ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

MULTIDISCIPLINAIR KWALITEITSHANDBOEK

1 SEPTEMBER 2020 VOLGENDE UPDATE: JUNI 2021

Kennis / Ervaring / Zorg

INHOUDSOPGAVE

ZORGPROGRAMMA voor de geriatrische patiënt 1
Multidisciplinair kwaliteitshandboek 1
1 september 2020 1
Inhoudsopgave 3
1. Inleiding 5
2. Missie en visie 6
2.1. Missie en visie van het UZA 6
2.1.1. Kenniscentrum 6
2.1.2. Dynamische visie 6
2.2. Missie en visie van het zorgprogramma 7
2.2.1. Topklinische zorg 7
2.2.2. Patiëntgerichte zorg 7
2.2.3. Hoogwaardige academische opleiding 8
2.2.4. Grensverleggend wetenschappelijk onderzoek 8
2.3. Waarden 8
3. De geriatrische patiënt 9
3.1. Algemene begrippen 9
3.1.1. Veroudering 9
3.1.2. Gerontologie 9
3.1.3. Geriatrie 10
3.2. Geriatrisch profiel 10
3.2.1. Verminderde homeostase 10
3.2.2. Multipathologie 10
3.2.3. Bedreigde validiteit 10
3.2.4. Polyfarmacie 11
3.2.5. Eigen ziektebeloop 11
3.2.6. Somato-psychosociale verwevenheid 11
3.3. Het geriatrisch verzorgingsmodel 11
3.3.1. Het verzorgingsmodel versus de medische verbetenheid 12
3.3.2. Functionele mogelijkheden en het belang van revalidatie 12
3.3.3. Het geriatrische team 12
3.4. Globale geriatrische evaluatie 13
4. Structuur zorgprogramma 14
4.1. Hiërarchische lijn van het zorgprogramma geriatrie 14
4.2. Coördinatie van het zorgprogramma 15
4.3. Stuurgroep geriatrisch zorgprogramma 15
5. Onderdelen zorgprogramma 16
5.1. Verpleegeenheid acute geriatrie 16
5.1.1. Opnamecriteria 16
5.1.2. Multidisciplinair zorgplan 18
5.1.3. Multidisciplinair overleg 18
5.1.4. Ontslag 19
5.2. Dagziekenhuis geriatrie 19
5.2.1. Opnamecriteria 19
5.2.2. Zorgaanbod 19
5.2.3. Organisatie van zorg 20
5.3. Consultatie geriatrie 21
5.4. Interne liaison 21
5.4.1. Ziekenhuisbrede screening 21

5.4.2. Inclusiecriteria 22
5.4.3. Werking ILG 22
5.5. Externe liaison 23
5.5.1. Ontslagmanagement 23
5.5.2. Transmurale samenwerking 23
5.5.3. Macroniveau 25
6. Kwaliteitsbewaking 25
6.1.1. Competentiebeleid 25
6.1.2. Continuïteit van zorg 25
6.1.3. Indicatoren 26
7. Bijlage 28
7.1. Lijst van teamleden 28
7.2. Meet- en screeningsinstrumenten geriatrie 29
7.3. Comprehensive Geriatric Assessment' 30
7.4. Contactgegevens 32
7.5. Instructies raadpleging en dagziekenhuis geriatrie 33
7.6. Aanvraagformulier Interne Liaison Geriatrie 35
7.7. Service Level Agreement Geriatrie 36
7.8. Samenwerkingsovereenkomst tussen woonzorgcentrum en UZA 40
Lijst woonzorgcentra 44

1. INLEIDING

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) staat garant voor topklinische en klantvriendelijke patiëntenzorg, hoogwaardige academische opleiding en grensverleggend wetenschappelijk onderzoek met een belangrijke internationale dimensie. Het UZA telt 573 erkende hospitaalbedden op 25 verpleegeenheden. Jaarlijks overnachten hier meer dan 30.000 patiënten. Er zijn 39 hooggespecialiseerde medische diensten waar elk jaar meer dan 710.000 patiënten op raadpleging komen. In het UZA werken zo'n 3000 medewerkers, waaronder 432 artsen en 1007 verpleegkundigen. De medische specialisten zijn toonaangevend in hun domein. Ze voeren klinische studies uit en zoeken constant naar nieuwe behandelingen met het uiteindelijke doel elke patiënt de beste medische zorg te bieden.

