



# PLURIDISCIPLINAIR GERIATRISCH HANDBOEK

VERSIE 2022-2023



**MARIA  
MIDDELARES**

## INHOUDSTABEL

1	DOEL / TOEPASSINGSGEBIED / INDICATIES .....	3
1.1	DOELGROEP .....	3
2	INLEIDING.....	3
2.1	CHARTER GERIATRIE .....	3
2.2	TOEPASSINGSGEBIED .....	5
2.3	ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT: (ZIE OOK PUNT 8: ORGANIGRAM) .....	5
2.4	KWETSBARE OUDEREN: HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT IS VERANTWOORDELIJK VOOR DE BEHANDELING, VERZORGING EN REVALIDATIE VAN DE KWETSBARE OUDEREN. ....	6
2.5	KWALITEITSBELEID .....	7
3	ALGEMENE INFORMATIE .....	8
4	HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT .....	8
4.1	VERBLIJFSAFDELING GERIATRIE – VERPLEEGKUNDIG EN ZORG ONDERSTEUNEND LUIK.....	9
4.2	HET DAGZIEKENHUIS VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT .....	10
•	Specifieke programma's bij dementie .....	11
4.3	INTERNE LIAISON GERIATRIE .....	12
4.4	GERIATRISCHE CONSULTATIE .....	14
4.5	EXTERNE LIAISON EN TRANSMURALE ZORG.....	15
4.6	DE PARAMEDISCHE SPECIALITEITEN .....	17
	Behandelplan Geriatrie .....	22
5	VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING .....	30
6	OPLEIDINGEN GERIATRIE.....	30
7	POLICIES SPECIFIEK VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT. ....	31
8	ORGANIGRAM.....	31
9	CONTACTEN.....	31

## 1 DOEL / TOEPASSINGSGEBIED / INDICATIES

### 1.1 DOELGROEP

1.1.1 MEDEWERKERS/ARTSEN BINNEN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT.

1.1.2 PATIËNTEN OPGENOMEN BINNEN HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

- **Verantwoordelijkheden**

Medisch en verpleegkundig paramedisch diensthoofd van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Indien u specifieke vragen heeft omtrent het pluridisciplinair geriatrisch handboek, kunt steeds contact nemen met:

- Dr. Desimpelaere, medisch diensthoofd van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.
  - [Patrick.desimpelaere@azmmsj.be](mailto:Patrick.desimpelaere@azmmsj.be)
- Dhr. Marc Vankerkhoven, verpleegkundig paramedisch diensthoofd van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.
  - [Marc.vankerkhoven@azmmsj.be](mailto:Marc.vankerkhoven@azmmsj.be)

- **Definities**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat:

- De afdelingen geriatrie
- Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt
- De interne liaison geriatrie
- De externe liaison geriatrie
- Het consult geriatrie

## 2 INLEIDING

Het pluridisciplinair geriatrisch handboek is een weergave van de interdisciplinaire samenwerking in het zorgprogramma geriatrie. De inhoud wordt gedragen door alle leden van het interdisciplinair team binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Het interdisciplinair geriatrisch team bestaat uit geriateren, verpleegkundigen, medewerkers zorgondersteuning, sociaal werkers, palliatief verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, de diëtisten, psychologen, pastorale medewerkers, studenten en vrijwilligers. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op een interdisciplinaire diagnose, behandeling en revalidatie van de oudere patiënt. We streven naar doelgerichte zorg, waar het interdisciplinair team samen met de patiënt of zijn vertegenwoordiger de doelstellingen voor de patiënt bepaalt.

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

### 2.1 CHARTER GERIATRIE

#### 2.1.1 ZORG

- Wij bieden specifieke interdisciplinaire doelgerichte zorg, individueel aangepast aan elke geriatrische zorgvrager.
- Wij bieden elke patiënt een kwaliteit zekere gezondheidszorg aan met aandacht voor de noden van de hele mens.
- We stellen onze medewerkers in de mogelijkheid om met gepaste behandeling- en verzorgingsmethoden een geriatrische patiëntenzorg met bezieling op mensenmaat aan te bieden.

### 2.1.2 PATIËNT EN MANTELZORG STAAN CENTRAAL

- We vragen aan onze medewerkers dat ze de geriatrische patiënt centraal stellen en hem de ruime aandacht geeft waar hij recht op heeft.
- Wij vragen aan onze medewerkers de mantelzorger zo veel als mogelijk te betrekken in de zorg voor de patiënt.
- We vragen aan onze medewerkers dat ze de geriatrische patiënt helpen bij het verwoorden van zijn noden tijdens zijn ziekenhuisverblijf.

### 2.1.3 BEGELEIDING EN ZELFREDZAAMHEID

- We vragen aan onze medewerkers dat ze de geriatrische patiënt, de mantelzorger en zijn omgeving coachen, informeren begeleiden en educeren.
- We vragen aan onze medewerkers dat ze de zelfredzaamheid van de geriatrische patiënt in de mate van het mogelijke stimuleren en verder ontplooiën.
- We vragen aan onze medewerkers de mantelzorger bij dit proces betrekken.

### 2.1.4 OPLEIDING

- Wij vragen aan onze verpleegkundigen en paramedische medewerkers om bijscholingen en opleidingen (specialisatie, beroepstitel en beroepsbekwaamheid) te volgen, om zich te verdiepen in de geriatrie.
- Wij werken nauw samen met opleidingsinstituten zodat studenten de kans krijgen om een deel van hun opleiding te volgen binnen het zorgprogramma geriatrie. Wij participeren tevens aan het concept “werkplekleren” waarbij studenten (3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> jaars verpleegkunde) gedurende een periode de verantwoordelijkheid opnemen voor een groep patiënten (onder de eindverantwoordelijkheid van de verpleegkundige van de afdeling).

### 2.1.5 KANSEN

- Wij bieden onze medewerkers volgens eigen interesses een boeiende loopbaan aan. Iedereen krijgt kansen tot verdere ontplooiing, maar ook de nodige begeleiding om te ontdekken wat de eigen mogelijkheden zijn.
- Wij bieden onze medewerkers doorgroeimogelijkheden aan en een loopbaan met perspectief.

### 2.1.6 WERKOMGEVING

- Wij geloven dat de persoonlijke inzet van ons interdisciplinair team de kwaliteit van onze geriatrische zorg bepaalt. Wij werken samen met hen aan de uitbouw van een stimulerende werkomgeving.
- Wij bieden onze medewerkers een aantrekkelijke werkomgeving aan waar de ruimte is voor vernieuwing en ontwikkeling.
- Vrijwilligers nemen tevens een belangrijke plaats in het totaal aspect van de zorg.

### 2.1.7 INTERDISCIPLINAIRE DOELGERICHTE ZORG

- Wij vragen aan onze medewerkers een professionele deskundigheid en interdisciplinaire samenwerking.
- Wij vragen aan onze medewerkers om samen een doelgerichte individuele en holistische zorg na te streven.

### 2.1.8 INNOVATIE

- Wij vragen aan onze medewerkers dat zij innoverend meedenken en zoeken naar verbetermogelijkheden voor een geriatrische patiëntgerichte zorgverlening.

### 2.1.9 OUDERVRIENDELIJK CONCEPT

- Wij streven naar een oudervriendelijk concept op de afdelingen geriatrie, met uitbreiding naar het ganse ziekenhuis. Wij baseren ons op de criteria opgesteld door het keurmerk seniorfriendly ziekenhuis in Nederland. Wij hebben een lijst met criteria opgesteld die via een RACI model opgevolgd wordt.

### 2.1.10 TRANSMURALE EN AFDELING OVERSTIJGENDE SAMENWERKING

- Wij geloven dat een constructieve samenwerking met de huisartsen en het thuis(vervangend) zorgteam de beste gezondheidszorg kan realiseren, waarbij de zorgcontinuïteit gegarandeerd moet worden.

- Wij geloven in de waarde van buiten de eigen muren te kijken. Wij streven daarom strategische samenwerkingsverbanden na met het doel kwaliteit meetbaar te verbeteren.
- Wij vragen aan onze medewerkers dat zij ook over de grenzen van de eigen afdeling heen kijken om de patiënten in het ziekenhuis een optimale zorgverlening aan te bieden.
- Wij bieden onze medewerkers de mogelijkheid om transmuraal samen te werken in het belang van de continuïteit van de zorgverlening.

### 2.1.11 EFFICIËNTIE

- We vragen aan onze medewerkers dat zij in het belang van de geriatrische patiënt en het ziekenhuis kostenbewust omgaan met middelen, mensen en materiaal.

## 2.2 TOEPASSINGSGEBIED

Het zorgprogramma geriatricie richt zich op de geriatrische patiënt van gemiddeld ouder dan 75 jaar welke een specifieke aanpak behoeft omwille van zijn frailty (\*). Deze kwetsbaarheid wordt geëvalueerd door middel van het geriatrisch risico profiel (GRP).

- Aanwezigheid van een cognitieve stoornis
- Alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/ familie
- Moeilijkheden bij stappen / transfers of gevallen de afgelopen 6 maanden
- Gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maand
- Polyfarmacie

\* Wat is frailty:

- ✓ fragiliteit en beperkte homeostase;
- ✓ actieve polypathologie;
- ✓ atypische klinische beelden;
- ✓ verstoorde farmacokinetica;
- ✓ gevaar van functionele achteruitgang;
- ✓ gevaar voor deficiënte voeding;
- ✓ tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;
- ✓ psychosociale problemen.

## 2.3 ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT: (ZIE OOK PUNT 8: ORGANIGRAM)

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt valt mede onder de verantwoordelijkheid van het verpleegkundig paramedisch en het medisch departement.

Het zorgprogramma bestaat uit:

- Een erkende dienst voor geriatricie
- Een geriatrisch consult
- Een dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt
- Een interne liaison geriatricie
- Een externe liaison geriatricie

Het geriatrisch beleid in AZMM wordt gestuurd door de stuurgroep geriatricie. De stuurgroep bestaat uit de geriaters, de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatricie, de paramedische diensthoofden, het verpleegkundige paramedisch hoofd van het zorgprogramma en staat dus mede onder leiding van het verpleegkundig paramedische directie. De stuurgroep bepaalt de doelstellingen en werkt een plan van aanpak uit. De doelstellingen en het plan worden bekrachtigd door de domeinverantwoordelijke van het chronisch traject en door de verpleegkundige paramedische staf. Periodisch (minimaal 2 maal per jaar) komt de stuurgroep bijeen. De verslagen zijn terug te vinden op coMMpas bij stuurgroep geriatricie.

Minimaal wordt jaarlijks een algemene teamvergadering georganiseerd waarbij elk lid van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt uitgenodigd wordt. Daarnaast wordt ook minimaal 2 maal per jaar een afzonderlijke teamvergadering georganiseerd per afdeling geriatricie.

