

# **HET GERIATRISCH ZORGPROGRAMMA**

inclusief

**HET PLURIDISCIPLINAIR**

**GERIATRISCH**

**HANDBOEK**

## Inhoud

|   |              |
|---|--------------|
| Hoofdstuk I . Inleiding.....  | 3            |
| Hoofdstuk II . Doelgroep .....  | 3            |
| II.1. Algemene omschrijving .....   | 3            |
| II.2 : screening van klassieke geriatrische patiënten en frailty patiënten.....           | 4            |
| II.2.a. > 75 jaar : de klassieke geriatrische patiënt .....                               | 4            |
| II.2. b. < 75 jaar : de frailty patiënt .....   | 4            |
| II.2.c. algemene screeningsinstrumenten met bijzondere geriatrische betekenis .....       | 5            |
| HOOFSTUK III. Aard en inhoud van de zorg.....   | 5            |
| III.1. Doelstelling.....  | 5            |
| III.2. Vijf functies van de zorg .....  | 6            |
| HOOFDSTUK IV : Medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid .....      | <b>Fout!</b> |
| <b>Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>  |              |
| IV.1.Coördinatie van het zorgprogramma.....   | 6            |
| IV.2. Vereiste medische, verpleegkundige, paramedische en verzorgende deskundigheid:..... | 7            |
| IV.2.a.Het pluridisciplinair geriatrisch team .....                                       | 7            |
| IV.2.b.Het competentiebeleid .....  | 8            |
| Hoofdstuk V. Onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma.....                            | 8            |
| V.1. Een erkende dienst voor geriatrie.....   | 8            |
| V.2 . De geriatrische consultatie.....  | 10           |
| V.3. De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt .....                              | 10           |
| V.3.a Doel en werking.....  | 10           |
| V.3.b.Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie .....                                     | 10           |
| V.3.c.Pluridisciplinaire geriatrische revalidatie .....                                   | 11           |
| V.4.De interne liaison .....  | 12           |
| V.4.a. Doel .....   | 12           |
| V.4.b. Het team .....   | 12           |
| V.4.c. Taken van de interne liaison.....  | 12           |
| V.5. De externe liaison .....   | 14           |
| V.5.a. Doel .....   | 14           |
| V.5.b. Formele samenwerkingsovereenkomsten.....   | 14           |
| Hoofdstuk VI. De kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging .....                | 15           |
| VI.1. Kwaliteitsnormen .....  | 15           |

|   |    |
|---|----|
| VI.1.a. Het pluridisciplinair geriatrisch handboek .....                            | 15 |
| Tenslotte vinden we hierbij ook belangrijk onze visie op geriatrische zorg : .....  | 15 |
| VI.1.b. Het pluridisciplinair zorgplan en het pluridisciplinair overleg .....       | 17 |
| VI.1.c. De continuïteit van zorg .....  | 18 |
| VI.2. Kwaliteitsopvolging .....   | 19 |
| VI.2.a. Specifiek in het kader van het College voor de geriatrische patiënt . ..... | 19 |
| VI.2.b. Algemeen kwaliteitsbeleid .....   | 19 |
| Hoofdstuk VII. Architectonische normen van de daghospitalisatie .....               | 20 |
| BIJLAGES .....  | 20 |
| 1. Bijzondere normen voor de dienst Geriatrie .....                                 | 20 |
| 2. Overlegstructuur met de huisartsen , eerste lijn en woonzorgcentra .....         | 20 |

## Hoofdstuk I . Inleiding

Dit document beschrijft het Zorgprogramma Geriatrie zoals dit uitgevoerd wordt in het Ziekenhuis Oost- Limburg.

Als indeling worden de artikels gevolgd van het Koninklijk Besluit 18/04/2014. . De bepalingen overgenomen uit dit KB zijn omlijnd en in cursief lettertype

Dit document bevat ook alle elementen van het pluridisciplinair geriatriesch handboek .

## Hoofdstuk II . Doelgroep

### II.1. Algemene omschrijving

*Conform het KB 18 april 2104 Art 3 richt het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om verschillende van de hierna vermelde redenen :*

*1° fragiliteit en beperkte homeostase;*

*2° actieve polypathologie;*

*3° atypische klinische beelden;*

*4° verstoorde farmacokinetica ;*

*5° gevaar van functionele achteruitgang;*

*6° gevaar voor deficiënte voeding;*

*7° tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;*

*8° psychosociale problemen.*

Op basis van deze criteria worden deze patiënten opgenomen in een G afdeling , zoniet in een andere afdeling ( i.c. een inwendige , heekkundige afdeling of intensieve afdeling) .

De opname op een G afdeling kan gebeuren :

- ofwel via een geplande opname op doorverwijzing van huisarts of geneesheer-specialist

- ofwel via spoed : ofwel op doorverwijzing van een huisarts

zoniet na triage door de anesthesie-spoed- arts

Concreet :

Opname op een G-afdeling :

- $\geq$  75 jaar met een geriatrisch profiel (bijvoorbeeld polypathologie en/of cognitief / functioneel/ sociaal falen).
- $<$  75 jaar met een geriatrisch profiel (=frailty)

Overname van een andere verpleegafdeling in het ZOL

- 75 jaar met een geriatrisch profiel
- Geriatrische revalidatie: Patiënten ouder dan 75 jaar die medisch ontslagklaar zijn maar nog niet naar huis kunnen gaan omwille van functionele en/of cognitieve redenen met revalidatiepotentieel. Patiënten die wachten op een plaatsing in een woon- en zorgcentrum komen hiervoor niet in aanmerking.