Het multidisciplinair geriatrisch kwaliteitshandboek beschrijft alle normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt dient te voldoen in het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen volgens de wettelijke bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 Januari 2007. Het klinisch geriatrisch zorgprogramma werd opgericht in 2020 omwille van de demografische evolutie in de Antwerpse regio en de nood aan een universitaire acute tertiaire geriatrie op zorgvlak, op vlak van opleiding en op vlak van wetenschappelijk onderzoek. Door de toename van het aantal geriatrische patiënten was er nood aan aanpassingen in de gezondheidsstructuren.

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op het multidisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt. Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrische patiënten met een risicoprofiel alsook de continuïteit van de zorg.

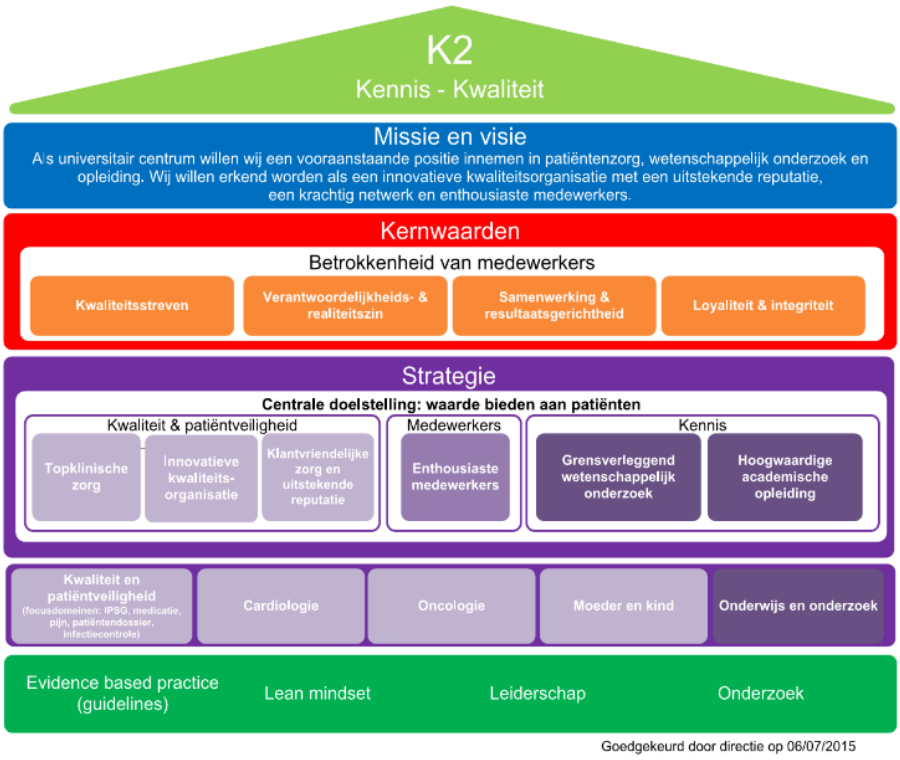
Het hoofddoel van het programma bestaat erin via een multidisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie, een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

Het handboek beschrijft alle facetten van de zorgverlening. Dit gaat van de interne werking op de verpleegafdelingen, tot de samenwerking met externe actoren, van het kwaliteitsbeleid op directieniveau tot de therapie in onze bewegingsruimtes, maar vooral van zorgverlener naar zorgvrager. Het schept een duidelijk beeld over de geriatrische zorg die dagelijks in ons ziekenhuis gegeven wordt en hoe we diezelfde zorg blijven verbeteren.

Het kwaliteitshandboek kan steeds geraadpleegd worden door alle medewerkers van het zorgprogramma geriatrie, alsook door de personen die direct of indirect bij de geriatrische zorg betrokken zijn.

2. MISSIE EN VISIE

2.1. Missie en visie van het UZA



2.1.1. Kenniscentrum

Kennis vormt het hart van onze organisatie. De voortdurende wisselwerking tussen de ontwikkeling, toepassing en overdracht van kennis is niet alleen de sleutel om topklinische zorg te kunnen aanbieden. Het is ook de noodzakelijke voorwaarde om talentvolle medewerkers aan te trekken en sterke samenwerkingsverbanden uit te bouwen met partnerziekenhuizen.

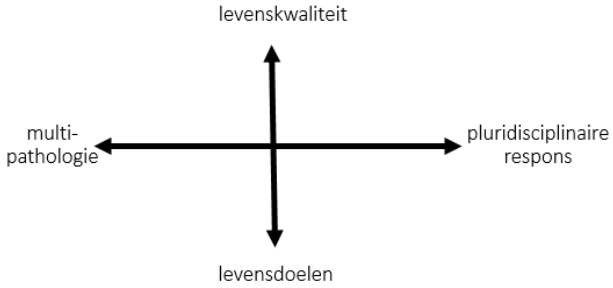
2.1.2. Dynamische visie

Om deze missie waar te maken heeft het UZA een dynamische visie nodig. Als universitair centrum willen wij een vooraanstaande positie innemen in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en opleiding. Wij willen erkend worden als een innovatieve kwaliteitsorganisatie met een uitstekende reputatie, een krachtig netwerk en enthousiaste medewerkers.