De verantwoordelijke artsen zijn:

- Dr. Desimpelaere Patrick, diensthoofd geriatrie
- Dr. De Wilde Kathleen
- Dr. Demuynck Mathias
- Dr. De Mey Joke
- Dr. Bultynck Celine
- Dr. Gillard Nathalie

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

- Verpleegkundig paramedisch diensthoofd van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt:
  - Dhr. Vankerkhoven Marc
- Domeinverantwoordelijke van het chronisch traject:
  - mevr. Temmerman Caroline
- Hoofdverpleegkundigen van de 3 afdelingen geriatrie:
  - D601: mevr. Van Meirhaeghe Anuschka
  - D602: dhr. D' Haeyer Tommy
  - D603: mevr. Dupont Valerie
- Hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis voor geriatrische patiënt:
  - mevr. Van Meirhaeghe Anuschka
- Coördinator van het team interne liaison
  - Mevrouw. De Cock Sophie
- Diensthoofd Kinesithérapie
  - Mevr. Janssens Jo
- Diensthoofd Ergotherapie
  - Dhr. Van Hese Bart
- Diensthoofd Logopedie
  - Dhr. Robert Erik
- Diensthoofd Diëtik
  - Mevr. Vandoninck Caroline
- Diensthoofd Sociale Dienst
  - Mevr. Demeyer Elien
- Diensthoofd Pastorale dienst
  - Mevr. Ceulemans Sigrid
- Diensthoofd Psychologie
  - Mevr. Rondelez Karolien.
- Diensthoofd Palliatief support team
  - Dhr. Merchier Marc

## **2.4 KWETSBARE OUDEREN: HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT IS VERANTWOORDELIJK VOOR DE BEHANDELING, VERZORGING EN REVALIDATIE VAN DE KWETSBARE OUDEREN.**

Zie ook de gebruikte procedures in punt 7

Extra aandacht bij de kwetsbare ouderen omwille van:

- Polypathologie
- Atypische klinische beelden
- Polyfarmacie
- Functionele achteruitgang
- Psychosociale problemen en suicide risico
- Cognitieve stoornissen
- Valrisico
- Incontinentie problematiek en risico op ontstaan van urineweginfecties

- Verstoorde pijngewaarwording
- Cognitieve stoornissen met risico op delier en wegglooptgedrag
- Risico op ondervoeding of deficiënte voeding
- Risico op verslikken
- Risico op mondinfecties
- Risico op ontstaan van decubitus
- Risico tot opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven

## 2.5 KWALITEITSBELEID

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

Volgende kwaliteitsindicatoren worden periodisch opgevolgd:

- Correcte identificatie via het zorgbandje
- Het tijdig inschakelen van het RRT team
- Ontslagprocedure en educatie volgens het SMART-principe (Signalen, Medicatie, Afspraken, resultaten, Ter info)
- Het correct toepassen van de procedure bloedtransfusie
- Het toepassen van de noteer en herhaal methode
- Het geven van een gestructureerde overdracht via de ISBAR methode
- De bewaring en labeling van verdoving en insuline
- Basisvoorwaarden van handhygiëne
- Toepassen van een veilige valomgeving
- Herevaluatie van de pijn
- Correct ingevulde verpleegkundige ontslagformulieren.
- De afname van het valrisico bij de anamnese
- Ortho-geriatrie: de verantwoorde ligdagen worden opgevolgd, alsook de mortaliteit na 3 maanden en eventuele heropnames
- Naleven van het correct afnemen van de NRS (Nutritional Risico Screening), gewicht en lengte.
- Incidentmeldingen zoals val-, medicatie, vervoer en andere zorgincidenten
- Prevalentiecijfers decubitus
- Correct gebruik van preventiemateriaal
- Opvolgen van het project 'participatie mantelzorg' a.d.h.v.aantal mantelzorgers die participeren en voor welke zorgaspecten
- Tevredenheidsenquêtes van de patiënt en mantelzorger (mantelzorgparticipatie)
- Tracer fixatie met ziekenhuisbrede controles naar correcte verslaggeving en veilig toepassen van fixatie

Via de verbeterbord momenten met de verpleegkundigen worden ook andere items gemeten. Het scorebord wordt wekelijks besproken op het verbeterbordmoment. De afdelingsgebonden metingen worden besproken volgens de Deming cirkel (Plan - Do - Study – Act). De aanpak van bepaalde problemen kunnen resulteren in afdelingsgebonden en/of ziekenhuisbrede afspraken.

Enkele voorbeelden:

- Invullen van de vermoedelijke ontslagdatum in synops
- Invullen van de verpleegkundige anamnese binnen de 24u

Jaarlijks worden onderstaande gegevens opgevolgd in het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt en de interne liaison geriatrie (ILG)

- Aantal opnames en bedbezetting van het geriatrisch dagziekenhuis
- Reden van opname of consultaanvraag
- Gemiddelde leeftijd van de patiënt
- Welke discipline betrokken wordt bij de behandeling
- Medische verwijzing naar het geriatrisch dagziekenhuis en interne liaison
- Aantal doorverwijzingen vanuit de residentiële setting naar het geriatrisch dagziekenhuis.

Specifieke indicatoren - interne liaison geriatrie

- Aantal patiënten geconsulteerd door ILG
- Aantal patiënten actief opgevolgd door ILG
- Aantal patiënten actief opgevolgd door ILG per afdeling
- Welke afdelingen en specialisaties consult ILG vragen
- % ingevulde GRP's op de niet geriatische afdelingen

De resultaten kunnen opgevraagd worden via het verpleegkundig paramedisch diensthoofd van het zorgprogramma geriatrie.

### 3 ALGEMENE INFORMATIE

- Bezoeken
  - De bezoeken op de verblijfsafdeling zijn van 14u tot 20u. In samenspraak met de verantwoordelijk verpleegkundigen kan bovenstaande afspraak flexibel gehanteerd worden in het belang van de patiënt.
- Participatie mantelzorg  
De mantelzorg van de patiënt wordt betrokken in het zorggebeuren. Indien deze bereid is te participeren in bepaalde zorgaspecten zoals maaltijdbegeleiding, aanwezigheid bij verwardheid, wegloop- en valrisico, aanwezigheid tijdens een palliatieve of stervensfase kan hij aanwezig zijn buiten de bezoeken. De mantelzorg krijgt dan een badge zodat hij identificeerbaar is en heeft recht op gratis maaltijden en kan aanspraak maken op een voordelig parkeertarief (zie brochure en meer info op te vragen via de (hoofd)verpleegkundige).
- Locatie: Campus Maria Middelares
  - Afdelingen geriatrie: Gate D – 6<sup>e</sup> verdieping.
  - Dagziekenhuis voor de geriatische patiënt: Gate D-4<sup>e</sup> verdieping.
- MMC Sint-Jozef (Medisch centrum in Gentbrugge): worden er consultaties uitgevoerd door de gerieters (zie raadplegingsfolder of website AZ Maria Middelares).
- Informatie en educatie t.a.v. patiënten/familie aan de hand van folders. De belangrijkste zijn:
  - Onthaalbrochure geriatrie
  - Broodbuffetwagen
  - Cognufit!
  - Dementie en nu
  - Totaal zorg in één dag – dagziekenhuis voor de geriatische patiënt
  - Delier of plotse verwardheid
  - Fixatie-arm beleid
  - Valpreventieprogramma “Op de Valreep”
  - Valpreventie in het ziekenhuis
  - Dementie
  - Participatie mantelzorg

### 4 HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

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

Het team bestaat uit de volgende gezondheidswerkers:

- Arts geriater
- Verpleegkundige
- Kinesist



- Ergotherapeut
- Sociaal werker
- Logopedist
- Diëtist
- Medewerkers zorgondersteuning
- Psycholoog
- Palliatief verpleegkundige
- Pastoraal medewerker
- Studenten
- Schoonmaakpersoneel
- Vrijwilligers
  - Vrijwilligers hebben tevens een plaats binnen het benaderingsproces van de oudere zorgvrager. Zij worden ingeschakeld tijdens de maaltijdzorg, vervoer en begeleiding van de patiënten. Ook worden zij ingeschakeld tijdens speciale gelegenheden zoals de organisatie van de maand van de oudere zorgvrager. Voor de vrijwilliger is er tevens een functiekaart opgesteld.
  - Vrijwilligers kunnen ook betrokken worden bij ambulante consultaties van hulpbehoevende personen zonder begeleiding op voorwaarde dat dit vooraf gevraagd wordt.

Jaarlijks wordt een **beleidsplan** opgemaakt. Dit is terug te vinden op coMMpas onder mijn dienst.

In de volgende jaren wordt als beleidsplan gefocused op volgende aspecten:

- Het eisenkader van het geriatrisch zorgtraject voorbereiden
- Doelgerichte zorg gebaseerd op het ICF model verder uitwerken
- Bristol schaal implementeren (opvolging uitscheiding)
- Tevredenheidsenquêtes op maat van de oudere zorgvrager/mantelzorgers
- Samenwerking met patiëntenverenigingen (seniorenadviesraad) opstarten
- In samenspraak met de Artevelde HS wordt op geriatrie het concept “werkplekieren” toegepast.
- De participatie van de mantelzorger wordt verder uitgewerkt
- De opdracht en de rol van de dementie experten wordt uitgerold in 2022
- Intake doc voor de mantelzorger over de levensgewoontes van de persoon met dementie: mijn gewoontes (paspoort/moodboard)
- Het concept overdracht aan bed waarbij de patiënt of mantelzorger betrokken partner is
- Het concept “ik stel mezelf voor aan de patiënt” wordt aangepakt
- Het concept fixatie-arm beleid wordt kritisch geëvalueerd
- De werking van het geriatrisch dagziekenhuis en interne liaison geriatrie (ILG) worden geoptimaliseerd
- Het oudervriendelijk concept wordt verder uitgewerkt in 2022 met volgende specifieke items (gebaseerd op het geriatrisch programma van Toronto)
  - Oudervriendelijk concept op spoedgevallen
  - Meer integratie van ILG op spoed
  - Advies aan ambulante geriatrische patiënt op spoed door ILG
  - Oproepsysteem oudervriendelijker maken

#### 4.1 VERBLIJFSAFDELING GERIATRIE – VERPLEEGKUNDIG EN ZORG ONDERSTEUNEND LUIK

De verblijfsafdeling geriatrie bestaat uit 84 bedden. Er wordt gewerkt met een volwaardige patiëntentoewijzing. De verpleegkundige draagt de verantwoordelijkheid voor de totaalzorg van een groep patiënten. Het uitgeschreven takenpakket is terug te vinden op coMMpas onder mijn dienst. Het interdisciplinair geriatrisch team werkt onder de verantwoordelijkheid van de geriater. Er wordt gestreeft naar een doelgerichte geïntegreerde zorg.

De verpleegkundige overdracht gebeurt bij elke shiftwissel via de ISBAR methodiek.

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

Wekelijks wordt er op elke geriatrische afdeling een interdisciplinaire overleg georganiseerd.

Verpleegkundige paramedische teamvergaderingen vinden minimaal 3 maal per jaar plaats, 1 overkoepelende en 2 per afdeling G.

De medewerkers van zorgondersteuning maken deel uit van het verpleegkundig team. De checklist (hun takenpakket) is terug te vinden op coMMpas.

Zoals reeds vermeld nemen vrijwilligers en mantelzorgers een belangrijke plaats in bij het totaalconcept van de zorg.

## Dementie

Mantelzorgers nemen een belangrijke plaats in het zorggebeuren van de persoon met cognitieve stoornissen. Daarom is er mogelijkheid tot participatie van de mantelzorger in de zorg, zoals maaltijdbegeleiding, aanwezigheid bij verwarde personen. Meer uitleg kan je vinden in onze brochure 'participatie mantelzorger' op onze website of op te vragen bij de verpleegkundige van de afdeling.