Triage op dienst spoedgevallen

- Verwijzing van de huisarts naar de afdeling geriatrie

- ≥ 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/functioneel /sociaal falen.
- < 75 jaar met een geriatrisch profiel

## II.2 : screening van klassieke geriatrische patiënten en frailty patiënten

(cfr KB Art 4)

### II.2.a. > 75 jaar : de klassieke geriatrische patiënt

*Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder in het ziekenhuis wordt door een teamlid van de afdeling waar de patiënt verblijft gescreend met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument om na te gaan of hij voldoet aan één van de in artikel 3 bedoelde criteria uit het KB (zie hoger II.1) , en of hij al dan niet in het zorgprogramma moet worden opgenomen. Hiervan wordt melding gemaakt in het patiëntendossier.*

>Concreet wordt bij opname van elke pt >75 jaar op een C of D afdeling de GRP afgenomen :

|   | Ja | Neen |
|---|----|------|
| Aanwezigheid cognitieve stoornis, delirium, dementie, desoriëntatie | 2  | 0    |
| Alleenwonend of geen hul mogelijk door inwonende partner/familie    | 1  | 0    |
| Moeilijk stappen of gevallen in de loop van het voorbije jaar       | 1  | 0    |
| Een hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden                        | 1  | 0    |
| Gebruikt 5 geneesmiddelen of meer                                   | 1  | 0    |
| Totaalscore   |    |      |

Als de score ≥ 2 en de patiënt verblijft niet op een G afdeling, wordt de interne geriatrie liaison gecontacteerd. Indien de liaison functie niét gecontacteerd wordt, wordt de reden in het dossier genoteerd.

### II.2. b. < 75 jaar : de frailty patiënt

*Elke gehospitaliseerde patiënt in het ziekenhuis die tekenen van kwetsbaarheid zoals bedoeld in artikel 3 van het KB (zie hoger II.1) vertoont, kan eveneens het voorwerp uitmaken van de in het vorige lid bedoelde screening. Indien de liaison functie niét gecontacteerd wordt, wordt de reden in het dossier genoteerd.*

>Concreet wordt ook bij patiënten die in de EVE positief scoren op de valscreening én tussen 55 en 75 jaar , de interne geriatrie liaison gecontacteerd .

|   | Ja | Neen |
|---|----|------|
| Patiënt is opgenomen in het ziekenhuis o.w.v. een val | 1  | 0    |
| Patiënt is de afgelopen 6 maanden gevallen            | 1  | 0    |
| Inschatting door verpleegkundige : risico op vallen   | 1  | 0    |
| Totaal score  |    |      |

## II.2.c. algemene screeningsinstrumenten met bijzondere geriatrie betekenis

### 1. Voeding : NRS

Het gevaar voor deficiënte voeding is vooral reëel bij geriatrie patiënten. Daarom helpt het toepassen van de nutritie risico score bij het tijdig opsporen van voedingsproblemen. In ons ziekenhuis wordt bij elke patiënt een NRS bepaald. Wanneer de voedingsproblemen eenmaal geïdentificeerd zijn, stelt dit de diëtisten in staat om onmiddellijk een actieplan op te stellen.

### 2. Vallen (zie ook II.2.b)

Binnen de eerste verpleegkundige evaluatie wordt een valrisico screening uitgevoerd. Bij een vastgesteld risico wordt verder geëvalueerd om te komen tot gerichte acties. Er wordt een onderscheid gemaakt in 3 niveau's van valrisico's. Vanaf een score 1 zal via een evaluatie- en actieformulier overgegaan worden tot gerichte valpreventie.

De procedure mbt valpreventie is beschikbaar op ZOLnet.

Binnen ZOL zal tevens ook de interne liaison worden ingeschakeld bij een patiënt met een hoog valrisico.

### 3. Decubitus : norton

Binnen de eerste verpleegkundige evaluatie wordt een decubitus screening uitgevoerd. Bij een vastgesteld risico worden er specifieke acties genomen naar preventieve maatregelen.

Deze indicator is van zeer groot belang voor de geriatrie populatie o.w.v. hun kwetsbaarheid.

Binnen de geriatrie diensten wordt decubitus opgevolgd via de 4 jaarlijkse metingen van het Vlaams Ziekenhuis Netwerk. Op basis van deze resultaten worden in de beleidsplannen nieuwe doelstellingen ter verbetering voorgesteld en opgevolgd.

## HOOFSTUK III. Aard en inhoud van de zorg

### III.1. Doelstelling

(cfr KB . Art 5)

*Het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt is gericht op het pluridisciplinaire diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrie patiënt.*

*Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrie patiënten, alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.*

