

# Pluridisciplinair geriatisch handboek

*Versie januari 2023*



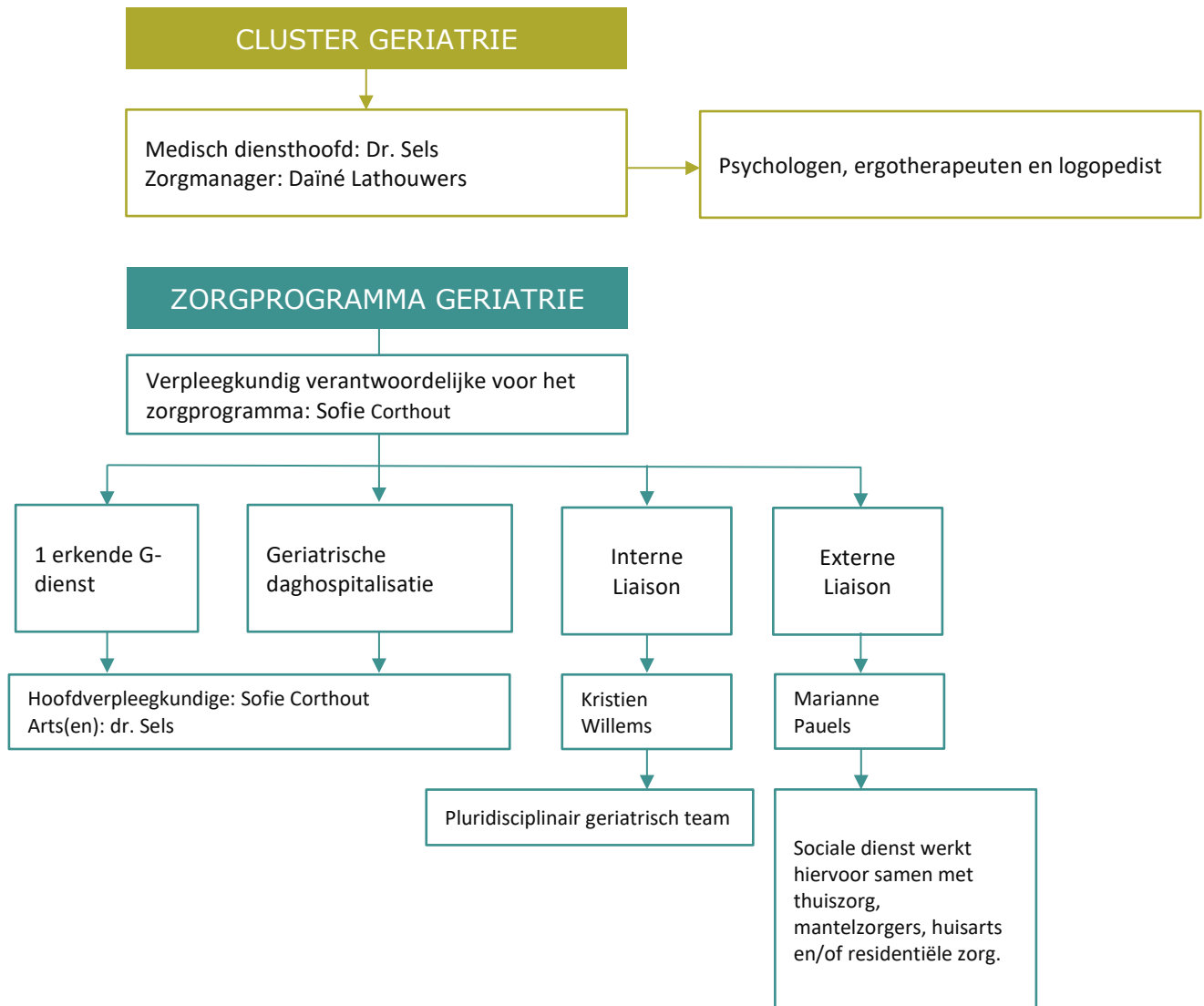
azherentals

# Inhoud

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. Inleiding .....</b>  | <b>3</b> |
| <b>2. Contactgegevens.....</b>   | <b>4</b> |
| <b>3. Zorgprogramma Geriatrie.....</b>   | <b>5</b> |
| 3.1. Doelgroep zorgprogramma Geriatrie .....                                     | 5        |
| 3.2. Visie op de geriatrische zorg .....   | 5        |
| 3.2.1. Ten aanzien van de cliënt, de geriatrische patiënt en zijn omgeving ..... | 5        |
| 3.2.2. Ten aanzien van de medewerkers .....                                      | 6        |
| 3.2.3. Ten aanzien van de organisatie.....                                       | 6        |
| 3.2.4. Ten aanzien van de gemeenschap.....                                       | 6        |
| 3.3. Aard en inhoud van de zorg .....  | 6        |
| 3.4. Kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma geriatrie.....                       | 7        |
| 3.4.1. Waarden.....  | 7        |
| 3.4.2. Doelstellingen.....   | 7        |
| Ten aanzien van de cliënt, de geriatrische patiënt en zijn omgeving .....        | 7        |
| Ten aanzien van de medewerkers.....  | 9        |
| 3.5. Vijf pijlers van het zorgprogramma geriatrie .....                          | 10       |
| 3.5.1. Patiëntentraject geriatrie .....  | 10       |
| 10   |          |
| 3.5.2. Geriatrisch consultatie .....   | 10       |
| 3.5.3. Geriatrische daghospitalisatie .....                                      | 11       |
| 3.5.4. Interne liaison .....   | 13       |
| 3.5.5. Uitwijkplan Geriatrie.....  | 16       |
| 3.5.6. Externe liaison.....  | 16       |