Daarnaast hebben wij een document "mijn gewoontes" ontwikkeld voor personen met cognitieve stoornissen. Dit document wordt ingevuld door de mantelzorger of contactpersoon en geeft meer duiding over belangrijke informatie over de persoon zodat alle zorgverstrekkers op de hoogte hiervan zijn. Voorbeelden van informatie zijn de levensgewoontes van de persoon, welke muziek hij graag hoort, hoe hij best aangesproken wordt, favoriete tv programma's, .... Meer uitleg is te bevragen aan de sociaal werker of verpleegkundige van de afdeling.

In kader van preventie van wegloupedrag en het streven naar een fixatiearme omgeving werken wij op geriatrie met halve deuren zodat de persoon met cognitieve stoornissen toch nog enige vrijheid heeft op zijn kamer en niet kan dolen op de gang of andere kamers betreden. Ook werden op de uitgangdeuren stickers geplaatst zodat de personen met wegloupedrag minder de intentie hebben om de uitgangdeur te passeren. Daarnaast werken wij met een code slot systeem en antiwegloop polsbandjes waarbij een alarm afgaat op de dect van de verpleegkundige indien de persoon met een antiwegloop polsbandje een bepaalde lijn overschrijdt (lus systeem).

In het ziekenhuis werken er dementie-experten. Dit zijn medewerkers (verpleegkundigen of paramedici) die een specifieke opleiding gevolgd hebben (referentiepersoon dementie of dementie coach). Zij kunnen in advies gevraagd worden door een arts of andere medewerker. Zij staan ter beschikking om advies over dementie te verlenen aan medewerkers, patiënten, familie en mantelzorgers van personen met dementie (zie ook de procedure Z-0394).

We verwijzen graag naar onze website waar de aanpak rond dementie duidelijk beschreven staat:

<https://www.mariamiddelares.be/nl/zoeken/dementie>

Van diagnose tot behandeling tot nazorg waarbij het ziekenhuis verschillende programma's aanbiedt voor de persoon met dementie en de mantelzorger. (zie onder bij programma's van het geriatriesch dagziekenhuis en zie ook bij ergotherapie en logopedie). Via de website kan je ook allerhande advies bij dementie terug vinden: <https://www.mariamiddelares.be/nl/zorgaanbod/geriatrie/advies-bij-dementie>

- **Cohortefdeling:** tijdens de Covid-19 pandemie in 2020-2021 werden tal van procedures opgemaakt betreffende het correct toepassen van allerhande maatregelen bij Covid-19. Eén van de procedures was het opstarten van een cohortefdeling op geriatrie. Bij uitbraak van een pandemie en de noodzaak om een cohortefdeling op te starten kan men terugvallen op de opgestelde procedures.

- **Ortho geriatrie**

Op één van de 3 afdelingen (D602) zijn er 10 bedden voor ortho-G patiënten voorbehouden. Patiënten met een geriatriesch profiel die t.g.v. een trauma een orthopedische fractuur hebben en geopereerd moeten worden onmiddellijk bij aankomst opgevangen en dus opgenomen op de ortho-G afdeling en postoperatief in comanagementschap tussen geriater, het interdisciplinair geriatriesch team en de orthopedist behandeld en opgevolgd. Het interdisciplinair geriatriesch team op de afdeling werd en wordt hiervoor opgeleid. Volgende indicatoren worden hierbij opgevolgd:

- Aantal patiënten opgenomen op ortho-G
- Vergelijking verantwoorde ligdagen ortho-G opname op afdeling orthopedie
- Mortaliteit op ortho-G

## 4.2 HET DAGZIEKENHUIS VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt is elke weekdag open van 8 tot 17 uur. Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt biedt een ambulant zorgpakket aan de patiënt die voldoet aan het geriatriesch profiel aan. Ouderen met een geriatriesch profiel kunnen hier voor enkele uren tot een volledige dag worden opgenomen in een comfortabel en aangepast milieu.

De doelstelling is een interdisciplinaire diagnose en/of therapie met het oog op (re)activering van de oudere patiënt. Een coördinerend geriater werkt er hecht samen met een geriatrisch verpleegkundige, verpleegkundige consulenten, een kinesist, een ergotherapeut, een diëtist, een logopedist en een sociaal werker. Er zijn drie programma's, namelijk een diagnostisch en therapeutisch programma en een revalidatieprogramma.

Het diagnostisch programma omvat een aantal zorgtrajecten zoals preoperatieve voorbereidingen, evaluatie van geheugenstoornissen, vallen, incontinentie, voedingstoestand, slikstoornissen, geriatrische evaluaties (preoperatief geriatrisch assessment bij TAVI operaties, evaluatie voor het opstarten van een oncologische behandeling, preoperatieve evaluatie bij voetoperaties van diabetes patiënten), e.a. Los hiervan wordt het dagziekenhuis gebruikt om verschillende onderzoeken te bundelen op één dag.

Op therapeutisch vlak gaat de aandacht naar geriatrische patiënten die intraveneuze medicatie of bloedproducten moeten toegediend krijgen.

Het revalidatieprogramma is gericht op tijdelijke revalidatie van patiënten om hun autonomie en zelfredzaamheid te verhogen, specifiek gericht op cognitie en mobiliteit (evenwicht).

Om de patiënt naar het geriatrisch dagziekenhuis te verwijzen, vult de huisarts een elektronisch formulier via de website (<https://www.mariamiddelares.be/nl/aanvraagformulier-dagziekenhuis-voor-de-geriatrische-pati%C3%ABnt>) in of wordt telefonisch contact genomen met het dagziekenhuis. De geriater zal in samenspraak met de huisarts een dagprogramma opstellen, aangepast aan de specifieke noden van de patiënt. Na ontvangst van het ingevulde formulier deelt de verpleegkundige de patiënt telefonisch mee welke dag hij verwacht wordt in het ziekenhuis. Bij aankomst in het ziekenhuis meldt de patiënt zich aan bij de opnamedienst, die hem zal begeleiden naar het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt waar de begeleiding verder gezet wordt door de geriatrische verpleegkundige.

- **Specifieke programma's bij dementie**

- Cognufit!

In het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt wordt er een cognitief revalidatieprogramma met name Cognufit! (<https://www.mariamiddelares.be/nl/zorgaanbod/geriatrie/advies-bij-dementie#cognufit>) aangeboden.

Gezien de vergrijzing van de bevolking zullen steeds meer ouderen zich manifesteren met cognitieve klachten. Wetenschappelijke literatuur wijst hier op het belang van screening en revalidatie. Als ziekenhuis willen wij aan de patiënten met cognitieve achteruitgang een revalidatie aanbieden. Dit impliceert een interdisciplinaire aanpak en therapie in een aangepaste omgeving.

Hierbij wordt wel rekening gehouden met inclusiecriteria. Enkel personen met een mild cognitief impairment (MCI) komen in aanmerking. Patiënten met een resultaat van MMSE onder de 22 worden niet geselecteerd. Wij bieden aan de patiënt en zijn mantelzorger, die doorgestuurd wordt door de behandelend (huis)arts, een individueel programma aan op afspraak. Na een intake gesprek worden de doelstellingen bepaald. Afhankelijk van deze doelstellingen worden 1 of meerdere afspraken gemaakt met de betreffende gezondheidswerker: logopedist, ergotherapeut, verpleegkundige of andere specifieke medewerker. Deze therapie impliceert fysieke en cognitieve training, individuele infosessies over valpreventie, veilige woonomgeving, educatie over voeding, medicatie, sociale aspecten, vroegtijdige zorgplanning, ... waarbij ook de noden van mantelzorger niet over het hoofd gezien worden.

Het doel van de behandeling is er niet op gericht om de stoornissen die er zijn, te laten verdwijnen. Literatuur wijst dat cognitieve revalidatie de verdere deterioratie van het geheugen vertraagt, maar niet geneest.

Het doel van de revalidatie is dat de persoon zo zelfstandig mogelijk functioneert, bij voorkeur in eigen huis en omgeving. De persoon wordt gestimuleerd om tijdens de revalidatie zoveel mogelijk zelf te doen, uiteraard met zorg en begeleiding waar dat nodig is. Hij verbetert zijn vaardigheden en leert omgaan met mogelijke blijvende beperkingen.

De behandeling is alleen zinvol wanneer de patiënt hiervoor gemotiveerd is en voldoende inzicht heeft in wat er met hem aan de hand is.

- Dementie en nu

Het betrekken van de mantelzorger in het programma is onontbeerlijk. Deze persoon heeft een sleutelrol in het begeleiden van de persoon met dementie. Daarom nemen wij in het programma ook voldoende tijd om de

mantelzorger nuttige tips te geven. Naast de patiënt zelf, moet ook de mantelzorger voldoende motivatie bezitten opdat het programma haar doelstellingen zou bereiken.

De verwijzing gaat uit van de huisarts of behandelend arts specialist. Hierbij verwijst de huisarts zijn patiënt naar de specialist (neuroloog of geriater). De specialist zelf verwijst de patiënt naar de verantwoordelijke van het team. Deze laatste neemt contact met de patiënt, mantelzorger en huisarts om de nodige afspraken te regelen.

Voor de mantelzorgers wordt er een psycho educatiepakket “**Dementie en nU**” (<https://www.mariamiddelares.be/nl/pati%C3%ABnten/pati%C3%ABntenbegeleiding/dementie/dementie-en-nu>) aangeboden. Dit pakket bestaat uit 2 delen waarbij in het eerste deel kennis, vaardigheden en informatie in verband met dementie uitgebreid aan bod komen. In het tweede deel worden de draagkracht en de zorglast van de omgeving van de persoon met dementie besproken. De Alzheimer liga Gent is tevens partner binnen het educatiepakket en participeert aan bepaalde sessies.

In de 10 bijeenkomsten van “dementie en nU” is er ook ruimte voor reflectie met deelgenoten over de behandelde onderwerpen.

Het pakket werd ontwikkeld op initiatief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw en de Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. De sessies gebeuren onder begeleiding van een dementie coach.