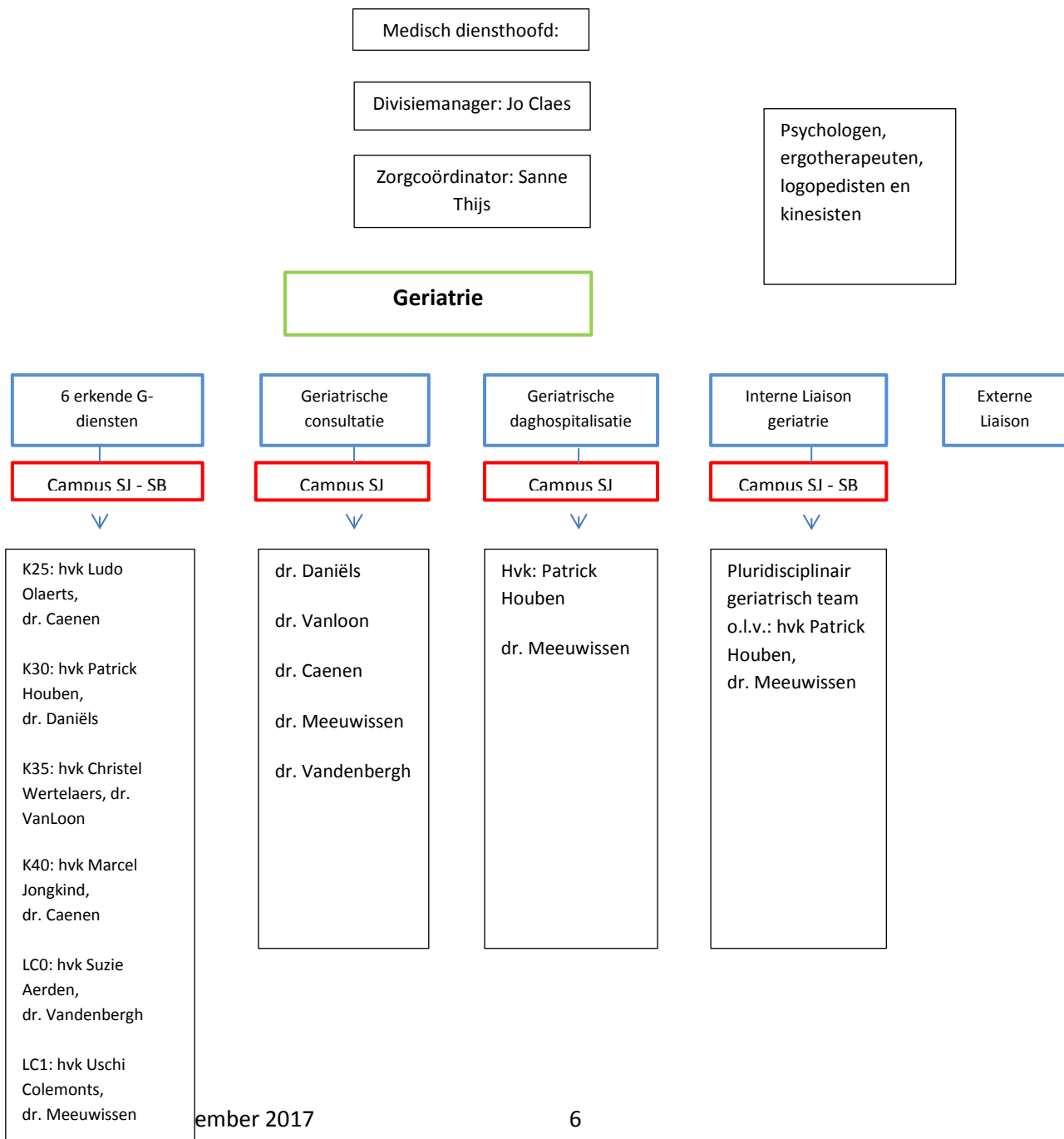
### III.2. Vijf functies van de zorg

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat (cfr KB Art 6)

- 1° een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G)
- 2° een geriatrische consultatie
- 3° een daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt;
- 4° een interne liaison
- 5° een externe liaison.

Hieronder de uitbouw van deze vijf functies over de campussen St. Jan en St. Barbara met invulling van de leidinggevende functies .

### Invulling van het Zorgprogramma Geriatrie



## IV.1.Coördinatie van het zorgprogramma

(cfr KB Art 8 tem 11)

*De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma berusten bij de geneesheer-diensthoofd van het zorgprogramma en de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma, aangeduid door de beheerder op voordracht van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement.*

Concreet betreft dit :

- \*voor de medische aspecten Dr. Hugo Daniëls , geriater,  
tevens medisch diensthoofd van Geriatrie
- \*voor de verpleegkundige , paramedische en verzorgende aspecten :  
Dhr. Patrick Houben, ook hoofdverpleegkundige van de G-dienst K30  
in bezit van de bijzondere beroepstitel geriatrie

Samen en i.o.m. het pluridisciplinair team zien zij toe op :

- \*het opstellen en bijwerken van dit pluridisciplinair geriatisch handboek*
- \*opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid zoals bepaald in het handboek*
- \*de naleving van de normen van het geriatisch zorgprogramma*
- \*de registratie van de geriatische gegevens*
- \* de continuïteit van de zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens*
- \* de praktische organisatie van de het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving ervan*

In de praktijk wordt hierbij support geboden door zorgcoördinator en manager van de divisie.

## IV.2. Vereiste medische, verpleegkundige, paramedische en verzorgende deskundigheid:

### IV.2.a.Het pluridisciplinair geriatisch team

(cfr KB Art 12)

*Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatisch team. Dit team is samengesteld uit personen met de volgende kwalificaties :*

|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| <u>1</u> | <i>minstens één voltijds geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een geneesheer-</i> | Dr Joris Meeuwissen |
|----------|--|---------------------|



|          |  |   |
|----------|--|---|
|          | <i>specialist erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden;</i>   |   |
| <u>2</u> | <i>minstens twee verpleegkundigen houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie, met inbegrip van de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma</i> | Mevr. Hellen goosens (A1)<br>Mevr. Tilly Pirotte (A1,bbb)<br>Dhr . Patrick Houben ( HVK, A1, bbt) |
| <u>3</u> | <i>sociaal assistent of verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg</i>  | Mevr. Ann Vanhemel  |
| <u>4</u> | <i>kinesitherapeut</i>   | Dhr. Jan Van Hoecke /<br>Mevr. Elly de Leeuw  |
| <u>5</u> | <i>ergotherapeut</i>   | Mevr. Nathalie Thijs  |
| <u>6</u> | <i>logopedist</i>  | Mevr. Danielle Nelissen   |
| <u>7</u> | <i>diëtist</i>   | Mevr. Diliën Els  |
| <u>8</u> | <i>licentiaat/master in de ( klinische ) psychologie</i>   | Mevr. Katrien Schabregs   |
| <u>9</u> | <i>zorgkundige</i>   | Mevr. Cielen Brigitte   |

Concreet : dit team komt in zijn volledigheid minstens 2 x per jaar samen .