# 1. Inleiding

Het pluridisciplinair geriatrich handboek beschrijft alle facetten van de cluster geriatrie zoals deze van toepassing zijn in het AZ Herentals. De afspraken betreffende de samenwerking tussen de interne en de externe actoren, de richtlijnen en het kwaliteitsbeleid zijn onder meer in dit handboek terug te vinden. Het pluridisciplinair geriatrich handboek is voor alle medewerkers beschikbaar op Infoland. Zorgverleners die direct en indirect betrokken zijn bij de zorg voor de geriatriche patiënt, denk hierbij aan: de zorgverleners van binnen en buiten het ziekenhuis, de betrokken patiënt of zijn vertegenwoordiger, kunnen het handboek raadplegen via de website van het ziekenhuis.



## 2. Contactgegevens

| Dienst                                     | Wie              | Telefoonnummer |
|--|------------------|----------------|
| Geriatric (hospitalisatie + dagziekenhuis) | Sofie Corthout   | 014 24 63 50   |
| Interne liaison                            | Kristien Willems | 014 24 64 65   |
| Sociale dienst (alg nummer)                |                  | 014 24 61 80   |

### 3. Zorgprogramma Geriatrie

#### 3.1. Doelgroep zorgprogramma Geriatrie

Het zorgprogramma Geriatrie richt zich tot alle 75- plussers met een geriatrisch profiel opgenomen in het ziekenhuis. Alle patiënten ouder dan 75 jaar worden gescreend en indien de patiënt een van de volgende kenmerken vertoont wordt hij/zij opgenomen in het zorgprogramma geriatrie.

#### **Redenen tot opname in het zorgprogramma geriatrie zijn:**

1. Fragiliteit en beperkte homeostase (= het in evenwicht zijn van alle functies in het lichaam, zoals het constant houden van de bloeddruk, de zuurtegraad, de lichaamstemperatuur, ...).
2. Actieve polypathologie
3. Atypische klinische beelden
4. Verstoorde farmacokinetiek
5. Gevaar voor 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 dagelijkse leven
8. Psychosociale problemen

#### **Opnamecriteria geriatrie**

##### G-afdeling

- > 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/ functioneel/ sociaal falen
- 65 - 75 jaar met een geriatrisch profiel: dementie of opname vanuit een rusthuis

##### Triage op de dienst spoedgevallen

- Verwijzing van de huisarts naar de afdeling geriatrie
- 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/ functioneel/ sociaal falen
- 65 - 75 jaar met een geriatrisch profiel: dementie of opname vanuit een rusthuis

#### 3.2. Visie op de geriatrische zorg

##### 3.2.1. *Ten aanzien van de cliënt, de geriatrische patiënt en zijn omgeving*

- Maximale opsporing (screening) van alle geriatrische patiënten intern en extern (via samenwerkingsafspraken met extramurale hulpverleners)
- Multi- en pluridisciplinaire samenwerking voor diagnostiek en therapie.
- Streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie (therapie en revalidatie) en zo naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit via therapie en revalidatie verzekerde continuïteit van zorgen via optimale samenwerking met extramurale hulpverleners en mantelzorgers
- Respect voor de privacy en de mening van de geriatrische patiënt (onderhandelde zorg)
- Patiëntveiligheid als prioriteit
- Balans tussen care en cure met de patiënt (familie) als actieve gesprekspartner
- Zorg op maat van de patiënt, hierbij legt het ziekenhuis de nadruk op individuele therapie.