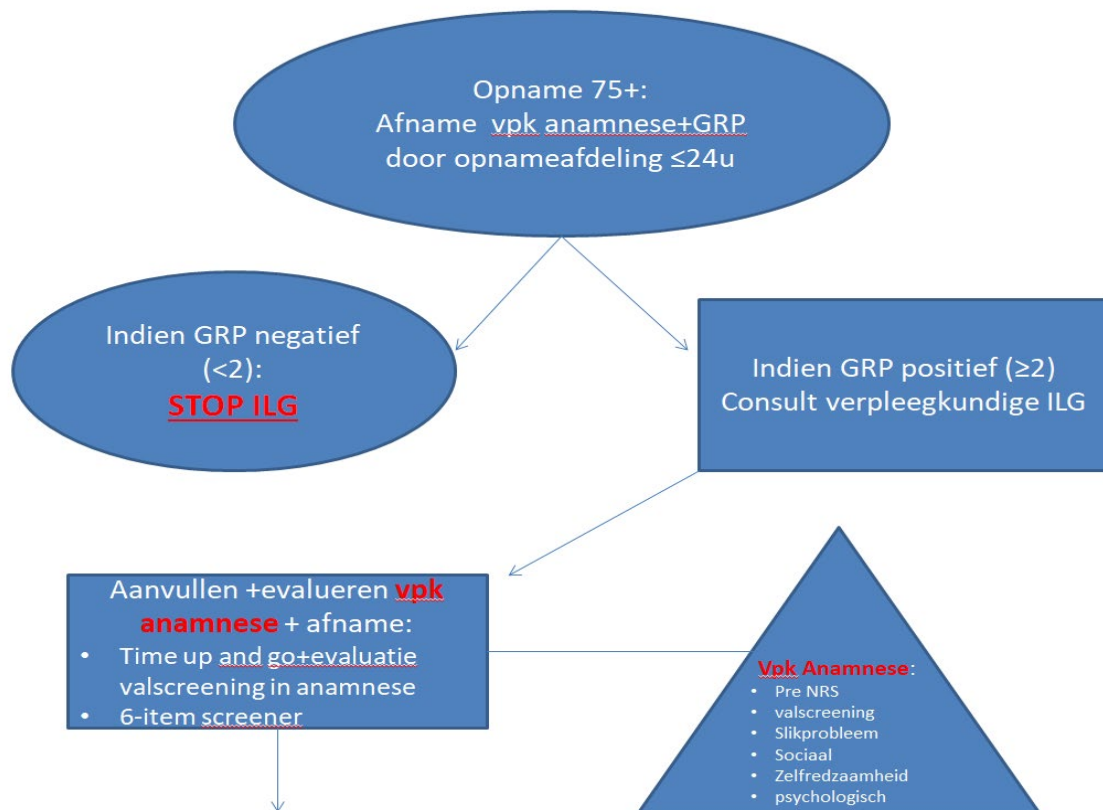
### 4.3 INTERNE LIAISON GERIATRIE

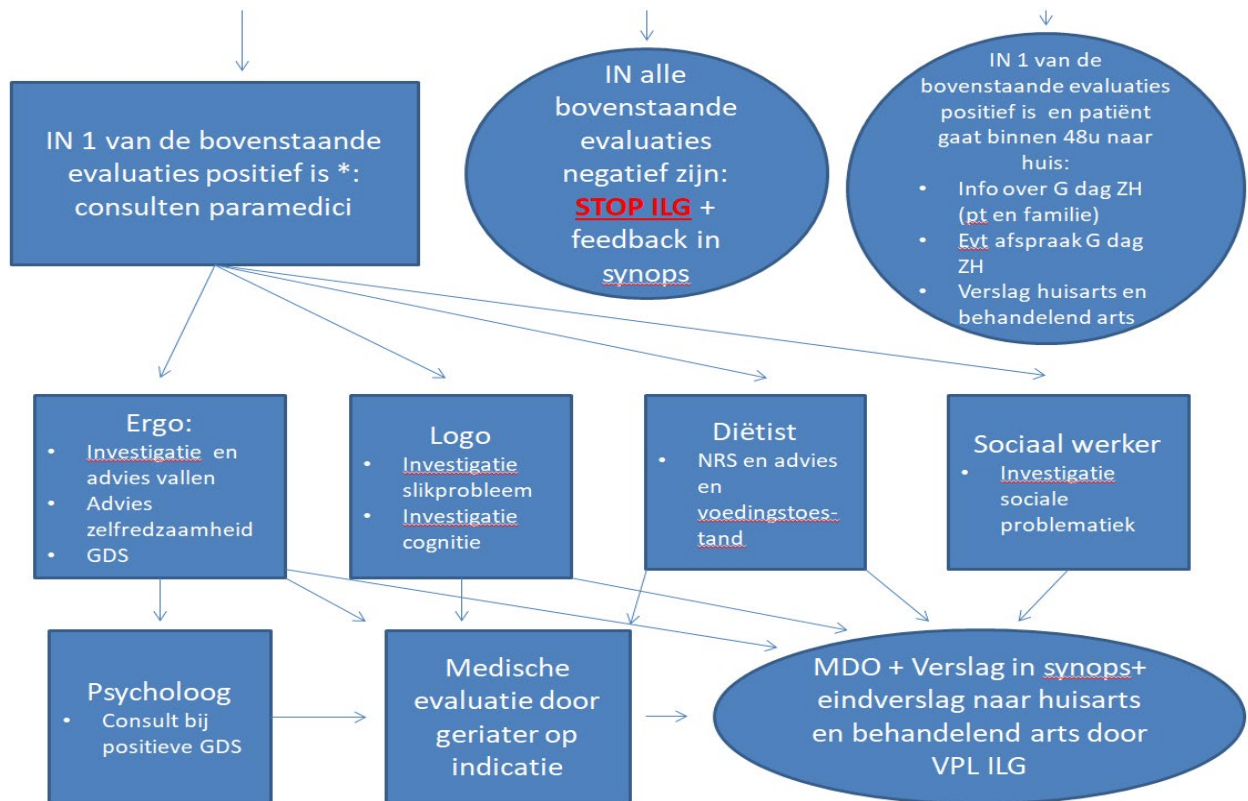
De vergrijzing van de bevolking maakt dat het aantal geriatrische patiënten in de ziekenhuizen toenemen, ook op niet geriatrisch afdelingen. Het team interne liaison geriatrie heeft als doel een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit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

Het team interne liaison geriatrie bestaat uit een geriater, verpleegkundige, logopedist, ergotherapeut, diëtist en psycholoog. Elke medewerker van interne liaison geriatrie werkt mee aan de uitbouw van een geriatrische zorgcultuur in het ziekenhuis.

- In kader van ontslag wordt er nauw samengewerkt met de sociale dienst. Om de continuïteit van de zorg na ontslag te garanderen, wordt een ontslagbrief doorgestuurd of meegegeven naar de huisarts en een brief voor (thuis)verpleging overhandigd aan de patiënt.
- Workflow interne liaison geriatrie (ILG)
  - Het Geriatrisch Risico Profiel wordt bepaald aan de hand van het GRP screeningsinstrument. In het anamnesedocument wordt de GRP screening bij 75-plussers uitgevoerd door de spoedverpleegkundige of afdelingsverpleegkundige op een niet geriatrische afdeling. Vanaf een GRP score van  $\geq 2$  wordt het team interne liaison in consult gevraagd.
    - Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (dementie, verwardheid, delier)
    - Alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/familie.
    - Moeilijkheden bij stappen/transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden.
    - Gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden.
    - Polyfarmacie (5 of meer verschillende geneesmiddelen)
  - De verpleegkundige van ILG heeft een zicht op de positieve GRP's. Daarnaast krijgt zij dagelijks een lijst van de 75+ die de laatste 48u opgenomen werden. Aan de hand van beide lijsten bezoekt zij de patiënten. Na analyse via een verpleegkundig geriatrisch assessment wordt een dossier al dan niet geactiveerd door de verpleegkundige ILG en besproken op het wekelijks interdisciplinair overleg. Op basis van het verpleegkundig geriatrisch assessment wordt een verdere analyse (assessment) uitgevoerd door de betrokken paramedicus. Het totaal concept van de patiënten wordt besproken op de wekelijkse interdisciplinaire teamvergadering van ILG o.l.v.de geriater. Daar worden verdere acties besproken.
  - Op het overlegblad van de patiënt wordt een verslag en advies van MDO genoteerd, gericht naar het behandelend team van de patiënt. Bij ontslag wordt tevens een interdisciplinair verslag van het team ILG digitaal opgestuurd naar de huisarts of met de patiënt meegegeven.

- Bij een ambulante aanmelding van een oudere persoon met een geriatrisch profiel op spoedopname wordt indien nodig door de spoedmedewerker de verpleegkundige van interne liaison geconsulteerd. Doelstelling is de continuïteit van zorg in de thuissituatie te waarborgen.
- Het is een doelstelling om de verpleegkundige van ILG meer te integreren in de werking van spoed. Bij een aanmelding van een patiënt met een geriatrisch profiel is het de bedoeling om ILG zo snel als mogelijk in te schakelen en reeds op spoed zelf. Dit kadert in het concept “seniorfriendly hospital”.
- Flowchart werking ILG





#### • SIX ITEM SCREENER

##### Deel 1: geheugen (inprenting)

Instructie: *Ik noem zo meteen drie woorden, als ik ze alle drie gezegd heb, mag u ze alle drie herhalen. Probeer deze woorden goed te onthouden, want ik vraag ze u later nog een keer.*

CITROEN  
SLEUTEL  
BAL

##### Deel 2: oriëntatie in de tijd

In welk jaar zijn we?	0	1
In welke maand zijn we?	0	1
Welke dag van de week zijn we?	0	1

##### Deel 3: geheugen (reproductie)

Instructie: *Kan u mij de drie woorden opnoemen die u daarnet moest onthouden?*

CITROEN	0	1
SLEUTEL	0	1
BAL	0	1

**Indien patiënt 3 of meer fouten heeft, wordt er een cognitieve screening aangevraagd.**

#### 4.4 GERIATRISCHE CONSULTATIE

Er is een mogelijkheid een ambulante geriatrische consultatie te verkrijgen op afspraak (tel: 09 246 89 00) bij volgende drs. geriateren en op volgende momenten

- Dr. Desimpelaere
- In AZ Maria Middellares op vrijdag en zaterdag voormiddag
- In MCMM (in Gentbrugge) op dinsdag voormiddag



#### 4.5 EXTERNE LIAISON EN TRANSMURALE ZORG

De horizontale netwerking en transmurale zorg, waarvan de externe liaison deel uitmaakt, wordt opgenomen door de coördinator transmurale zorg, in samenwerking met het hoofd van de sociale dienst ondersteund door de sociaal werkers. De stuurgroep horizontale netwerking voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur (met volgende leden: voorzitter raad van bestuur, algemeen directeur, medisch directeur, verpleegkundig paramedisch directeur, voorzitter van de medische raad, huisarts, drs. chirurgie, drs. interne, dr. geriatrie, hoofd sociale dienst en coördinator transmurale zorg) bepaalt de doelstellingen en de beleidsvisie van de horizontale samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijn en residentiële setting.

Hieronder gaan wij dieper in op de methodiek van het ontslagmanagement waar het sociaal werk een belangrijke trekker en coördinator van is.

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

- **Microniveau**

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

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

Ontslagmanagement start bij de opname, zelf indien mogelijk reeds pro-actief voor een opname.

Elke discipline vervult hier ook een belangrijke rol. De verpleegkundige moet op een correcte manier kunnen inschatten of de patiënt een bepaald risicoprofiel heeft betreffende ontslagproblemen (opvang thuis, zelfredzaamheid, plaatsing, revalidatie,...). Hij heeft hier een meldingsplicht naar de andere disciplines. Het verpleegkundig anamnese document wordt binnen de 24u na opname ingevuld, waarbij de biopsychosociale noden gedecteerd worden. Op basis van de detectie van de noden kan zeer snel een paramedisch advies ingewonnen worden. Op de afdelingen geriatrie wordt verwacht dat kine, logo, ergo, sociale dienst en diëtik binnen de 48u (indien WE binnen de 72u) hun assessment en advies uitvoeren. De psycholoog kan in advies gevraagd worden.

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

Bij geplande opnames heeft ook de preopname balie een belangrijke taak in het detecteren en signaleren van een sociaal probleem.

Interdisciplinaire samenwerking: de verpleegkundige en de sociale dienst faciliteren deze samenwerking, zowel intra - als extramuraal. Op regelmatige basis (minimum één maal per week) wordt een intramurale interdisciplinaire teamvergadering gehouden, waarbij alle actoren onder de verantwoordelijkheid van de behandelende arts alle patiënten bespreken. Deze vergadering bepaalt de interdisciplinaire doelstellingen, het interdisciplinaire zorgplan en evalueert en stuurt bij. De verpleegkundige heeft hier een faciliterende rol en is verantwoordelijk voor de rapportage in het verpleegkundig dossier. De sociaal werker bewaakt de methodiek, verzamelt alle interdisciplinaire gegevens, objectificeert de zorg en neemt op deze basis de juiste acties voor de patiënt. Wij streven dit na op alle C-, D- en A diensten

Via het team interne liaison geriatrie worden de geriatrische patiënten waarbij een consult van het team gebeurt is wekelijks opgevolgd via de interdisciplinaire vergadering van het team interne liaison.