Een vast agendapunt van het overleg is of men overal in het ZH de juiste en beste zorg verleent aan de doelgroep van het geriatrisch zorgprogramma.

#### IV.2.b.Het competentiebeleid

Via ZOLnet kan het volledige competentieprofiel van de verpleegkundigen geraadpleegd worden. Op basis daarvan wordt via ontwikkelingsgesprekken getracht om de verpleegkundige individueel te sturen bij zijn/haar persoonlijke ontwikkeling.

Daarom ook tracht het ZOL via interne en externe vorming de kennis rondom de specifieke geriatrische patiënt telkens te verhogen. De interne vorming geriatrie ten behoeve van de bijzonder beroepstitel/beroepsbekwaamheid geriatrie , dat om de zes maanden plaatsvindt, is hiervan een voorbeeld.

## Hoofdstuk V. Onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma

### V.1. Een erkende dienst voor geriatrie

(cfr KB Art 13) :

*Het zorgprogramma omvat een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G) zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.*

In [bijlage 1](#) vindt men de bijzondere normen voor Geriatrie

-algemeen

-architectonisch

- functioneel en organisatorisch

geactualiseerd tem het KB van april 2014.



bijzondere normen  
voor de dienst Geriatrie

De actualisaties van het KB van 2014 betreffen vnl.:

Art . 34 : de gemiddelde verblijfsduur is niet meer dan 45 dagen

Art . 35 : het gebeurlijk inschakelen van de psycholoog bij het wekelijks overleg

Art. 36 : 14,13 fte vpk/paramedici/verzorgenden per 24 bedden waarvan minstens :

1 HVK met bbt

5 fte vpk

4 fte vpk met bbt of bbb

1,33 fte ergo/logo of psycholoog

Concreet is de invulling hiervan als volgt in 2017:

|      | Profilering        | Arts-geriater            | Hoofd-verpleegkundige met bbt | Aantal bedden | Fte vpk en verzorgend | waar van Fte bbt / bbk | Fte log ass | Gemidd verblijfsduur 2017 tem okt |
|------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|-------------|-----------------------------------|
| GK25 | Acute geriatrie    | dr. J. Caenen            | Ludo Olaerts                  | 24            | 14.59 (+)             | 1 / 8                  | 2.00 (*)    | 14.6                              |
| GK30 | Acute geriatrie    | dr. H. Daniels           | Patrick Houben                | 24            | 14.59 (+)             | 2 / 8                  | 1.00        | 15.8                              |
| GK35 | Acute geriatrie    | dr. R. Van Loon          | Christel Wertelaers           | 24            | 14.59 (+)             | 2 / 9                  | 1,00        | 15.2                              |
| GK40 | Acute geriatrie    | dr. Van Loon, dr. Caenen | Marcel Jongkind (°)           | 24            | 14.59 (+)             | 1 / 5                  | 1.00        | 13.6                              |
| LC1  | Orthogeriatric     | dr. J. Meeuwissen        | Uschi Colemonts (°)           | 27 (e)        | 18.00                 | 0 / 10                 | 1.00        | 33.9 (#)                          |
| LC0  | Subacute geriatrie | dr. H. Van Den Bergh     | Suzie Aerden (°)              | 24            | 14.41                 | 1 / 10                 | 1.00        | 15.6                              |

(°) : in opleiding of opleiding gepland

(\*) : K25 heeft 0,25 fte log ass méér o.w.v. niet passende prestatiebreuk en beheert een overkoepelende equipe van 0,75 fte

(#) : ook hier enkel m.b.t.G-pten , dus excl een 4-tal bedden die toegewezen zijn aan short stay heelkunde (dus op 26 geriatrie bedden)

(+) : in de praktijk heeft elke acute ger afdeling +. 37 fte enerzijds via interne solidariteit binnen de divisie (.25) en een resterende vraag aan het ziekenhuis (.12fte)

De paramedische normondersteuning van 1,33 fte ergo/logo/psycho per afdeling van 24 bedden (ttz 6,65 fte) wordt als volgt gerealiseerd :

|         | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------|------|------|------|------|
| Ergo    | 5.68 | 4.53 | 4.66 | 4.65 |
| logo    |      | 1.45 | 1.59 | 1.97 |
| psychol | 0.80 | 0.80 | 0.80 | 0.80 |
| Totaal  | 6.48 | 6.78 | 7.05 | 7.42 |

| Elke afdeling kan verder beroep doen op : |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|
|   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Kiné<br>(incl pall)                       | 5.09 | 5.55 | 5.82 | 5.87 |
| diëtiëk                                   | 1.17 | 1.17 | 1.17 | 1.17 |
| Soc w / soc vpk<br>(0,50/afd)             | 2.90 | 2.90 | 2.90 | 3.00 |

## V.2 . De geriatrische consultatie

(cfr KB Art 14)

*De geriatrische consultaties worden, uitgevoerd door de geriater vernoemd onder V1.*

*De geriatrische consultatie is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts, een geriatrisch advies te verstrekken en voor het uitvoeren van interventies die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen.*

*Indien de geriatrische consultatie gebeurt op verzoek van de behandelende huisarts, worden in het kader van de continuïteit van de zorg de bevindingen van de geriater schriftelijk aan deze bezorgd .*

## V.3. De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt

(cfr KB Art 15)

### V.3.a Doel en werking

*De opname in de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt gebeurt op verzoek van de huisarts, een geneesheer-specialist of na een geriatrische consultatie . De doelstelling bestaat erin om de geriatrische evaluatie en de revalidatie op pluridisciplinaire wijze te organiseren. Binnen de entiteit voor daghospitalisatie is continu een verpleegkundige met bbt of bbk aanwezig.*

I.v.m bbt of bbk : dhr. David Hendriks (bbt) , Mevr. Vanherk Annita (bbb)

De inrichting is conform aan de architectonische normen (cfr KB art 30, 31 en 32 : zie verder .