### 3.2.2. *Ten aanzien van de medewerkers*

- De medewerkers moeten zich bewust zijn van hun eigen specifieke kennis in de zorg voor de geriatrische patiënt
- Opleiding, specialisatie, loopbaanontwikkeling worden meegenomen in het opleidingsplan
- Belang van teamwork en professionaliteit
- Zorg voor de medewerkers door anderen
- Functionerings- en waarderingsgesprekken
- Betrokkenheid en engagement faciliteren door de leidinggevenden

### 3.2.3. *Ten aanzien van de organisatie*

- Cultuur waar bejegening van de klant centraal staat
- Cultuur waar een continu streven naar optimalisatie centraal staat
- Transparant beleid met meerjarenplan, jaarplan en continue opvolging
- Aantrekkingskracht: regio behouden en/of uitbreiden

### 3.2.4. *Ten aanzien van de gemeenschap*

- Het ziekenhuis wenst een belangrijke en betrouwbare partner te zijn in de zorg voor de geriatrische populatie
- Het ziekenhuis wenst een katalysator te zijn voor het bewaken van de 'kwaliteit van leven' van de geriatrische patiënt in de regio

## 3.3. Aard en inhoud van de zorg

Het zorgprogramma heeft als hoofddoel om 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. Dit in een omgeving die groeit naar een senior friendly ziekenhuis (dit wordt verder toegelicht in punt 3.5.6.). Voor elke geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair zorgplan met diagnose, behandeling en eventuele revalidatie opgesteld dat deel uitmaakt van het patiëntendossier.

In samenspraak met de behandelende arts en de andere zorgverleners worden de 75+ patiënten met een geriatrisch profiel (zie 1.1 Doelgroep) opgespoord en wordt de continuïteit van zorg gegarandeerd. Een teamlid van de afdeling waar de patiënt verblijft, voert de screening uit met het GRP-instrument. De doorstroom van informatie vanuit de huisarts speelt hierin een cruciale rol. Bij een opname van een geriatrische patiënt wordt relevante informatie vanuit het globaal medisch dossier (GMD) en resultaten van onderzoeken en analyses opgestuurd of meegestuurd.

Het ontslag van de geriatrische patiënt wordt vanaf de opname in het ziekenhuis voorbereid. Bij elk ontslag van een geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair ontslagdossier opgemaakt dat alle, voor de continuïteit van de zorg, nuttige elementen bevat. Dit ontslagdossier wordt opgesteld vanuit het multidisciplinair overleg en is raadpleegbaar in het elektronisch patiëntendossier. Dit ontslagdossier wordt ter beschikking gesteld aan de door de patiënt aangewezen huisarts en, indien nodig, aan andere zorgverleners om de continuïteit van zorg te garanderen. De medewerker van de sociale dienst neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de dag van opname in het ziekenhuis.

### 3.4. Kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma geriatrie

#### 3.4.1. *Waarden*

- Respect voor de eigenheid en de privacy van de patiënt
- De zelfredzaamheid en de levenskwaliteit van de patiënt staan centraal
- Aanbieden van zorg op maat: patiëntenparticipatie
- Integrale zorg met aandacht voor het diagnostische en therapeutische proces op de revalidatie
- Erkennen en betrekken van de mantelzorg: de onmisbare partner in het behalen van doelstellingen

#### 3.4.2. *Doelstellingen*

Via een pluridisciplinaire aanpak wordt gestreefd naar een optimaal herstel van de functionele performantie met een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit. Dit doel wordt beoogd via:

1. het pluridisciplinair zorgplan voor elke geriatrische patiënt met een risicoprofiel
2. het wekelijks georganiseerd pluridisciplinair overleg
3. de gegarandeerde continuïteit van zorg na ontslag

Bij iedere doelstelling worden succesbepalende factoren gedefinieerd. Een succesbepalende factor is een kritisch element in de realisatie van een doelstelling. Om na te kunnen gaan of deze doelstellingen zijn gerealiseerd, worden per item indicatoren geformuleerd en targets vastgesteld. Targets zijn te realiseren waarden of percentages. Het is belangrijk de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken medewerkers vast te leggen zodat er duidelijk eigenaarschap is in het ondernemen van gerichte acties.

#### Ten aanzien van de cliënt, de geriatrische patiënt en zijn omgeving

##### ***Doelstelling 1: Het ziekenhuis streeft naar een screening van alle geriatrische op niet-geriatrische afdelingen***

- Succesbepalende factor: screenen van alle 75+ op de niet-geriatrische afdelingen ziekenhuisbreed aan de hand van het GRP.
- Verantwoordelijke: interne liaison geriatrie

##### ***Doelstelling 2: Het ziekenhuis streeft naar een optimaal herstel van de functionele performantie (therapie en revalidatie)***

- Verantwoordelijke ergotherapeuten

##### ***Doelstelling 3 : De zorgverlener respecteert de privacy en de mening van de geriatrische patiënt***

- Succesbepalende factor: aantal en percentage van patiënten met klachten over schending van de privacy
- Indicator: evolutie van aantal/percentage klachten van patiënten of familie
- Target: minder dan 10 klachten per jaar
- Eigenaar: Hoofdverpleegkundige geriatrie

##### ***Doelstelling 5: Het ziekenhuis stelt patiëntveiligheid voorop als absolute prioriteit***

- Succesbepalende factor: incidentie decubitus, valincidentie
- Indicator: opvolging incidentie verworven decubitus en valincidenten
- Eigenaar: cel kwaliteit