2.2. Missie en visie van het zorgprogramma

Het zorgprogramma geriatrie in het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen streeft naar een kwalitatief hoogstaande, innovatieve en patiëntgerichte zorg op maat binnen de specifieke eigenheid van de geriatrische discipline, ondersteund door hoogstaande opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

De missie van het geriatrisch zorgprogramma van het UZA richt zich op preventie, diagnostiek en behandeling van aandoeningen bij oudere patiënten. Hiermee wil het UZA zijn bijdrage leveren in het verhogen van de levenskwaliteit van de oudere persoon en dit afgestemd op de levensdoelen die voor de betrokkene relevant en actueel zijn. Het UZA zet hiervoor als gezondheidszorgleverancier pluridisciplinaire zorg in voor ouderlingen, in het bijzonder voor diegene met multipathologieën.



Het UZA kiest samen met zijn partners voor integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning. Integrale zorg betekent dat de zorg en ondersteuning gericht is op de mens als een lichamelijk, geestelijk en psychosociaal wezen. De mens is niet te herleiden tot enkel zijn lichamelijke klachten. De mens is één geheel vandaar dat zorg en ondersteuning zich moeten situeren op de verschillende levensdomeinen van de oudere persoon. Bijdragen tot de levenskwaliteit van de oudere persoon is maar mogelijk mits samenwerking vanuit verschillende zorgactoren. Naast professionele zorg draagt ook zelfzorg en de informele zorg zoals mantelzorg en vrijwilligerszorg fundamenteel bij tot de levenskwaliteit van de oudere persoon. Binnen dit geheel van zorgactoren wordt aan de oudere persoon maximale vrijheid en autonomie toegekend voor zover patiënten en andere rechten volwaardig uitgeoefend kunnen worden. Professionele gezondheidszorg duurt daarom zo kort als het kan en zo lang als het moet.
Geïntegreerde zorg betekent zorg die patiëntgericht, doelgericht, vraaggestuurd en pro-actief is. Geïntegreerde zorg is bovendien gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, uitgevoerd via transdisciplinaire en transmurale samenwerking, toegankelijk voor de hele populatie en verankerd in de lokale zorggemeenschap. Op deze manier moet transmurale samenwerking leiden tot een optimaal zorgaanbod volledig afgestemd op de noden en behoeften van de oudere persoon en bijdragen tot een optimale levenskwaliteit.

2.2.1. Topklinische zorg

Het multidisciplinair karakter staat hier centraal, waarbij de geriatrische patiënt individueel en integraal wordt benaderd in al zijn zorgnoden van opname tot ontslag. De focus ligt op patiënten met een complex geriatrisch profiel waarbij de continuïteit van tertiaire zorg wordt gegarandeerd binnen een universitaire acute geriatrie.

2.2.2. Patiëntgerichte zorg

De centrale doelstelling van het UZA is waarde bieden aan de patiënt. Er wordt gestreefd naar een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon met respect voor de eigenheid van elke persoon. Dit wordt gerealiseerd door een warme zorg aan te bieden, aandacht te geven aan de familiale omkadering en door een actieve bijdrage van de mantelzorger te stimuleren.

2.2.3. Hoogwaardige academische opleiding

Er wordt een veilige leer- en werkomgeving gecreëerd waar ruimte is voor kennis, competentie, innovatie en beroepsfierheid. Kennis vormt het hart van onze organisatie. Er wordt gestreefd naar een universitaire geriatrie op vlak van opleiding dit door de opleiding van artsen-specialist in de complexe (tertiaire) geriatrische problematiek binnen een universitaire setting en het mee uitbouwen van een master na masteropleiding geriatrie in nauwe samenwerking en netwerkoverschrijdend met het ziekenhuisnetwerk Antwerpen en de Universiteit van Antwerpen.

2.2.4. Grensverleggend wetenschappelijk onderzoek

Er wordt een universitaire geriatrie uitgebouwd op vlak van wetenschappelijk onderzoek door retrospectief en prospectief wetenschappelijk onderzoek uit te voeren in een universitaire klinische setting.

2.3. Waarden

Onze ambities impliceren dat we een uitdagend denk- en werkklimaat bieden waarin de betrokkenheid van onze medewerkers als kernwaarde vooropstaat.