### V.3.b.Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie

*De pluridisciplinaire geriatrische evaluatie gebeurt aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en wordt uitgevoerd door een geriater, een verpleegkundige met bbt/bbk en nog minstens een andere zorgverlener (kiné, ergo ,logo , diëtist of psycholoog) uit de lijst van IV.2.*

>Gebruikte instrumenten zijn :

NPI-Q : Neuropsychiatric Inventory Questionnaire

ADAS-COG : Alzheimers's Disease Assessment Scale-cognitive subscale  
ADL/IADL : activiteiten dagelijks leven / instrumentele activiteiten in het dagelijks leven  
GDS : Geriatric Depression Scale  
MMSE : Mini Mental State Examination  
Timed up en go  
Timed chair stand test  
Tinetti Test  
Handknijpkracht  
Berg Balance Scale (ergotherapeutisch instrument om valrisico in te schatten)

*Een eindverslag van de geneesheer-specialist van de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie met de anamnese, de diagnose, de ziektegeschiedenis, de resultaten van de wetenschappelijk gevalideerde evaluatieschalen, de conclusies en het voorstel van zorgplan worden overgemaakt aan de behandelende huisarts en desgevallend de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt. Dit eindverslag wordt opgenomen in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie.*

### V.3.c.Pluridisciplinaire geriatrische revalidatie

*De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie is gericht op het behandelen van de moeilijkheden op vlak van cognitie, continentie, evenwicht en slikken die een pluridisciplinaire benadering nodig hebben*  
*Een pluridisciplinaire revalidatie door het pluridisciplinair geriatrisch team voldoet aan de volgende voorwaarden:*  
*1° ze is gebaseerd op een voorafgaandelijke pluridisciplinaire geriatrische evaluatie aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten die een revalidatie-behoefte aantoont;*  
*2° voorafgaandelijk aan de pluridisciplinaire revalidatie wordt een individueel revalidatieplan opgesteld, dat wordt opgenomen in het patiëntendossier;*  
*3° de revalidatie gebeurt door minstens 2 zorgverleners per geriatrische patiënt die elk een verschillende kwalificatie vertegenwoordigen : i.c .kiné, ergo ,logo of psycholoog*  
*4° een wekelijkse teamvergadering om de voortgang van de patiënt te evalueren en om eventueel het individuele revalidatieplan aan te passen;*  
*5° na de revalidatie wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor verdere thuiszorg is vevat. Deze documenten worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende huisarts en desgevallend de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie;*  
*6° de pluridisciplinaire geriatrische revalidatie is beperkt tot maximaal 40 sessies binnen een periode van 12 weken. De geriatrische revalidatie kan jaarlijks slechts 1 keer plaatsvinden.*

>Er wordt op het domein van evenwicht een pluridisciplinair revalidatieprogramma aangeboden  
In de geriatrische daghospitalisatie en wel volgens bovenstaande richtlijnen

>Pro memo : ook op het domein van cognitie wordt er in het ZOL pluridisciplinaire revalidatie aangeboden , maar dit gebeurt volgens een aparte RIZIV conventie .

Verder is er ook een samenwerkingsovereenkomst ivm ambulante opvang van dementie met diverse externe instanties (Protocol 3) .

## V.4.De interne liaison

### V.4.a. Doel

(cfr KB Art. 16)

*De interne liaison maakt het mogelijk de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend geneesheer-specialist en de teams, en dit voor alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten die niet op een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G) en niet in de daghospitalisatie zijn opgenomen.*

### V.4.b. Het team

(cfr KB Art . 17 en 18 )

*De interne liaison wordt verzekerd door een pluridisciplinair geriatrisch team. Deze liaison wordt zo georganiseerd dat de geriatrische patiënten die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie van het ziekenhuis verblijven, een beroep kunnen doen op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van dit team. Dit team komt ter ondersteuning en op verzoek van het team van één van die diensten.*

*Het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison is samengesteld uit personen die de 9 kwalificaties van het pluridisciplinair geriatrisch team (zie IV.2) betreffen , behalve de sociaal/werker/soc.verpleegkundige en de zorgkundige)*

*Dit team bestaat minstens uit 2 voltijdse equivalenten, de geriater niet meegerekend, en het aantal hangt af van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal patiënten van 75 jaar of ouder waarvoor een opname in een erkende dienst voor geriatrie, niet mogelijk is*

>Concreet : de tijdspanne tussen de aanvraag en de uitvoering van het consult wordt tot een minimum beperkt. De patiënten met een aanvraag voor advies worden door de liaisonverpleegkundige binnen de 48u gezien. Een mogelijke uitzondering is er bij patiënten die opgenomen worden in het weekend of op feestdagen , omdat de liaisonverpleegkundigen enkel aanwezig zijn tijdens de kantooruren.  
De invulling van 2,00 fte is voldaan.