##### ***Doelstelling 6: Elke patiënt heeft een optimale voedingstoestand***

- Succesbepalende factor: de patiënt wordt gescreend op ondervoeding en opgevolgd en ondersteund indien nodig

- Eigenaar: Interne liaison diëtiste



## Ten aanzien van de medewerkers

### ***Doelstelling 1: Alle zorgverleners werkzaam op een geriatrische afdeling beschikken over specifieke kennis over de zorg voor de geriatrische patiënt en scholen zich continu bij***

- In het najaar van 2022 wordt hiervoor de G-academy opgericht. Deze academy is een initiatief binnen het ZNK-netwerk samen met Thomas More. Elke zorgverlener op geriatrie zal verplicht x-aantal uren bijscholing per jaar volgen via de G-academy. De G-academy zorgt voor een opleidingsprogramma op maat dat voldoet aan de huidige noden van de zorgverleners.

### ***Doelstelling 2: Het ziekenhuis draagt zorg voor de medewerkers***

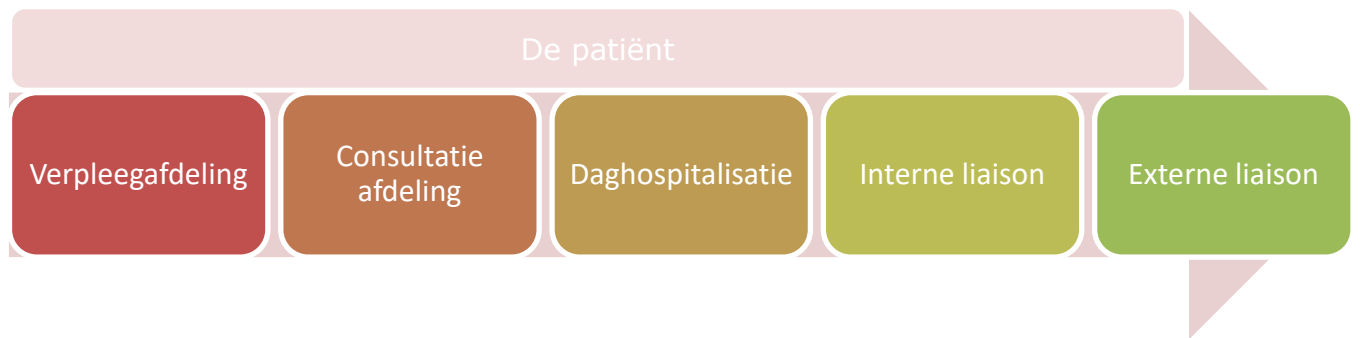
- Succesbepalende factor: tevredenheid van de medewerkers
- Indicator: 3-jaarlijks tevredenheidsonderzoek van alle medewerkers via BING-research
- Eigenaar: directiecomité

### ***Doelstelling 3: Het ziekenhuis wil de medewerkers jaarlijks evalueren***

- Succesbepalende factoren: POEF gesprekken
- Indicator: het percentage gehouden POEF gesprekken
- Target: het effectief gerealiseerd percentage van geplande POEF gesprekken is 100%
- Eigenaar: Hoofdverpleegkundige geriatrie

### 3.5. Vijf pijlers van het zorgprogramma geriatrie

#### 3.5.1. *Patiëntentraject geriatrie*



#### 3.5.2. *Geriatrisch consultatie*

##### **Extern consult**

Een geriatrische consultatie is bedoeld om een geriatrisch advies te verstrekken en voor het uitvoeren van interventies die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen. De patiënt wordt bij voorkeur doorverwezen door zijn huisarts. Indien deze consultatie gebeurt op verzoek van de huisarts, worden de bevindingen schriftelijk overgemaakt aan deze zorgverlener in het kader van continuïteit van zorg. Deze bevindingen worden genoteerd in het elektronisch patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd over de overmaking van deze informatie. De raadpleging geriatrie vindt plaats op maandag en donderdagnamiddag.

Indien zich een probleem voordoet bij een geriatrische patiënt in de thuissituatie of in een thuisvervangende situatie kan steeds advies gevraagd worden aan het pluridisciplinair geriatrisch team. De extramurale patiënt kan, mits afspraak, steeds op consultatie komen bij de geriater of een lid van het multidisciplinair geriatrisch team.

##### **Intern consult**

Op vraag van de behandelende arts, kan de geriater elke weekday in consult gevraagd worden voor advies m.b.t. de geriatrische problematiek.

### 3.5.3. Geriatrische daghospitalisatie

In A.Z. Herentals is er 1 geriatrisch bed per dag beschikbaar voor daghospitalisatie (ingebed in de afdeling geriatrie). In het geriatrisch dagziekenhuis kan de patiënt terecht voor diagnostiek, ambulante therapie en indien nodig, revalidatie. Daarnaast kan tijdens de daghospitalisatie een pluridisciplinaire geriatrische evaluatie worden uitgevoerd.