De **kernwaarden** die we delen zijn:

- samenwerking en resultaatgerichtheid:
    - Samenwerken met alle partners in de zorg (intern, extern, patiënt en zijn familie)
    - Erkenning van de mantelzorger: de onmisbare partner in het behalen van doelstellingen
    - Focus op het multidisciplinair karakter
- loyaliteit en integriteit
    - Respect voor de eigenheid en de privacy van de patiënt
    - Gevoel van veiligheid, vertrouwen, geborgenheid en genegenheid in de zorg
    - Een empathische en luisterende houding
- kwaliteitsstreven
    - De zelfredzaamheid en de levenskwaliteit van de patiënt staan centraal
    - Zoeken naar de beste mogelijkheden binnen de gangbare medische evidentie
    - Actieve bijdrage aan verbeterprojecten
- verantwoordelijks- en realiteitszin

Deze kernwaarden weerspiegelen de wijze waarop we onze missie willen waarmaken en vormen de basis voor de gedragscode voor UZA-medewerkers.

3. DE GERIATRISCHE PATIËNT

3.1. Algemene begrippen

3.1.1. Veroudering

Veroudering treedt op vanaf het begin van het leven, zonder scherpe grens. De officiële pensioenleeftijd is dan ook vrij willekeurig gekozen. Oudere mensen leveren soms nog indrukwekkende prestaties, maar onderling bestaan bij hen grotere verschillen dan bij elke andere leeftijdsgroep. De gemiddelde levensduur is de afgelopen twee eeuwen sterk toegenomen, vooral door preventie en bestrijding van infectieziekten en door vermindering van armoede. De kinder- en moedersterfte namen daarbij sterk af.

Vergrijzing, de toename van 65-plussers in de bevolking, ontstond deels door de verlenging van de gemiddelde levensduur, maar vooral ook door de afname van het geboortecijfer in de afgelopen veertig jaar. Door de langere levensduur nam tegelijkertijd vooral het aantal hoogbejaarden sterk toe ("dubbele vergrijzing").
De vergrijzing brengt problemen mee zoals toename van de (kostbare) medische consumptie en noodzakelijke verzorging en van betaalbaarheid van pensioenen. Hoe ouder men wordt, hoe zieker, hoe meer kwalen men tegelijk heeft, hoe vaker men de dokter nodig heeft, hoe meer geneesmiddelen men krijgt en hoe groter het gevaar van verlies van zelfstandigheid en sterfte. Ondanks het langer leven door het wegvallen van de sterfte aan een ziekte en het verhoogd risico op een chronische ziekte, is er enige hoop dat in de verre toekomst de periode van ziekte zal verkorten (ziektecompressie).

In de geneeskunde beperken we het begrip veroudering vaak tot de blijvende veranderingen bij volwassenen. Op den duur gaan deze veranderingen dikwijls maar niet altijd, met functionele achteruitgang gepaard. Biologische veroudering loopt uit op sterven en maakt dit onontkoombaar.

Behalve door natuurlijke veroudering kan de conditie van oudere mensen ook verslechteren door ziekte en kwalen. Dit heet pathologisch verouderen. Eigenlijk is pathologische veroudering volgens de definitie geen veroudering omdat het geen spontaan proces is. In de praktijk zijn natuurlijk en pathologisch verouderen vaak niet eenvoudig te scheiden. Het verschil is echter van groot belang, omdat pathologische veroudering samenhangt met beschadigende invloeden van buitenaf (exogeen) en dus in principe te voorkomen is. Natuurlijke veroudering zou endogeen zijn.

3.1.2. Gerontologie

Gerontologie is de wetenschap die zich bezighoudt met veroudering in al haar vormen, maar in het bijzonder met veroudering van volgroeide levende wezens en de individuele en sociale gevolgen van veroudering.

Wie de gangbare pensioenleeftijd van 65/67 heeft gehaald, mag zich tot de ouderen rekenen. Deze pensioenleeftijd houdt er echter geen rekening mee dat veroudering niet voor iedereen even snel gaat en op hetzelfde moment begint. Biologische leeftijd en kalenderleeftijd vallen dikwijls niet samen. Sommige krijgen pas na hun 65e jaar ouderdomsklachten en leveren op hoge leeftijd nog indrukwekkende prestaties zoals een marathonloop of origineel creatief werk. Gemiddeld neemt de kans op ziekte en kwalen echter met de leeftijd toe. De geneeskunde voor ouderen verschilt van de geneeskunde voor jongeren. Dit heeft geleid tot het specialisme geriatrie.