### V.4.c. Taken van de interne liaison

( cfr KB Art 19)

*Het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison staat in voor:*  
*1° het evalueren of patiënten die na screening met wetenschappelijk gevalideerde instrumenten, al dan niet een geriatrisch profiel vertonen. Het verslag van deze evaluatie wordt opgenomen in het patiëntendossier en aan de behandelende huisarts overgemaakt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie;*  
*2° de pluridisciplinaire geriatrische evaluaties van patiënten met een geriatrisch profiel;*  
*3° het geven van aanbevelingen aan het zorgteam en de behandelende geneesheer-specialist tijdens de hospitalisatie. Deze aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen;*  
*4° het opstellen van aanbevelingen ten behoeve van de huisarts teneinde een heropname na het ontslag van de patiënt te vermijden. Deze aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen;*

*5° het verspreiden van de geriatrische benadering in het ziekenhuis, onder meer via het aanleren van het systematisch opsporen van patiënten met een geriatrisch profiel door de verpleegkundigen en het organiseren van opleidingen of bijscholingen, in het bijzonder het coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel.*

>Concrete invulling :

Het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison vergadert minstens 1 keer per week over de patiënten voor wie de afgelopen week een tussenkomst van het interne liaisonteam plaatsvond.

De bevindingen worden in het patiëntendossier opgenomen en overgemaakt aan het zorgteam dat de patiënt behandelt

De arts en verpleegkundige hebben dagelijks een overleg ivm de patienten.

## V.5. De externe liaison

### V.5.a. Doel

(cfr KB Art 20)

*De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt die wordt gerealiseerd door de teams van de dienst geriatrie, de geriatrische daghospitalisatie, de geriatrische interne liaison en de geriatrische consultatie van bij de opname tot het ontslag van de patiënt.*

*De externe liaison heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de continuïteit van de zorg wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie*

### V.5.b. Formele samenwerkingsovereenkomsten

(cfr KB Art. 22.)

*Elk zorgprogramma gaat in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma een formele samenwerking aan met :*

*1° een of meerdere geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;*

*2° huisartsenkringen;*

*3° rust- en verzorgingstehuizen*

*4° centra voor dagverzorging.*

>Concreet vindt men in [bijlage 2](#).

Overleg met de HA-kringen

Overleg met de eerste lijn (inclusief diensten voor thuisverzorging)

Overleg met de WZC (inclusief de centra voor dagverzorging)



*Elk zorgprogramma maakt in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma maximaal afspraken met betrekking tot het voorbereiden van het ontslag van de geriatrische patiënt met de sociale dienst van het ziekenhuis en desgevallend met het behandelende team*

>Concreet :

Op het wekelijks multidisciplinair overleg van de geriatrische verblijfsafdelingen is het vastleggen van de dag van ontslag een vast item. Zodra er een bepaalde dag kan voorgesteld worden, neemt de sociaal verpleegkundige die aan deze afdeling is toegewezen vanuit de dienst Patiëntenbegeleiding contact op met familie/mantelzorg/WZC/andere instelling . Er worden dan concrete afspraken gemaakt : over tijdstip, vervoersmodaliteiten  
Naar informatie-overdracht maakt de verpleegkundige equipe een specifiek verslag met aandachtspunten voor de verdere verzorging/behandeling .

## Hoofdstuk VI. De kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging

### VI.1. Kwaliteitsnormen

#### VI.1.a. Het pluridisciplinair geriatrisch handboek

*(cfr KB Art 23)*

*De samenwerking tussen de interne en externe actoren wordt als volgt uitgewerkt :*

*1.-het functioneel samenwerkingsverband i.g.v. niet erkende of geïsoleerde G diensten :*

>dit is niet van toepassing vermits ZOL beschikt over een erkende G dienst en gaat voor het totale zorgprogramma

*2° de modaliteiten volgens dewelke voor de geriatrische patiënt die thuis of in een verpleeginrichting verblijft, de pluridisciplinaire deskundigheid van het zorgprogramma in de vorm van een pluridisciplinair geriatrisch consult of een opname in het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt ter beschikking kan worden gesteld;*

>concreet : zie hoger de beschrijving onder V3 .

*3° de modaliteiten voor het formuleren van een advies door het team van het zorgprogramma, teneinde binnen de verpleeginrichtingen waarvoor een samenwerking bestaat de kwaliteit van de zorg te optimaliseren;*

>concreet : zie hoger de beschrijving onder V4

*4° de samenstelling van het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma en hun verdeling in de verschillende onderdelen van het programma;*

>concreet : zie hoger de beschrijving onder IV2a. (pluridisciplinair geriatrisch team)  
alsmede de afvaardigingen in V3b en V3c (dagziekenhuis : evaluatie en revalidatie)  
V4b ( interne liaison )

*5° pluridisciplinair project en kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma nastreeft (waarden, doelstellingen, opdrachten)*

Als algemene context brengen we ook de Mission Statement van ZOL in herinnering (zie [www.zol.be](http://www.zol.be)).

I.v.m. het specifieke doel van het geriatrisch zorgprogramma verwijzen we naar punt III.1.

Tenslotte vinden we hierbij ook belangrijk onze visie op geriatrische zorg :

Met het oog op de vergrijzing is de zorg voor de geriatrische patiënt een grote uitdaging. Ouderen vinden het namelijk belangrijk om zelfstandig te blijven, zich veilig te voelen, privacy en waardigheid te hebben, ... . De hoeveelheid aan behoeften en noden van ouderen staan



niet altijd in verhouding tot de beschikbare middelen dat er voor zorgt dat we niet op ieder moment kunnen garanderen om alle noden te beantwoorden. Om zoveel mogelijk aan deze behoeften en noden te voorzien, zorgen we in het ZOL voor een **professionele, veilige, vriendelijke, respectvolle** en **continue zorg** waar de **patiënt centraal** staat en waarbij de patiënt de richting van de zorg aan geeft en men streeft naar **zelfredzaamheid** van de patiënt.