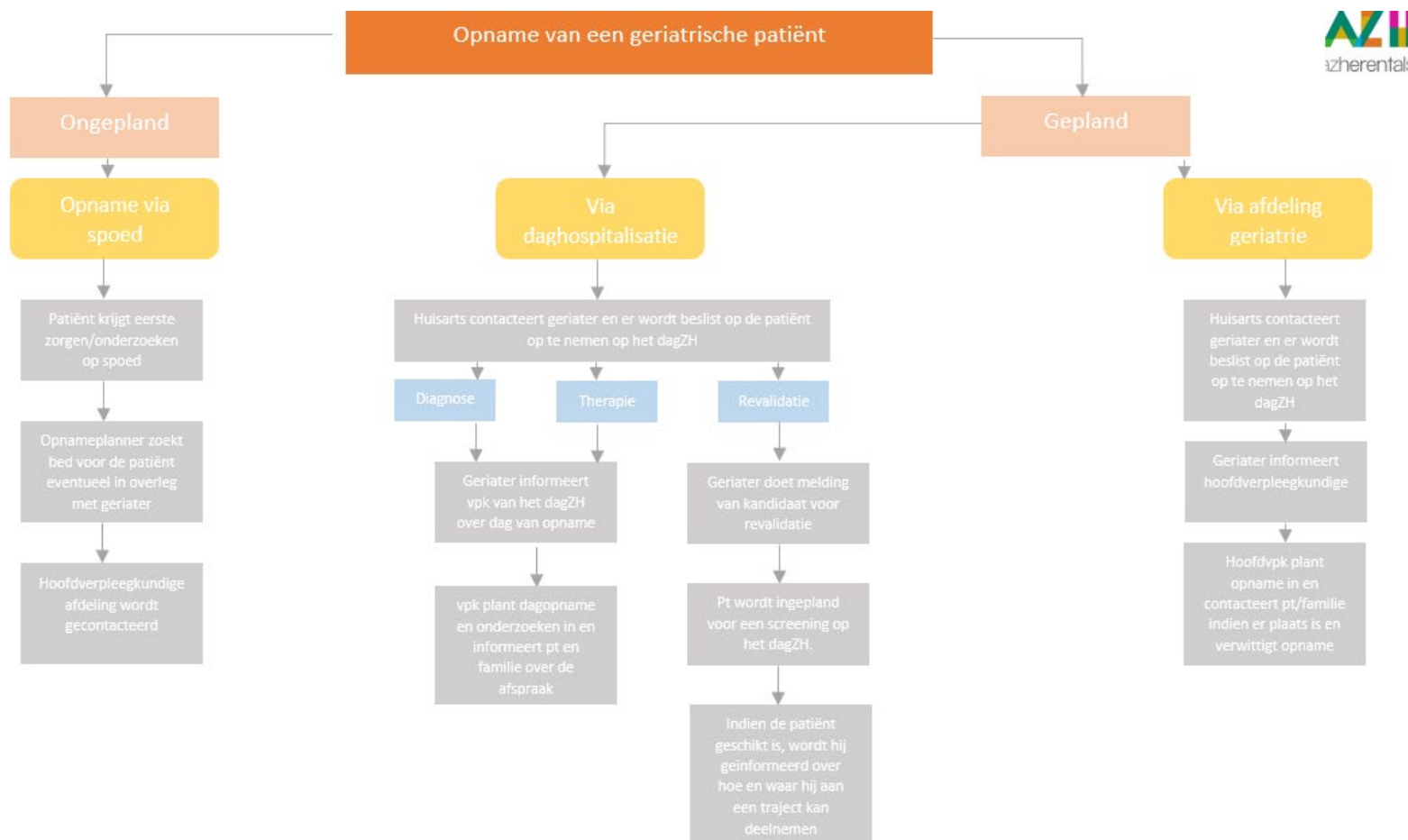
De opname in de daghospitalisatie heeft tot doel een hospitalisatie of een plaatsing te voorkomen door een diagnose te stellen, een behandeling te geven of een revalidatie overdag te organiseren voor oudere patiënten met multipathologie die thuis of in een thuisvervangend milieu wonen. De opname gebeurt op verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrische consultatie. Het verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrisch consultatie is aanwezig in het patiëntendossier. De geriatrische evaluatie en/of de revalidatie wordt op pluridisciplinaire wijze georganiseerd.

#### Van aanvraag tot opname in het geriatrisch dagziekenhuis

De geriatrische patiënt wordt opgenomen in een geriatrische daghospitalisatie via een verwijzing door de huisarts of specialist.

De verpleegkundige van deze afdeling zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Zij brengt de huisarts, geriater en contactpersoon van de patiënt op de hoogte van de opnamedatum. Deze verpleegkundige regelt ook het vervoer van de patiënt.