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

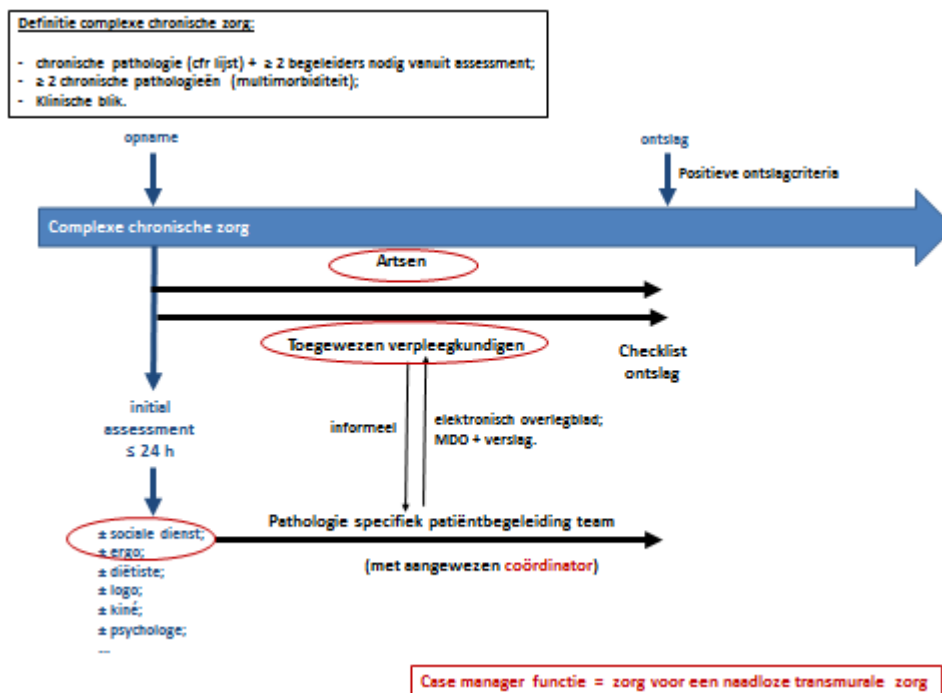
De ontslagcriteria worden bepaald tijdens de interdisciplinaire vergadering.

- Tijdige ontslagplanning
- Tijdige ontslagdatum
- Correct ingevulde interdisciplinaire ontslagdocumenten
- Verpleegkundig ontslagdocument
- SMART-document
- Ontslagbrief voor de huisarts
- Paramedische ontslagdocumenten
- Transferdocumenten bij overdraagbare aandoeningen
- Opnamedocumenten voor externe hulpverleners
- KATZ-schalen (of BELRAI)
- Thuiszorgdossier indien aanwezig
- Eventueel medicatievoorschriften

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

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

Hieronder kunt u een schematische voorstelling zien van onze visie betreffende de casemanagementfunctie.



### • Meso- en macroniveau

De horizontale samenwerking en netwerking wordt gecoördineerd door de stuurgroep horizontale netwerking. De coördinator transmurale zorg zorgt hierbij voor een goede samenwerking op mesoniveau met de residentiele - en 1<sup>e</sup> lijn sector, alsook met patiënten- en mantelzorgverenigingen. Er wordt gestreefd naar preferentiële samenwerkingsverbanden die de continuïteit van zorg faciliteren. De reorganisatie van de 1<sup>e</sup> lijn via de Vlaamse overheid en allerhande transmurale projecten zoals “thuishospitalisatie”, de functionele binding Gent zorgen er mede voor dat er over de grenzen van het ziekenhuis samengewerkt wordt met de extramurale actoren om zo te streven naar geïntegreerde zorg, waarbij zorgcontinuïteit gewaarborgd wordt. De samenwerking en participatie van de huisartsen in het beleid wordt gestimuleerd. 2 jaarlijks wordt een huisartsenplatform met de voorzitters van de huisartsenkringen in de regio georganiseerd. Tevens is één voorzitter van een huisartsenkring betrokken bij de vergaderingen van de stuurgroep horizontale netwerking.



Het ziekenhuis heeft een intense samenwerking ontwikkeld met de SP diensten van het Zorgcentrum Lemberge, gezien de belangrijke doorstroming van patiënten vanuit het ziekenhuis naar het zorgcentrum voor een continuering van de revalidatie. Zowel de geriaters als de revalidatieartsen van AZ Maria Middelares volgen de opgenomen patiënten op de SP afdelingen van Lemberge verder op. Daarnaast zijn er nauwe samenwerkingen met andere revalidatieziekenhuizen (BZIO), herstelverblijven, kortverblijven en WZC's. Jaarlijks worden met onze preferentiële partners bilaterale overlegmomenten georganiseerd om zo de samenwerking te optimaliseren. Ook met de 1<sup>e</sup> lijnsdiensten (WGK, I-Mens, familie zorg, familie hulp, ...) wordt de samenwerking geïntensifieerd.

Het is onze doelstelling om intens samen te werken met bepaalde eerstelijnsdiensten en WZC's zodat zij (in de continuïteit van zorg) voorbereid worden in toedienen van complexe zorg bij een thuishospitalisatie, zoals IV toediening, het gebruik van PIC of PAC katheters, gebruik van PEG sondes, ...

Het preferentieel partnership: het ziekenhuis wil een stap verder gaan dan de loutere functionele binding tussen het ziekenhuis en WZC's. Indien het WZC kiest voor een samenwerking met het labo van AZ MM of indien er een belangrijke doorstroming is van bewoners/patiënten tussen beide organisaties wordt een preferentieel partnership opgestart. Dit betekent dat het WZC beroep kan doen op expertise van het ziekenhuis, zoals (gratis) deelname aan georganiseerde bijscholingen in het ziekenhuis, advies van bepaalde klinische experts (tot 4u per jaar gratis) zoals wondzorg, diabetes, infectie, palliatief, pijn, uro,... Deze uitwisseling van kennis bevordert en stimuleert de continuïteit van zorg.

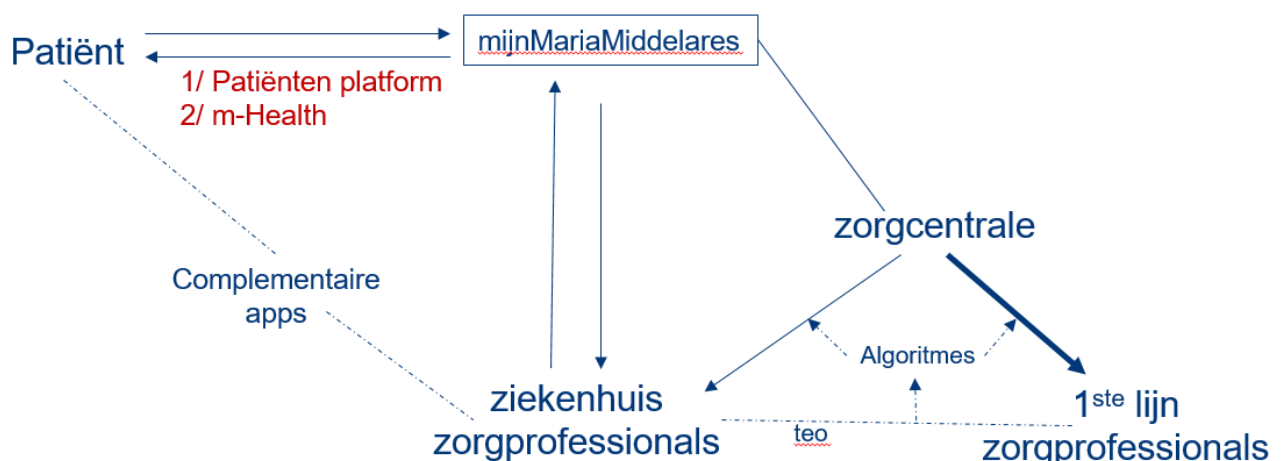
In 2022 start het ziekenhuisnetwerk E17 ook een HOST (Hospital Outbreak Support Team) op, waarbij infectie experts van het ziekenhuis advies geven betreffende infectie en antibiotica beleid aan collectiviteiten zoals WZC's, VAPH instellingen, ... AZ Maria Middelares/AZ St Vincentius Deinze nemen hier de coördinatie van op.

Een optimale transmurale communicatie is een absolute voorwaarde in de zorgcontinuïteit

Daarom is in 2020 binnen het ziekenhuis is een werkgroep "Transmurale zorg" opgericht waarbij onderzocht wordt welke digitale informatietools kunnen helpen om de transmurale communicatie te optimaliseren. Hierbij wordt oa. gefocust op:

1. Het creëren van een **digitale patiëntenplatform** waar de patiënt eigenaar van is en waarbij allerlei documenten door de patiënt (vooraf) kunnen geraadpleegd en ingevuld worden.
2. Het streven naar outrachende zorg waarbij een opvolgen van bepaalde parameters in de thuiszorg mogelijk wordt en waarbij deze parameters op een veilige manier opgevolgd kunnen worden door middel van een **zorgcentrale**. Het is een doelstelling om door middel van algoritmes alarmniveaus te creëren waarbij afhankelijk van het niveau van alarm de thuiszorgwerker, de huisarts of de ziekenhuispecialist gewaarschuwd wordt. Hierbij zal een verantwoordelijkheids- en veiligheidspad gecreëerd worden waarbij duidelijke afspraken gemaakt worden tussen de verschillende betrokken partijen.

Volgend schema probeert deze transmurale digitale communicatie wat te verduidelijken:



#### 4.6 DE PARAMEDISCHE SPECIALITEITEN

#### 4.5.1 ERGOTHERAPIE

Taakomschrijving/behandelplan van de ergotherapeut a.d.h.v. **beroepsprofielen**:

##### • Diagnosticeren

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

*In de praktijk*

- Intake gesprek a.d.h.v. ICF en COPM (binnen 72u na opname)
  - ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health
  - COPM: Canadian Occupational Performance Measure
- Testen afnemen om functionaliteit te evalueren:
  - FIM (Functional Independence Measure) -> afnemen na ADL ochtend hygiëne
  - GDS (Geriatric Depression Scale) -> afnemen op vraag geriater
  - EMS (Elderly Mobility Scale) -> afnemen bij thuiswonende ouderen bij eerste bezoek in de revalidatiezaal (na de acute fase)
  - Meten van handknijpkracht a.d.h.v. Vigorimeter
- Observeren van functionaliteit in functie van ontslag naar huis/WZC/serviceflat met/zonder thuishulp (in samenwerking met team)

*Geriatrisch dagziekenhuis en interne liaison G*

- Mobiliteit en valrisicoscreening volgens KLUSCE principe: testen afhankelijk van problematiek: Timed Chair Stand Test + Handknijpkracht, Tinetti test, timed get up and go, Four Test Balance Scale, Borg schaal, Functional Reach Test, Lineaire E-test
- Functionele evaluaties: in samenspraak met de mantelzorgers: B ADL en I ADL lijsten, Elderly Mobility Scale
- Opsporen risico op functieverlies na ziekenhuisopname: Isar HP score (enkel bij geplande ziekenhuisopname)
- Socio emotionele beleving: GDS 15, Falls Efficacy Scale
- Standaard testen bij geplande TAVI ingrepen: TCST, Handknijpkracht, Tinetti, B ADL en I ADL, Isar HP score en GDS 15
- Standaard testen bij onco-patiënten, 75+; assessment uit te voeren voorafgaand aan therapiebespreking: B ADL en I ADL, Tinetti, GDS 15 en Zesminutenwandelttest (6MWT)
- Cognufit: rehabilitatieprogramma voor thuiswonende personen met inzettende dementie: Vragenlijsten geheugenklachten (Memo rit), Draagkracht mantelzorgers, 6MWT