Naast het dragen van deze visie, roepen we ook op tot een **nauwe samenwerking** van de zorgverlener met de patiënt en zijn/haar familie/mantelzorger. Deze actieve samenwerking, zowel bij het bepalen van de diagnose alsook de behandeling, zorgt ervoor dat we tegemoetkomen aan de behoeften en noden van de patiënt. Door het ondersteunen van deze visie en de actieve samenwerking dragen we samen met de familie en/of mantelzorger bij tot het verbeteren van de levenskwaliteit van de patiënt. Hiernaast staan we steeds open voor vragen. We garanderen dat een beleefd gestelde vraag een vriendelijk antwoord zal krijgen.

**Professionele:** patiënt en familie kunnen rekenen op een professionele hulpverlening van het multidisciplinaire team. Dankzij hun brede, internistische kennis zorgen zij voor een goede opvang en een comfortabel verblijf. Hierbij streven we naar een optimaal herstel van de functionele performantie.

**Veilig:** het multidisciplinair team is steeds alert voor alle noden van de patiënt. We zijn sensitief en oplettend, zo kunnen we de patiënt geven wat hij/zij nodig heeft. De patiëntveiligheid wordt bij iedereen hoog gedragen. Hierbij zorgen we ook voor een adequate screening van de patiënten ter preventie.

**Vriendelijke:** we benaderen de patiënt en familie steeds met een positieve, vriendelijke houding. Hiertoe werken we samen aan een aangenaam en gezondheid bevorderend klimaat.

**Respect:** we benaderen de patiënt vanuit zijn eigen context en we doen dit met respect en privacy. We hebben respect voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele integratie van de patiënt. We richten daarom onze zorg op de patiënt als individu en we hanteren hierbij een holistische visie gedurende het hele zorgproces.

**Continu:** de zorg wordt continu nagestreefd via optimale samenwerking binnen multidisciplinair team, alsook door transmurale samenwerkingen met andere zorgverleners en verzorgingsinstellingen.

**Patiënt Centraal:** we treden de patiënt en zijn familie bij op een onbevooroordeelde en oprechte manier. Waarbij de patiënt zelf de richting van zijn zorgproces aangeeft. Hierbij wordt de beslissing van de patiënt steeds geëerbiedigd.

**Zelfredzaamheid:** we streven naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit via revalidatie. Daarnaast streven we ook naar goede palliatieve zorg en begeleiding van patiënt als ook familie, wanneer patiënten in hun laatste levensfase terecht komen.

6° organisatie van de interne liaison

>zie hoger V.4

7° organisatie van de externe liaison;

>zie hoger V.5

8° de specifieke modaliteiten voor de organisatie van het zorgprogramma :  
Invoering van meer en meer klinische zorgpaden waardoor de kwaliteit en de efficiëntie van de pluridisciplinaire geriatrische zorg worden verhoogd

>concreet : laatste levensfase

In onderzoek : vallen , osteoporose

Ter beschikking stelling van het pluridisciplinair geriatrisch handboek :

-intern via intranet :

-externe zorgverstrekkers, patiënt en zijn evt vertegenwoordiger via internet

Er wordt voorzien in een jaarlijkse actualisatie in juli/aug en deze datum wordt dan vermeld.

#### VI.1.b. Het pluridisciplinair zorgplan en het pluridisciplinair overleg

(cfr KB Art 24 en 25)

Voor elke geriatrische patiënt, opgenomen op de dienst voor geriatrie, in de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt of in een andere dienst, stelt het desbetreffende team in voorkomend geval samen met het team van de interne liaison, een pluridisciplinair zorgplan op betreffende de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie. Dit zorgplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënten wordt bij ontslag overgemaakt aan de behandelende huisarts. De patiënt wordt geïnformeerd over deze overdracht.

>Concreet gebeurt dit :

- op G –afdeling : Geriatrie heeft reeds een zeer uitgebreid ontslagformulier. ZH breed wordt gekeken naar uniformiteit op alle afdelingen (het document van geriatrie wordt hier als basis gebruikt)
- in daghospitalisatie
- bij interne liaison

Het pluridisciplinair geriatrisch team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatrische patiënten. Bij dit overleg worden, voor de patiënten die hen aanbelangen, eveneens de behandelend huisarts, alsook andere artsen of zorgverstrekkers die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, uitgenodigd. Indien het gaat om een geriatrische patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie is opgenomen, worden ook de hoofdverpleegkundige en de arts van de betrokken dienst bij het overleg uitgenodigd.

>Concreet : op G-afdeling : voor elke afdeling is een vast overlegmoment vastgelegd  
bij interne liaison : ook hier overlegt de geriater op vaste momenten en meermaals per  
week met de andere leden van het liaison team  
deze vaste momenten maken het mogelijk dat andere betrokkenen aanwezig zijn

*Indien het pluridisciplinair team een geriatrische evaluatie (zie V.3.b) uitvoerde, kunnen de huisarts en andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd aan het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg deelnemen.  
Indien het pluridisciplinair team een geriatrische evaluatie uitvoerde en de behandelende huisarts of andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd niet kunnen deelnemen aan het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg, wordt hen een verslag overgemaakt.*

#### **VI.1.c. De continuïteit van zorg** (cfr KB Art 27 en 28 )

*Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma neemt, in maximale samenwerking met de sociale dienst, alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen. Het werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis, alsook tussen het ziekenhuis en de eerstelijnsstructuren.*

*Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma is hierbij verantwoordelijk voor:*  
1° het opsporen van hoogrisicopatiënten voor wie een terugkeer naar huis kan worden overwogen;  
2° het evalueren van de opgespoorde patiënten, alsook het betrekken van hun mantelzorgers;  
3° het informeren van de patiënt en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en -diensten en de aanbevelingen uit de geriatrische evaluatie;  
4° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijnsstructuren;  
5° het organiseren van pluridisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.

*Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma, in maximale samenwerking met de sociale dienst er in :*  
1° bij te dragen tot de cultuur van de zorgcontinuïteit;  
2° acties met betrekking tot het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit voor te stellen en uit te werken;  
3° aan de voortgezette opleiding voor het personeel inzake de beginselen van zorgcontinuïteit deel te nemen;  
4° pluridisciplinaire samenwerkingssynergieën uit te werken, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;  
5° initiatieven inzake zorgcontinuïteit voor te stellen.  
6° samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, en de structuren voor thuishulp en thuiszorg;  
7° samenwerkingsnetwerken uit te bouwen met de andere zorginstellingen.

Concreet :

> jaarlijks worden door liaison geriatrie interne vormingen gegeven mbt het ontstaan en verpleegkundige aandachtspunten bij het optreden van een delier

> pluridisciplinair team heeft elk kwartaal een overleg : twee maal in zijn volledigheid , twee maal beperkt tot de interne liaison betrokkenen.

## VI.2. Kwaliteitsopvolging

### VI.2.a. Specifiek in het kader van het College voor de geriatrische patiënt .

(cfr KB Art 29)

*“Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.*

*Hiertoe wordt een College voor de geriatrische patiënt opgericht dat belast is met de evaluatie van het in artikel 5 van dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het College samenwerken met het geheel van de in artikel 12 bedoelde disciplines. Naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 heeft het College eveneens tot opdracht :*

*1° de ziekenhuizen ondersteunen bij het opstellen en aanpassen van een pluridisciplinair geriatrisch handboek;*

*2° richtlijnen voorstellen voor het opstellen en evalueren van het in artikel 24 van dit besluit vermelde zorgplan, alsook van het in artikel 26 van dit besluit vermelde ontslagformulier;*

*3° een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld koninklijk besluit van 15 februari 1999, waarbij de specifieke kenmerken en de risico's van de geriatrische patiënt in aanmerking worden genomen. De registratie moet het mogelijk maken, op basis van meetbare indicatoren, het pluridisciplinair zorgplan alsook de doelstellingen m.b.t. de zorg en de continuïteit te evalueren, respectievelijk gepreciseerd in artikel 24 en 26 van dit besluit.”*

> Totnogtoe zijn er ons nog geen concrete richtlijnen bekend .

### VI.2.b. Algemeen kwaliteitsbeleid

Het ziekenhuis werkt met beleidsplannen : zowel op niveau van de directie, vanuit de medische diensten als vanuit de operationele werkvloeren.

Strategische doelstellingen worden vertaald naar een concreet plan voor de volgende jaarwerking. Tussentijdse opvolging is voorzien.

Zo is er de ambitie van het ziekenhuis om de JCI accreditatie te behalen en te behouden.

Mede in het kader hiervan worden diverse metingen gedaan , te vinden in het Q dashboard.

In het Q-dashboard worden een groot aantal ZH brede indicatoren onder de loep genomen zoals decubitus, handhygiëne, identificatie van bloedstalen,.. Inzake decubitus krijgt uiteraard bijzondere aandacht van het geriatrisch zorgprogramma.

Een afdelings specifieke indicator die binnen geriatrie opgevolgd wordt is de valindicator. Er wordt niet enkel gekeken naar het aantal gemelde valincidenten maar de aantallen worden gewogen naar de ernst van het letsel.

## **HOOFDSTUK VII. - Architectonische normen van de daghospitalisatie**

*(cfr Art 30)*

*De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt vindt plaats in een herkenbare en aanwijsbare entiteit. Deze entiteit omvat minimaal het volgende:*

*1° voldoende onderzoekslokalen voor medische, verpleegkundige en andere zorgverleners;*

*2° een verzorgingslokaal;*

*3° een rustlokaal met aangepaste zetels;*

*4° een eetkamer;*

*5° voldoende sanitaire installaties voor de patiënten.*

*De lokalen bedoeld in 3° en 4° mogen in een zelfde ruimte worden ingericht.*

*De voor een revalidatie benodigde infrastructuur moet toegankelijk zijn voor de in de daghospitalisatie opgenomen patiënten.*

*De lokalen bestemd voor de daghospitalisatie van de geriatrische patiënt kunnen worden gebruikt voor andere doelgroepen van patiënten op de tijdstippen dat er geen activiteiten plaatsvinden voor de geriatrische patiënten.*

*(cfr Art. 31.)*

*De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt beschikt over voldoende kamers aangepast voor geriatrische patiënten opgenomen in daghospitalisatie. Ze worden specifiek voorbehouden voor de daghospitalisatiepatiënten.*

*(cfr Art. 32)*

*.De lokalen bestemd voor de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt zijn gemakkelijk toegankelijk, in het bijzonder voor rolstoelen, en zijn aangepast aan het comfort en de veiligheid van de geriatrische patiënt.*

*In de gangen en doorlopen van de daghospitalisatie worden alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen geweerd. Bovendien moet slipgevaar worden voorkomen.*

*De patiënten moeten in hun verplaatsingen in de daghospitalisatie worden geholpen door leuningen en handgrepen. Handgrepen zullen eveneens voorzien zijn in de sanitaire lokalen. Er dienen in de gangen voldoende rustmogelijkheden te worden voorzien.*

*(cfr Art. 33).*

*Alle lokalen zijn uitgerust met een doeltreffend oproepingsstelsel.*

Onze daghospitalisatie voldoet aan elk van bovenstaande normen.

## **BIJLAGES**

### **1. Bijzondere normen voor de dienst Geriatrie**



bijzondere normen  
voor de dienst Geriatrie

### **2. Overlegstructuur met de huisartsen , eerste lijn en woonzorgcentra**



Overlegstructuren  
van het Zorgprogramma