#### Opname van een geriatrische patiënt



## Deelprogramma's aangeboden in de geriatrisch daghospitalisatie

| Deelprogramma's  |   |   |
|--|---|---|
| Diagnostiek  | Revalidatie   | Behandeling   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprehensive geriatrisch assessment:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Optimalisatie thuissituatie, haalbaarheid thuissituatie, sociale omkadering, ....</li> <li>○ Preoperatieve evaluatie van de geriatrische patiënt</li> </ul> </li> <li>▪ Diagnose van internistische problemen</li> <li>▪ Urinaire en fecale (in)continentie (in samenwerking met de urologen)</li> <li>▪ Mobiliteit, duizeligheid en valkliniek</li> <li>▪ Slikstoornissen en malnutritie</li> <li>▪ Rijvaardigheid</li> <li>▪ Polyfarmacie</li> <li>▪ Pre-operatief geriatrisch assessment</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Doorverwijzing naar) fysische revalidatie</li> <li>▪ Evenwicht en gangproblemen</li> <li>▪ Slikken en spreken</li> <li>▪ Controle orthopedie na heupfractuur i.k.v. orthogeriatric</li> <li>▪ Na CVA: slikken, spraak, evenwicht, hulpmiddelenadvies</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bloedtransfusie</li> <li>▪ Ijzertoediening</li> <li>▪ Aderlatingen</li> <li>▪ IV-therapie</li> <li>▪ Wondzorg</li> </ul> |

## **Organisatie van de geriatrisch daghospitalisatie**

De pluridisciplinaire evaluatie wordt uitgevoerd op basis van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten door het multidisciplinair team van de afdeling daghospitalisatie geriatrie. Het eindverslag van de geriater bevat de anamnese, diagnose, resultaten van onderzoeken, conclusies en voorstel van zorgplan. De geriater bespreekt deze gegevens op het einde van de dag met de patiënt of familie indien mogelijk. Het verslag wordt overgemaakt aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. Dit verslag is terug te vinden in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van de informatie. De geriater bepaalt bij elke patiënt wanneer hij ontslagen mag worden. Deze criteria worden door de geriater ondertekend in het patiëntendossier.

De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie is beperkt tot maximum 40 sessies binnen een periode van 12 weken en kan 1x per jaar plaatsvinden.

De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie bestaat uit een individueel revalidatieplan, genoteerd in het patiëntendossier. Vooral de ergotherapeute, logopediste, kinesiste en psychologe zijn betrokken bij het revalidatieplan. Maandelijks wordt de voortgang van deze patiënten besproken en genoteerd in het patiëntendossier. Op het einde van het revalidatieplan wordt een verslag opgemaakt in het patiëntendossier waarbij de evolutie wordt weergegeven met een opvolgingsplan. Dit verslag wordt overgemaakt aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van de informatie.

### *3.5.4. Interne liaison*

#### **Doelstellingen**

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

De leden van het interne liaisonteam stellen, elk vanuit hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid ter beschikking aan de behandelend geneesheer-specialist, de huisarts en de teams van de dienst waar de patiënt verblijft. Hierbij vervult de interne liaison een tweedelijnsfunctie, niet door de zorg over te nemen, maar door te ondersteunen met raad en advies.

Op deze manier verleent het ziekenhuis een meer gerichte en pluridisciplinaire zorg aan geriatrische patiënten, worden meer efficiënte hospitalisaties bekomen en heropnames vermijden. Het kernteam interne liaison geriatrie bestaat uit een geriater, geriatrisch verpleegkundige, een ergotherapeut, een sociaal werker en een diëtist. Naast de aanwezigheid van deze verschillende disciplines is er ook een nauwe samenwerking met de logopedist, de dienst kinesitherapie, de dienst psychologie en andere ondersteunende diensten.

Bij opname vult de verpleegkundige van de afdeling een korte vragenlijst, het geriatrisch risicoprofiel (GRP), in. Aan de hand van deze vragenlijst, wordt bepaald of de patiënt al dan niet een geriatrisch risicoprofiel heeft.

Naast deze screening met de GRP wordt elke patiënt ouder dan 75 jaar binnen 48 uur na opname gezien door een sociaal werker voor een sociale anamnese. Tijdens deze anamnese wordt informatie verzameld over de woonsituatie van de patiënt, de mobiliteit, de reeds ingeschakelde hulp, ... De diëtisten gaan langs en geven advies bij elke patiënt die positief scoort op de NRS.