##### • Behandelen

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

*In de praktijk:*

- Gangrevalidatie en transfertraining (in samenwerking met kinesisten).
- ADL ochtend hygiëne / zelfzorg
- Dagelijkse functionele therapie: grove motoriek, fijne motoriek, transfertraining, algemene (functionele) oefeningen op kracht-lenigheid-uthouding-spierkracht-coördinatie-evenwicht, SilverFit, ZORA robot, digitaal scherm, cognitieve training...
- Patiënten afkomstig van thuis of assistentiewoning komen 3x/week naar de revalidatiezaal (middenruimte afdelingen G2). Patiënten afkomstig uit een WZC komen 2x/week naar de oefenzaal. Hiervoor wordt een wekelijkse planning gehanteerd. Orthopedische patiënten komen dagelijks naar de revalidatiezaal  
Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat deze frequentie van intensieve therapie voldoende is om zelfstandigheid te verbeteren (zie wetenschappelijke artikels die te vinden zijn bij '1.1 kinesitherapie')

- Groepsactiviteit omtrent cognitie / geheugen / oriëntatie
- Kookactiviteiten in aangepaste keuken in revalidatiezaal
- Jaarlijkse themanamiddag rond valpreventie (periode april)

#### • Adviseren

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

*In de praktijk:*

- Hulpmiddelenadvies / woningaanpassing / Ergo aan huis
- Adviesverlening omtrent veilige valomgeving in het ziekenhuis (zowel aan patiënt en familie als aan personeel/collega's)
- Programma Op de Valreep (zie valbeleid)
- Advies ergonomisch werken
- Advies verlenen m.b.t. transfers, stappen, enz. aan de verpleegkundigen (bijscholing geven indien nodig)
- Informeren omtrent functioneren van patiënten in thuissituatie/WZC aan patiënt zelf of familie/mantelzorgers
- In kader van het educatiepakket "dementie en nu" aan de mantelzorgers van de persoon met dementie
- In het kader van het rehabilitatieprogramma "Cognufit!" aan de persoon met dementie en mantelzorger.

#### • Managen

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

*In de praktijk:*

Interdisciplinair overleg met paramedici, verpleegkundigen en geriater (wekelijks)

Interdisciplinair overleg met collega ergotherapeuten/kinesitherapeuten (dagelijks)

Stuurgroep geriatrie

Werkgroep geriatrie E17 netwerk met collega ergotherapeuten

#### • Onderzoeken

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

#### • Werken aan kwaliteit

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

*In de praktijk:*

- Screening veilige valomgeving op alle G-diensten.
- Opzoeken van EBP literatuur
- Min 12u opleiding/bijscholing volgen per jaar
- E- learning via EBlox

#### • Communiceren

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

*In de praktijk:*

- Synops contact van patient up to date houden tijdens opname/therapie

- Er is een vaste boomstructuur uitgewerkt voor de mensen werkzaam binnen geriatrie

- **Begeleiden**

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

De ergotherapeut is aanwezig, kijkend naar de kansen en opportuniteiten in de omgeving van de cliënt.

Hij gaat naar de cliënt toe en stelt menselijke waardigheid, zingeving en participeren centraal.

- **Coachen**

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

Hij werkt methodisch, gestructureerd en oplossingsgericht.

#### 4.6.2 DIËTIËK

##### Voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen

- **Ondervoeding/malnutritie**

De kwetsbare oudere wordt vaak geconfronteerd met voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen, waarbij malnutritie (synoniem: ondervoeding) een heel belangrijke factor vormt. Malnutritie of ondervoeding wordt omschreven als een 'acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit of andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling (verlies vetvrije massa), functioneren en klinische resultaten'.

##### Screening ondervoeding

Het is dan ook van groot belang dat elke geriatrische patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op het risico op ondervoeding. Deze screening wordt uitgevoerd met de Nutritional Risk Screening (NRS-2002), bestaande uit twee luiken. Het eerste luik wordt binnen de 24u na opname ingevuld door de verpleegkundigen en pijlt naar ongewenst gewichtsverlies, verminderde voedingsintake en lage Body Mass Index (BMI).

Op basis van de resultaten van de screening wordt de diëtist al dan niet in consult gevraagd en wordt het tweede luik ingevuld. Er wordt bij opname ook steeds een vocht- en voedingsbalans opgestart (zie verder) en iedere patiënt wordt gewogen en gemeten.

##### Nutritioneel assessment

Na het invullen van het tweede luik krijgt de diëtist een beeld van het risico op ondervoeding, ongeacht deze score gaat de diëtist langs bij de patiënt voor een nutritioneel assessment. Het assessment is een gedetailleerd onderzoek van de metabolische, nutritionele of functionele variabelen en is uitgebreider dan de screening en leidt tot een geschikt voedingsplan. Het voedingsplan of de nutritionele interventie (aanpassen consistentie, opstarten bijvoeding, advies geven tot sondevoeding of totale parenterale voeding, ...) wordt opgesteld in overleg met de patiënt waarbij rekening gehouden wordt met de voedingsvoorkeuren van de patiënt. Daarnaast zal de diëtist de patiënt en zijn familie op basis van een brochure informatie geven omtrent het te volgen dieet. Wekelijks zal de patiënt gewogen worden en de gewichtsevolutie zal door de diëtist worden opgevolgd.

Het tweede luik van NRS wordt door de diëtist wekelijks opnieuw bepaald. Wanneer de score van het tweede luik lager is dan 3, zal het gewicht wekelijk opgevolgd worden door de verpleging en is er geen actieve opvolging meer vereist door de diëtist.

##### Vocht- en voedingsbalans

Bij elke patiënt op geriatrie wordt een vocht- en voedingsbalans (= VVB) gestart om de voedingsintake gedurende 3 dagen bij te houden.

- Witte VVB: wordt standaard bij iedere opname opgestart en 3 dagen ingevuld. Indien na 3 dagen blijkt dat de patiënt een stabiele en adequate voedingsinname heeft, wordt de witte VVB stopgezet. Bij een verminderde intake kan de diëtist er voor kiezen een nieuwe (oranje) VVB op te hangen om de inname verder op te volgen gedurende opnieuw 3 dagen.

o Bij een positieve pre-screening, wordt door de diëtist een oranje VVB opgehangen. Na drie dagen wordt deze oranje VVB opnieuw geëvalueerd en indien de voedingsintake nog steeds te laag is en/of bij gewichtsverlies wordt er opnieuw een VVB opgehangen.

• **Andere vaak voorkomende voedingsgerelateerde problemen bij ouderen**

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

Wanneer bij opname één van bovenstaande problemen wordt geconstateerd kan de diëtist zelf inschatten of het nodig is om langs te gaan ongeacht van het resultaat van de pre-screening.

**De voeding op geriatrie**

• **Gewone voeding**

Deze voeding voldoet aan de eisen van een gezonde voeding.

<b>Theoretische voedingsaanbevelingen voor 75+</b>	<b>Mannen</b>	<b>Vrouwen</b>
<u>Energie</u> <sup>1</sup> :	Min. 30 kcal/kg lichaamsgewicht	
<u>Eiwitten</u> <sup>1</sup> :	1,2 g eiwitten / kg lichaamsgewicht	
<u>Koolhydraten</u> <sup>2</sup> :	45	60 En%
<u>Vetten</u> <sup>2</sup> :	Totaal: > 20 en < 30 – 35 En% Verzadigde Vetzuren: < 10 En% Enkelvoudig Onverzadigde Vetzuren: 10 – 20 En% Meervoudig Onverzadigde Vetzuren: 5 – 10 En%	
<u>Voedingsvezels</u> <sup>2</sup> :	Min. 30 g / dag	
<u>Mineralen</u> <sup>2</sup> :		
IJzer	9	mg
Natrium	500	-1600 mg
Calcium	950	mg
<u>Water</u> <sup>2</sup> :	30 ml/kg lichaamsgewicht per dag	

<sup>1</sup>Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswettera, E., ... & Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition.

<sup>2</sup>Hoge Gezondheidsraad – Voedingsaanbevelingen voor België (2019)

• **Diëten**

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

Enkele vaak voorkomende diëten zijn:

- o Geriatrisch profiel (geen taai vlees, geen rijst- en deegwaren, geen groenten met verslikingsgevaar)
- o Diabetesdieet: suiker- en vetarm / Suikerarm niet-vetarm

- Lichtverteerbaar dieet
- Zoutarme voeding

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

- **Consistenties**

- Patiënten met kauw- en/of slikproblemen kunnen baat hebben bij een voeding met aangepaste consistentie.
- Dit gebeurt vaak in overleg met de logopedist.

### Bijvoeding

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

- Resource Ultra: Volledige orale dieetvoeding, rijk aan energie en hoog in eiwitten. Deze bijvoeding mag gebruikt worden bij personen met diabetes vanwege de lage glycemische index.
- Resource Fruit: Aanvullende orale dieetvoeding, rijk aan energie, op basis van vruchtensap.
- Resource 2.0: Volledige orale dieetvoeding, rijk aan energie- en eiwitten.
- Thicken up drink complete (IDDSI 3): Dieetvoeding voor medisch gebruik, geschikt voor patiënten met slikproblemen.

Verder bestaan er nog andere ziektespecifieke bijvoedingen voor bv. bij nierfalen, decubituswonden, COPD, ... Als deze producten zijn aangewezen, zal de diëtist dit verder bespreken.

### Sondevoeding

Deze voeding wordt enkel gebruikt wanneer gewone voeding en bijvoeding niet meer haalbaar zijn voor de patiënt of onvoldoende kan worden ingenomen om tot een adequate voedingsinname te komen. De diëtist zal de calorie- en eiwitbehoefte van de patiënt bepalen en advies verlenen over hoeveel sondevoeding nodig is.

De meest voorkomende sondevoedingen op geriatrie zijn:

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

### Parenterale voeding

Parenterale voeding is aangewezen bij mechanische gastro-intestinale problemen zoals bijvoorbeeld een darmobstructie. Ook bij pancreatitis, maldigestie en/of malresorptie (short bowel, inflammatory bowel disease, ...) kan parenterale voeding aangewezen zijn. Deze voeding is eveneens aangewezen als er onvoldoende gewone voeding of klinische voeding per os kan worden ingenomen. Parenterale voeding wordt voorgeschreven door de arts. De diëtist zal de calorie- en eiwitbehoefte van de patiënt bepalen en advies verlenen over hoeveel parenterale voeding nodig is.

#### 4.6.3 KINESITHERAPIE

##### Behandelplan Geriatrie

- **Assessment/intake**

Bij iedere patiënt wordt op de eerste werkdag een assessment afgenomen (volgens staand order), tenzij contra-indicatie doorgegeven via dokter.

