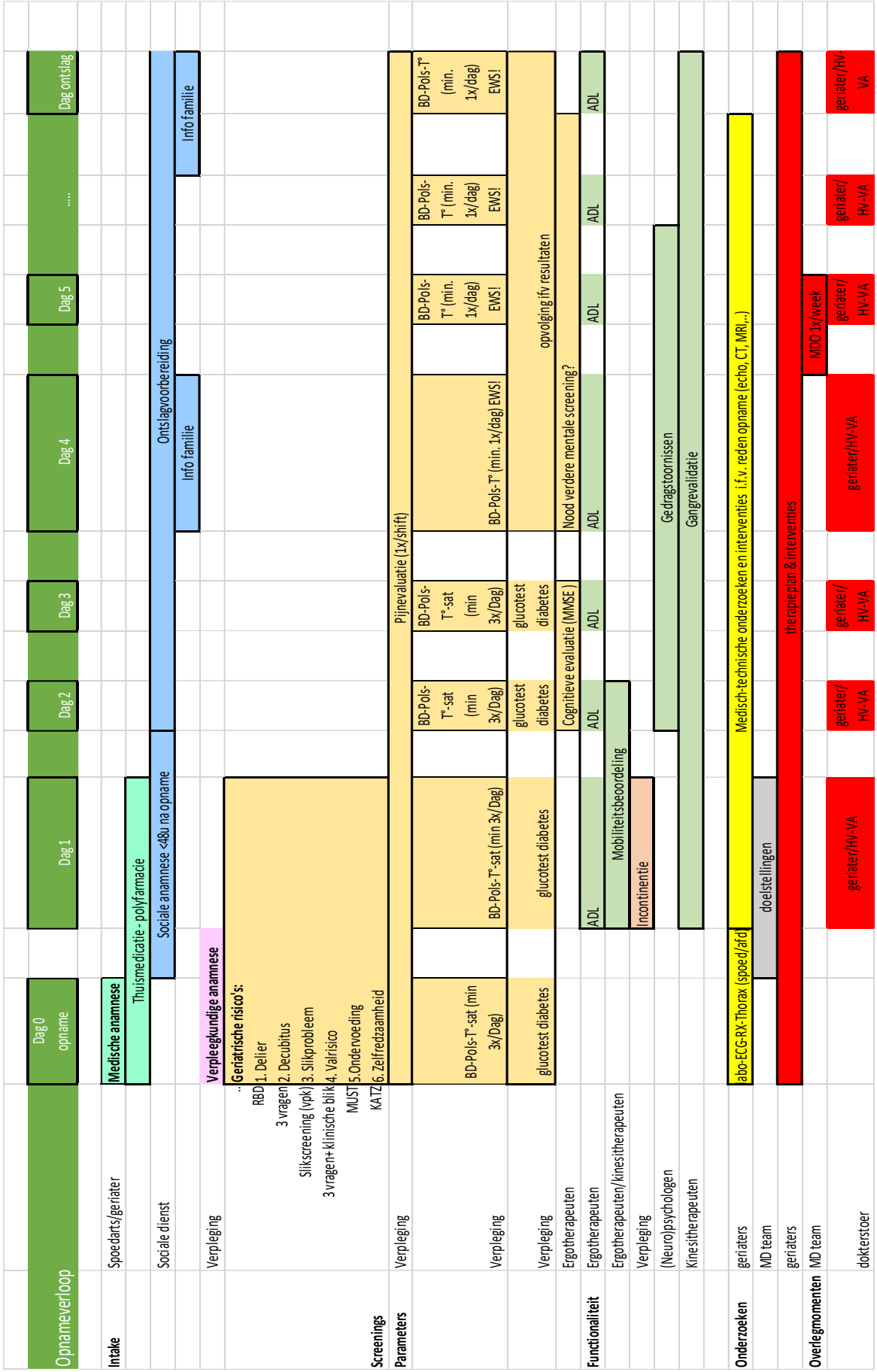
1. Scoor onderstaande 5 criteria bij alle opgenomen patiënten **van 75 jaar en ouder**.
2. Evalueer tijdens de **ochtendshift** op de dag na de opname op de afdeling.
3. Belangrijk: scoor de toestand van de patiënt zoals die was **vóór de hospitalisatie**. Bereken de totaalscore door de omcirkelde scores in de "JA"- kolom op te tellen. De totaalscore is minimaal 0 en maximaal 6.
4. Gelieve één exemplaar van het formulier te posten in **postbus "interne liaison/geriatrisch dagziekenhuis (nr. 21).** Bij een **totaalscore van 2 of meer** zal de verpleegkundige van interne liaison geriatrie (ILG) contact opnemen voor verdere screening.
5. Bewaar één exemplaar van dit formulier in het verpleegkundig dossier.

Team van interne liaison geriatrie is bereikbaar van maandag tot vrijdag tussen 8u en 16u (dect 3331 - liaisongeriatrie@hhzhlier.be

I. GERIATRISCH RISICO	**Ja**	**Neen**
1. **Aanwezigheid van een cognitieve stoornis** (bv. desoriëntatie, dementie, delier,..)	**2**	**0**
2. **Alleenwonend of geen hulp mogelijk** door inwonende partner/familie.	**1**	**0**
3. **Moeilijkheden bij stappen/transfers** of gevallen in de afgelopen 6 maanden.	**1**	**0**
4. Hij/zij werd **gehospitaliseerd** in de afgelopen 3 maanden.	**1**	**0**
5. De patiënt gebruikt ≥ **5 geneesmiddelen**.	**1**	**0**

Aangepaste en vertaalde versie van het 'Triage risk Screening Tool ' (Meldon et al., 2003)
bron: UZ Leuven – geriatrisch support team.

BIJLAGE 2 :ZORGACTIEKAART FIXATIE



Bijlage 3: Zorgpad acute geriatrie