Indien blijkt dat er een geriatrisch risicoprofiel aanwezig is, wordt de situatie van de patiënt geanalyseerd a.d.h.v. de sociale anamnese en de informatie in het dossier. Aan de hand van deze analyse wordt de informatie over volgende items gebundeld:

- De thuissituatie en graad van zelfstandigheid
- Het cognitief functioneren
- De graad van mobiliteit en valrisico
- De voedingsgewoonten en gewicht
- Het emotioneel welbevinden

- Eventuele spraak –en slikproblemen

Op die manier tracht het team interne liaison de problemen van de geriatrische patiënt in kaart brengen om deze optimaal aan te pakken. Na een bespreking met de geriater, verleent het liaisonsteam de nodige adviezen:

- Rechtstreeks aan de patiënt of familie (vb. informatie over valpreventie, slikken, hulpmiddelen, ...)
- Aan de behandelende arts en de medewerkers van de verpleegafdeling
- Aan de huisarts

Deze adviezen worden ook genoteerd in het elektronisch patiëntendossier (KWS). Het advies kan de medewerkers van de verpleegafdeling helpen om een zorgplan op maat aan te bieden. Het geriatrisch liaison team werkt ook preventief en vanuit een coachende rol. Hiervoor is het team aanwezig te zijn op het multidisciplinair overleg van een aantal niet-geriatrische afdelingen (bv. Inwendige afdelingen en heelkunde 2). De verpleegkundige van het team interne liaison geriatrie neemt ook een actieve rol op binnen het adviesteam valpreventie.

### Screeningsinstrument: Geriatrisch Risico Profiel (GRP)

Het AZ Herentals gebruikt het “Geriatrisch Risico Profiel” (GRP) als screeningsinstrument. Dit is een vertaling van het TRST (triage risk screening tool) en een instrument voor identificatie van geriatrische patiënten op niet geriatrische diensten.

#### **Het screeningsinstrument bevat 5 items:**

1. aanwezigheid van cognitieve stoornis
2. alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/familie
3. moeilijkheden bij het stappen/transfer of slachtoffer van valpartij in de voorbije 6 maanden
4. hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden
5. polyfarmacie: meer dan 5 verschillende geneesmiddelen

Bij een score van 2 of meer spreken we over een risicopatiënt en wordt het dossier van de patiënt bekeken door het team interne liaison geriatrie.

#### **Werkwijze**

Bij elke 75-plusser wordt er aan de hand van het screeninginstrument (GRP) of op basis van klinisch oordeel bepaald of hij voldoet aan de criteria om opgenomen te worden in het zorgprogramma Geriatrie. Er wordt bekeken aan de hand van het screeningsinstrument of een advies van de liaison geriatrie zinvol kan zijn. Indien de patiënt jonger is dan 75 jaar en ook voldoet aan de criteria van de doelgroep zorgprogramma Geriatrie (zie opnamecriteria), kan hij ook worden opgenomen in het zorgprogramma geriatrie.

Indien het om een risicopatiënt (GRP-score 2 of meer) gaat, kan het pluridisciplinair geriatrisch team op vraag van de behandelende geneesheer of ander lid van het zorgteam een advies formuleren. Indien de behandelend arts en het zorgteam beslissen dat bij een positieve screening geen beroep wordt gedaan op het pluridisciplinair geriatrisch team, wordt de reden vermeld in het patiëntendossier.

#### **Organisatie van de interne liaison**

Het liaisonsteam kan elke weekday gecontacteerd worden tussen 9 u en 16 u.

Bij een actieve vraag naar advies wordt binnen de 48u een advies gegeven aan de behandelend arts en het zorgteam. Na dit advies wordt er indien nodig een follow-up door het pluridisciplinair geriatrisch team voorzien. Bij een dringend advies wordt telefonisch contact opgenomen met de betrokken zorgverlener. Het pluridisciplinair geriatrisch team vervult geen zorgtaken.

### **MDO interne liaison**

Tijdens dit wekelijks bespreken de ILG verpleegkundige, de ergotherapeut en de sociaalwerker de patiënten met een risicoscore op de GRP en spreken het multidisciplinaire team aan indien verdere ondersteuning van de patiënt nodig is. De arts-geriater sluit niet aan bij het MDO, maar is steeds beschikbaar bij vragen over specifieke patiënten-casussen. Tijdens dit MDO wordt een kort verslag gemaakt in het dossier van de patiënt met de samenvatting van de bespreking. Indien de patiënt geen bijkomende risicofactoren vertoonde en bijgevolg niet besproken werd op het MDO van de interne liaison, staat dit ook zo beschreven in het dossier van de patiënt.

### **Pluridisciplinair zorgplan**

Voor elke geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair zorgplan betreffende de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie opgesteld. Dit maakt deel uit van het patiëntendossier. Dit zorgplan is toegankelijk voor elke zorgverlener die betrokken is bij de zorgverlening van de geriatrische patiënt. Het pluridisciplinair zorgplan wordt opgesteld in functie van de specifieke geriatrische problemen zoals de voedingstoestand, de mentale toestand (dementie, depressie en delirium), interacties van geneesmiddelen, uitscheiding en incontinentie, ADL, ontslagvoorbereiding en de sociale situatie.