Probleemstelling / Hulpvraag	Klinisch onderzoek / Testing
Reden van opname	Gangpatroon met/zonder hulpmiddel

Nevendiagnose	Tinetti (indien mogelijk)
Thuisituatie	Four test balance scale (indien mogelijk)
Kinesitherapie aan huis	Mobiliteit en spierkracht OL/BL
Hulpmiddelen/stappen	Ademhaling
Trappen	Evenwicht
Valincidenten	

- **Doelstelling**

- Bij iedere patiënt worden individuele doelen opgesteld o.b.v. de intake.
- Deze doelstellingen kunnen op elk moment worden aangepast.
- Veel voorkomende doelstellingen
  - onderhoud of verbetering conditie
  - onderhouden of verbeteren mobiliteit
  - onderhouden of verbeteren kracht
  - optimaliseren zelfredzaamheid
  - ventileren longen
  - evacueren fluïmen

- **Therapie**

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

- Oefentherapie in de revalidatiezaal van geriatrie

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

Patiënten afkomstig van thuis of assistentiewoning komen 3x/week naar de revalidatiezaal (middenruimte afdelingen G2). Patiënten afkomstig uit een WZC komen 2x/week naar de revalidatiezaal. Hiervoor wordt een wekelijkse planning gehanteerd. Er wordt tijdens de oefentherapie in de revalidatiezaal gestreefd naar individuele en intensieve oefentherapie. Uit wetenschappelijk onderzoek (\*) is gebleken dat deze frequentie van intensieve kinesitherapie voldoende is om een trainingseffect te bereiken. Indien de patiënt niet zelfstandig is, wordt op de andere dagen ook oefentherapie/gangrevalidatie gegeven op de kamer of afdeling.

(\*) Taaffe DR, Duret C, Wheeler S, Marcus R. Once-weekly resistance exercise improves muscle strength and neuromuscular performance in older adults. J Am Geriatr Soc. 1999 Oct;47(10):1208-14. PubMed #10522954.

(\*) Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, et al. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2008;56:2234-43

Alle patiënten komen naar de revalidatiezaal met uitzondering van:

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

Toestellen/materiaal aanwezig in de revalidatiezaal:



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

#### De mobiele patiënt

- Verschillende therapiemogelijkheden: gangrevalidatie, actieve oefeningen in zit/stand, evenwichtsoefeningen, spierkrachtoefeningen, mobiliserende oefeningen, educatie, TTTD (tegenhouden, trekken, tikken, duwen)...

#### De orthopedische patiënten (ortho G)

- worden dagelijks tweemaal behandeld, éénmaal oefentherapie in de revalidatiezaal en éénmaal een mobilisatie.

Er is een nauwe samenwerking met de ergotherapeuten.

#### o Oefentherapie op de kamer

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

#### Bedlegerige patiënt

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

#### Ademhalingskine

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

### • **Interdisciplinair overleg**

Eénmaal per week wordt de therapie en evolutie besproken in een interdisciplinair overleg. Indien nodig, wordt de therapie nadien aangepast.

### • **Ontslag**

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

#### 4.6.4 LOGOPEDIE

### • **Voorstelling**

- o Cognitief linguïstische screening bij dementie
- o DysF<sup>2</sup>: sliklabo en stemlabo
- o Geriatrie en Interne Liaison (specifieke dd dementie, presbyfagie, ...)
- o Dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt: Cognufit!, psycho-educatie Dementie en Nu
- o Ambulante patiënten (interdisciplinaire aanpak)



- **Doelgroep geriatrie**

- Neurologische spraak- en taalstoornissen

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

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

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

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

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

- Dysfagie

- Bij het ouder worden kan het slikproces bijvoorbeeld iets trager verlopen, zonder dat er slikproblemen optreden (presbyfagie). In combinatie met ziekteprocessen (bijvoorbeeld longproblemen, algemeen zwakke toestand), na een letsel ter hoogte van het hoofd- en halsgebied of na een hersenletsel kunnen slikstoornissen voorkomen.
- Aangezien verslikken op termijn tot ondervoeding en aspiratiepneumonie kan leiden, is het heel belangrijk het slikken consequent te evalueren bij deze populatie. Evaluatie van de slikproblemen kan gebeuren door dienst logopedie in samenwerking met de dienst NKO.
- De dienst logopedie ontwikkelde een slikprotocol en een slikscreening. Deze slikscreening geeft indien gewenst advies over de consistentie van de voeding, aanpassing van de eetsituatie in functie van veilig slikken.
- Vooreerst worden enkele belangrijke basisvoorwaarden om tot slikken te komen nagegaan. Voorbeelden: bewustzijn, cognitie, coöperatie, mondmotoriek, hoestreflex, secreties, sensoriek, fonatie, taalbegrip, gebit, ... . Daarna wordt de waterslikproef uitgevoerd.
- Problemen kunnen zich situeren in de orale fase (mond). Voorbeeld: kauwproblemen. Ook in de faryngale fase (keel) kunnen problemen optreden. Voorbeeld: hoesten, zich verslikken. Tot slot kan zich ook een probleem voordoen in de oesofageale fase (slok darm). Voorbeeld: passageklachten.
- Een individueel slikadvies wordt opgesteld waarbij er aandacht is voor de voedingsconsistentie, de houding, het gebruikte materiaal (voorbeeld neusbeker) en de juiste begeleiding. De patiënt wordt tijdens de maaltijden geobserveerd en begeleid om verdere problemen op te sporen. Communicatie met de verpleegkundigen en de familie is primordiaal.
- Doordat er bij deze populatie vaak sprake is van een verminderde eet- en drinkreflex is het van primordiaal belang dat de voedsel- en vochtinname nauwkeurig wordt opgevolgd en bijgehouden. Hierbij is samenwerking met de diëtisten belangrijk.

- Neuro-cognitieve stoornis

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

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

- Mini-Mental State Examination (MMSE), (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

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

o Groepsactiviteiten

2x per week zal een groepsactiviteit plaatsvinden in de revalidatiezaal. In samenwerking met de dienst ergotherapie, worden personen met licht tot matige dementie samen gebracht en cognitief gestimuleerd. De doelstellingen zijn: gezellig samenzijn tijdens het nuttigen van de koffie, sociale interactie en cognitieve stimulatie en educatie aan de hand van allerlei oefeningen. Voorbeelden: oriëntatie in de tijd, themagebonden oefeningen, reminiscentie, denkspelletjes, oefeningen op woordvinding/ logisch denken, actualiteit, ... .

1x per week zal er een groepsactiviteit plaatsvinden rond muziektherapie. Dit zal in samenwerking met kinesitherapie gebeuren, in de revalidatiezaal. De doelstellingen zijn: cognitieve stimulatie, welbevinden optimaliseren, verhogen van activatie. Dit gebeurt via actieve werkvormen zoals bv. dansen/bewegen op muziek, samen zingen,... en ook receptieve werkvormen zoals bv. luisteren naar muziek (= 'beleven' van muziek) met bijhorende opdrachten zoals herinneringen ophalen en uitwisselen, emoties bespreken,... . Hierbij willen we vooral mensen met cognitieve en/of psychische problemen bereiken.

• **Dementie en nU (zie ook hoger)**

Voor de mantelzorgers wordt er een psycho educatiepakket "Dementie en nU" aangeboden. Dit pakket bestaat uit 2 delen waarbij in het eerste deel kennis, vaardigheden en informatie in verband met dementie uitgebreid aan bod komen. In het tweede deel worden de draagkracht en de zorglast van de omgeving van de persoon met dementie besproken.

In de 10 bijeenkomsten van "dementie en nU" is er ook ruimte voor reflectie met lotgenoten over de behandelde onderwerpen.

Het pakket werd ontwikkeld op initiatief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw en de Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. De sessies gebeuren onder begeleiding van een dementie coach.

• **Cognufit! (zie ook hoger)**

Taak logopedist:

- o intakegesprek met patiënt en mantelzorger + specifieke opvolging tijdens Cognufit! en blijvend aanspreekpunt
- o psycho-educatie over werking van geheugen en factoren die de werking van het geheugen positief en negatief kunnen beïnvloeden, dit voor zowel patiënten als mantelzorgers
- o onderwerpen mantelzorgsessies:
- o omgangs- en communicatietips
- o bewaken van eigen grenzen
- o aanleren van externe geheugenstrategieën
- o aanleren/drill en practice van gsm- en/of pc-gebruik

• **EHBC Box (Eerste Hulp Bij Communicatieproblemen)**

Bij personen bij communicatieproblemen kan de logopedist in consult gevraagd worden. Deze heeft een EHBC box met middelen voor ondersteunende communicatie. Deze box is terug te vinden op de afdeling

en is raadpleegbaar door verpleegkundigen en andere medewerkers. Indien nood aan meer info is deze te vinden en te vragen bij de logopedist.

#### 4.6.5 SOCIALE DIENST – TRANSMURALE ZORG

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

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

- **Patiëntgebonden activiteiten**

- Kerntaak 1: Psychosociale hulpverlening

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

In het kader van de psychosociale hulpverlening schenkt het sociaal werk aandacht aan de wisselwerking tussen psychische en sociale componenten die van invloed zijn op het menselijk functioneren, wanneer de wisselwerking verstoord is. In samenwerking met de patiënt en zijn omgeving richt de sociaal werker zich op veranderingen in deze wisselwerking waarbij (leer)processen bij de patiënt zelf een nadrukkelijk punt van aandacht zijn (Snellen, 2007).

- Kerntaak 2: Onderzoek en rapportage

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

Rapportage houdt in dat de sociaal werker de stappen noteert die hij zet in het tegemoetkomen aan de zorgvraag van de patiënt. Dit zijn o.a. de bevindingen van de intake, de probleemanalyse, de gemaakte afspraken met de patiënt en/of zijn omgeving en de andere zorgverstrekkers zowel binnen als buiten het ziekenhuis, en het afsluiten van het dossier. Bij het opstarten van een dossier wordt een contact 'sociale dienst' aangemaakt en worden de eerste twee tabbladen van het sociale luik van de verpleegkundige anamnese (tablad 1 en 2) ingevuld. Bij het afsluiten van het dossier wordt een registratie uitgevoerd. Op dit moment worden de tabbladen 1 tot 6 van de verpleegkundige anamnese (= sociale anamnese) vervolledigd en gevalideerd.

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

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

- Kerntaak 3: Zorgcoördinatie

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

In het kader van deze kerntaak maakt de sociaal werker gebruik van de methodiek ontslagmanagement. **Ontslagmanagement** kan worden gedefinieerd als de fasische en gestructureerde ontslagvoorbereiding, die start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek en hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als functionele aspecten, en beoogt een optimale re-integratie in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd door de ontslagmanager (expertgroep ontslagmanagement, Moons e.a. 2005)

○ Kerntaak 4: Concrete hulpverlening

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

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

Concrete hulpverlening omvat activiteiten die tot doel hebben de bestaansvoorwaarden van de patiënt te verbeteren door gerichte, duidelijke, correcte en volledige informatie of advies aan de patiënten en hun omgeving te geven m.b.t. materiële, sociaal-administratieve, financieel-administratieve of juridisch-administratieve aangelegenheden en desgevallend het opstarten en het opvolgen van administratieve procedures.

○ Kerntaak 5: Preventie

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

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

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

○ Kerntaak 6: Belangenbehartiging

Belangenbehartiging is het opkomen en/of aandacht vragen voor de rechten en belangen van een patiënt of een groep patiënten op verschillende fora, zoals het beleid, de andere disciplines in het ziekenhuis. Het doel is veranderingen teweeg brengen en eventuele misverstanden op te heffen. In die zin kan belangenbehartiging bijdragen aan preventie.