### **Groeien naar een Senior Friendly Hospital**

Het team interne liaison geriatrie wil een meerwaarde betekenen in de zorg voor de geriatrische patiënt buiten de dienst geriatrie. Naast de advies en ondersteuning op vlak van patiëntenzorg willen wij ook bouwen aan een seniorvriendelijke omgeving waar de geriatrische patiënt, onafhankelijk van de plaats waar hij terecht komt of de discipline waarvoor hij wordt opgenomen kan rekenen op goede zorg en een correcte bejegening. In dit kader werden er een aantal projecten opgestart.

In 2018 is het ziekenhuis op de afdeling orthopedie gestart met een vrijwilligerswerking. Wat deze vrijwilligerswerking onderscheidt van die op andere afdelingen is dat de focus ligt op ondersteuning van de 75-plusser. De opleiding van deze vrijwilligers wordt aangevuld met thema's als het belang van voeding bij de geriatrische patiënt met een fractuur: energie- en eiwitrijke voeding – hoe en waarom, omgaan met verwardheid – delier en dementie – bejegening en geruststelling.

### **Dementievriendelijk beleid**

Met het dienstencentrum 't Convent van de stad Herentals werd een samenwerking opgezet waarbij een folder met informatie na de diagnose van dementie werd ontwikkeld die in het ziekenhuis gericht wordt aangeboden aan patiënten en hun mantelzorgers bij diagnosestelling.

Op de afdeling geriatrie is een Tovertafel beschikbaar. Deze tafel is specifiek gericht op mensen met dementie wordt gericht aangeboden. De tafel is verrijdbaar en kan op eenvoudig verzoek naar een andere locatie gebracht worden. De ergotherapeut van de afdeling voorziet activiteiten op maat voor mensen met dementie.

Op de afdeling geriatrie werd veel aandacht besteed aan decoratie om op de afdeling een meer huiselijk sfeer te creëren. Ook is achter elke bed een plaats voorzien waar (indien gewenst) de roepnaam van de patiënt genoteerd wordt. Zo kan elke zorgverlener de patiënt met de juiste naam aanspreken. Gezien de positieve effecten van deze borden werd dit systeem uitgebreid naar andere afdelingen. Om oriëntatie te vergemakkelijken hangt op elke kamer een klok en een kalender.

### **Dool- of weglooptgedrag**

De afdeling geriatrie werd uitgerust met een afgesloten deur met code om mensen met dool- of weglooptgedrag zich op een veilige manier te laten bewegen over de afdeling.

Op andere afdelingen helpen de procedures fysieke fixatie en omgaan met delier om ondanks weglooptgedrag toch goede zorg te verlenen.

### 3.5.5. *Uitwijkplan Geriatrie*

Het AZ Herentals beschikt over 24 erkende bedden geriatrie en 29 opgestelde bedden. Toch zijn er periodes dat deze bedden ontoereikend zijn voor het aantal patiënten die zich aanbieden met een geriatrisch profiel en waarvoor opname op een afdeling geriatrie aangewezen is (zie ook opnamebeleid op Infoland).

Deze patiënten komen dan terecht op een niet-geriatrie afdeling. Door triage komen deze patiënten in de eerste plaats terecht op een internistische afdeling. Wanneer op deze afdelingen onvoldoende bedden vrij zijn, wordt er overgegaan naar een heelkundige afdeling.

We streven ernaar om elke geriatrische patiënt dezelfde specifieke zorg aan te bieden. Hiertoe nemen we enkele acties:

- De patiënten worden opgevolgd door een geriater of zijn vervanger.
- De patiënten krijgen kine en ergotherapie op de afdeling.
- De patiënten worden opgevolgd door een medewerker van de sociale dienst.

### 3.5.6. *Externe liaison*

#### **Doelgroep**

Het pluridisciplinair team van het zorgprogramma geriatrie neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis en dit vanaf de dag van opname in het ziekenhuis nadat de screening is uitgevoerd door het zorgteam.

#### **Organisatie**

De externe liaison wordt gerealiseerd via het ontslagmanagement of via de daghospitalisatie geriatrie. Het project ontslagmanagement heeft als doel een geïndividualiseerde zorgplanning te voorzien om een naadloze aansluiting te voorzien tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. In maximale samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding sporen ze de hoog-risicopatiënten op voor wie een terugkeer naar huis overwogen wordt. De mantelzorger wordt betrokken bij deze evaluatie aan de hand van de sociale anamnese en het geven van informatie van beschikbare ondersteuning in de thuisomgeving.

Het pluridisciplinair team faciliteert de voorstellen en coördinatie van het geïndividualiseerd zorgplan in samenwerking met de diensten van de 1ste lijn. Het organiseren van pluridisciplinaire vergaderingen om de zorgcontinuïteit te garanderen is een taak van de externe liaison en de dienst patiëntenbegeleiding.