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

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

○ Kerntaak 7: Signalering

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

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

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

- **Niet-patiëntgebonden activiteiten**

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

- Kwaliteit ziekenhuisdienstverlening
- Deskundigheidsontwikkeling

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

### **Organisatie van de sociale dienst**

De sociale dienst is opgebouwd in clusters. De clusters bevatten afdelingen die inhoudelijk meest met elkaar samenvallen en aldus een natuurlijke flow van patiënten hebben naar elkaar toe. Binnen de clusters zijn er duo's en trio's van sociaal werkers die dagelijks samenwerken en voor elkaar vervangen.

De sociaal werkers van de dienst geriatrie en het geriatrisch dagziekenhuis behoren tot één cluster. Zij waarborgen de continuïteit van het sociaal werk. Elke sociaal werker is verantwoordelijk voor één afdeling en vervangt de collega, in onderlinge afspraak, bij afwezigheid.

Geriatric 1: sociaal werker: tel. 2715

Geriatric 2: sociaal werker : tel. 2721

Geriatric 3: sociaal werker: tel. 2722 (bed1-10) en 2711 (bed 11-20)

Interne liaison geriatrie en het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt: : sociaal werker: tel 2713.

Lokalisatie: de medewerkers van de sociale dienst voor de afdelingen geriatrie D601 en D602 zijn bereikbaar op de zesde verdieping - afdeling D602 . De sociaal werker van de interne liaison geriatrie, het geriatrisch dagziekenhuis en afdeling D603 zijn gelokaliseerd op Noord +2.

De sociale dienst organiseert ziekenhuisbreed op dinsdag- en donderdagavond (17u tot 18u30) een avondpermanentie. De avonddienst is gericht naar familieleden en de mantelzorgers welke tijdens de normale werkuren niet kunnen langskomen.

De sociaal werker van de geriatrie neemt als teamlid, wekelijks deel aan het multidisciplinair team van haar afdeling. Ze vervult een verbindingsfunctie tussen het ziekenhuis en de externe zorgomgeving van de patiënt. Zij coördineert het ontslagmanagement bij meer complexe dossiers, waarbij gezocht moet worden naar een thuisvervangend milieu zodat de continuïteit van zorg na ontslag gewaarborgd blijft. Soms is haar aanwezigheid belangrijk in een extern multidisciplinair thuiszorgoverleg.

#### **4.6.6 PALLIATIEVE ZORGEN**

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

De taken bestaan uit:

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

#### 4.6.7 PASTORALE DIENST

Naar aanleiding van een opname op een geriatrische afdeling van het ziekenhuis komt er dikwijls veel verdriet naar boven, dat wacht op een welwillende luisteraar om gehoord te worden. Door de confrontatie met de grenzen van ziekte of gestadige achteruitgang staan patiënten bewust en/of onbewust stil bij hun voorbije leven en de naderende grens van dood en hun eventueel geloof/overtuiging in een leven erna. Door als pastor bij de patiënt luisterend aanwezig te zijn, kan er soms een band van vertrouwen groeien om ook de dood als duistere deel in het leven ter sprake te brengen. In respect voor het persoonlijke geloof en de overtuiging van iedere patiënt kan het geloof in God daadwerkelijk steun bieden. Naast gesprekken kunnen ook gebeden, communie en vieringen daarbij helpen.

Ook gesprekken met de familie worden niet uit de weg gegaan bijvoorbeeld wanneer de patiënt zeer ernstig ziek is of zelfs onbewust. Tijdens deze ondersteunende gesprekken gaan de pastores na of de familie een gebed in deze omstandigheden zinvol vindt. Daarnaast vangen wij ook familie op na het overlijden van hun dierbare.

#### 4.6.8 DIENST PSYCHOLOGIE

De psycholoog kan op vraag van het interdisciplinair team via de geriater in consult bij de geriatrische patiënt gevraagd worden. Het 1<sup>e</sup> consult is gratis, de kostprijs van het 2<sup>e</sup> consult bedraagt €25 en vanaf het 3<sup>e</sup> consult €50 per consultatie, dit ten koste van de patiënt.

### 5 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Samen met de residentiële sector en de 1<sup>e</sup> lijn streven wij ernaar dat de oudere patiënt nadenkt over een wilsbeschikking. Hierbij neemt vroegtijdige zorgplanning een belangrijke plaats in. Indien de patiënt, mantelzorger of gezondheidswerker hier vragen over heeft kan contact genomen worden met de consultant “vroegtijdige zorgplanning” (zie ook het palliatief support team). Opgestarte of bestaande wilsbeschikkingen worden opgenomen in het patiëntendossier. Het team wordt hiervan op de hoogte gebracht.

Ook bij de nieuwe diagnose van dementie kan stil gestaan worden bij vroegtijdige zorgplanning.

Bij een diagnose dementie, door de specialist, wordt tijdens een eerste consult informatie gegeven over wat dementie is, hoe deze aandoening kan herkend worden en wat de patiënt kan doen. Er wordt een infobundel dementie meegegeven aan de patiënt/mantelzorger, want hoe beter de patiënt de ziekte begrijpt, hoe beter hij/zij er mee kan omgaan. Het gegeven ‘vroegtijdige zorgplanning’ (wilsbekwaamheid, wilsbeschikking, etc.) wordt ook ter sprake gebracht. Een bijkomende folder hierover wordt meegegeven zodat de patiënt/mantelzorger deze informatie kan verwerken in rustige omstandigheden.

Enkele weken (na het eerste consult wordt contact opgenomen met de huisarts van de patiënt om de toestand van de patiënt te bespreken. Het begrip “vroegtijdige zorgplanning” wordt hierbij aangekaart. De huisarts kan het proces van vroegtijdige zorgplanning in handen nemen, of overlaten aan het ziekenhuis. In het belang van de patiënt wordt best nagedacht over zijn toekomst (wilsbeschikking, wat te gebeuren bij mogelijke ziekenhuisopname, ...) in omstandigheden waarbij de patiënt nog wilsbekwaam is.

Na een periode van 6 maanden volgt er een tweede consult bij de specialist. Deze zal vroegtijdige zorgplanning bespreken met de patiënt en mantelzorger en hier dieper op ingaan, steeds rekening houdende met de wensen van de patiënt/mantelzorger.

Vroegtijdige zorgplanning is voor elke geriatrische patiënt een belangrijk item.

Er zijn ook nauwe contacten tussen het woon-zorgcentrum en het ziekenhuis rond het opmaken van een comfortdossier. Dit wordt opgenomen door de verpleegkundigen van het palliatief supportteam.

### 6 OPLEIDINGEN GERIATRIE

- Bijzondere beroepstitel voor erkenning van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie (BBT)

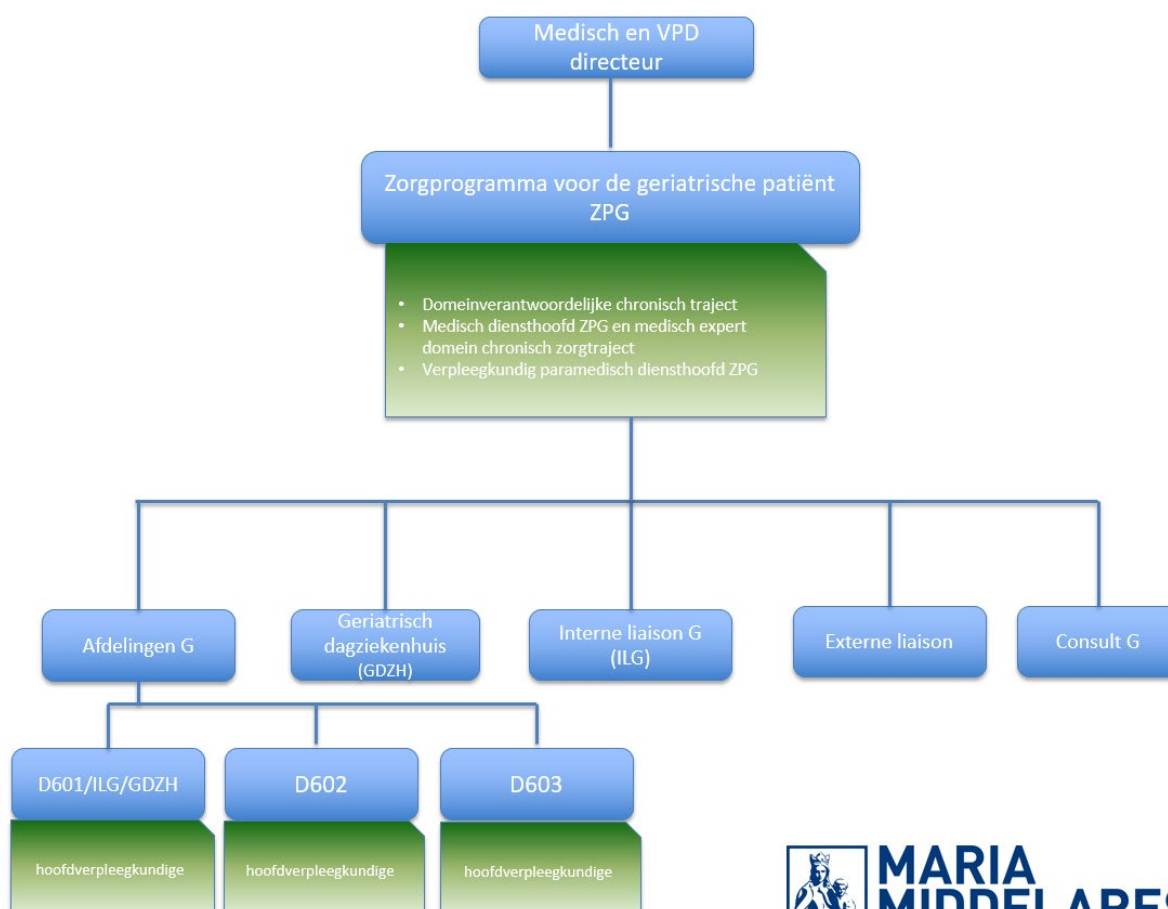


- Bijzondere beroepsbekwaamheid van een verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatric. (BBK)
- G-topics worden twee maal per jaar georganiseerd, waarvan 1 maal per jaar met de geriatricische afdelingen van de ziekenhuizen in het ziekenhuisnetwerk E17.
- Wij streven dat elke medewerker minimaal 12u per jaar bijscholing gevolgd heeft. Bij verpleegkundigen met de BBT of BBK geriatric streven naar 60u over 4 jaar.
- Jaarlijks participeren in de wintermeeting G

## 7 POLICIES SPECIFIEK VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT.

U kunt steeds meer uitleg vragen over de procedures indien u dit wenst aan de verpleegkundige of arts.

## 8 ORGANIGRAM



## 9 CONTACTEN

- Voorzitterschap en lidmaatschap werkgroep leidinggevendenden BVGG (Belgische vereniging voor gerontologie en geriatric)
- Lidmaatschap functionele binding Gent
- Bilaterale overlegmomenten met onze preferentiële partners van de residentiële sector en 1<sup>e</sup> lijn
- Bilaterale vergaderingen met patiënten- en mantelzorgverenigingen
- NOGGGG
- Lidmaatschap algemene vergadering Eerste lijnszones (Gent, Scheldekracht, Meetjesland Oost en West, Vlaamse Ardennen, Panacea, Schelde Leie)
- Geriatricische afdelingen E17 ziekenhuisnetwerk