3.1.3. Geriatrie

Geriatrie is de vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die wat betreft hun oorzaak samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt. Voorbeelden van dit laatste zijn de verminderde reserve van de lichaamsfuncties en het tegelijkertijd voorkomen van meer dan één belangrijke afwijking op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied, de zogenaamde multipathologie. Dat de kwaliteit van leven belangrijker is dan de verlenging van de levensduur, komt vooral in de geriatrie meer naar voren. In de geriatrie ligt sterk de nadruk op de handhaving van zelfstandigheid, meer dan op het bereiken van volledige gezondheid.
De multipathologie maakt dat de arts moet kiezen welke aandoening het eerst moet worden aangepakt. Vrijwel iedere arts heeft geriatrische kennis nodig.

3.2. Geriatrisch profiel

Het zorgprogramma geriatrie richt zich tot alle patiënten met een geriatrisch profiel, die behandeld worden in het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen. Een geriatrische patiënt wordt niet alleen gedefinieerd door zijn leeftijd. Omdat de medische begeleiding van deze patiënten een specifieke deskundigheid vergt, rangschikt men ze in een aparte groep die een aantal eigen kenmerken vertoont.

3.2.1. Verminderde homeostase

Gedurende het ouder worden treden er vele wijzigingen op. Zowel op fysiek als op geestelijk vlak zal dit dikwijls gepaard gaan met een vermindering van mogelijkheden. Deze veranderingen zijn echter sterk individueel en kunnen in verband staan met de levenswijze of met het bestaan of optreden van pathologische processen. Hierdoor zijn de verschillen tussen ouderen met een zelfde leeftijd veel groter dan tussen jongeren. De kalenderleeftijd of de chronologische leeftijd is dan ook een minder goede maat dan de biologische die aangeeft met welke gemiddelde leeftijd een vastgestelde biologische conditie overeenkomt. Het is niet altijd eenvoudig om het verschil te maken tussen leeftijdsgebonden wijzigingen en ziekteprocessen. Sommige personen blijven sterk gespaard van de negatieve effecten van het ouder worden en slagen erin om zonder handicap een hoge leeftijd te bereiken met het bewaren van hun autonomie. Dit noemt men het succesvol verouderen. Nochtans zal ook bij deze personen het evenwicht meer wankel worden en wordt de bestaande validiteit steeds meer instabiel. Deze toestand vertegenwoordigt een hogere kwetsbaarheid en broosheid, die men in de Angelsaksische literatuur “frailty” noemt. Een kleine gebeurtenis of ziekte kan dit evenwicht ernstig verstoren waarbij de persoon op korte tijd zijn zelfstandigheid verliest. De mogelijkheden om op adequate wijze zich te kunnen aanpassen aan een gewijzigde toestand (de homeostase) is sterk verminderd.

3.2.2. Multipathologie

Door het optreden van degeneratieve stoornissen ontstaan er chronische toestanden die niet meer volledig te genezen zijn. Deze stoornissen treden in allerlei orgaansystemen op en leiden zo tot wijzigingen die de zelfredzaamheid van de oudere persoon compromitteren. De medische interventies richten zich bij deze afwijkingen niet zozeer op het genezen van de toestand, maar eerder op het opvangen van de acute opstoten, het afremmen van verdere evoluties en het ondersteunen en bewaren van de functionele mogelijkheden.

3.2.3. Bedreigde validiteit

Chronische aandoeningen verhogen de kans op een verlies van zelfredzaamheid. Gelukkig heeft niet elke medische diagnose een direct en onomkeerbaar effect op het functioneren. Een lange lijst van diagnoses zegt niet alles over de reële toestand van de patiënt. Vele ouderen leven ongehinderd met verschillende aandoeningen, zoals hoge bloeddruk, diabetes of een hoog cholesterolgehalte. De betekenis van deze klassieke

risicofactoren is trouwens bij de oudere persoon niet hetzelfde als bij de jongere volwassenen. Bij hen is het daarom belangrijk om de weerslag hiervan op de zelfstandigheid te evalueren. Zo verwerft men een beter inzicht over het globaal functioneren en kan men meer gefundeerde begeleidingsopties formuleren.

3.2.4. Polyfarmacie

Wanneer er verschillende aandoeningen bestaan, neemt de kans op het innemen van meerdere geneesmiddelen toe. Dit leidt zeer vlug tot een groot aantal voorgeschreven en gebruikte producten, waarbij ook het verbruik van niet voorgeschreven middelen nog moet opgeteld worden. Naarmate er meerdere medicaties dienen ingenomen te worden, daalt de therapietrouw, worden er meer fouten gemaakt en is het risico van neveneffecten groter. Het is echter niet alleen het aantal geneesmiddelen dat hier een rol speelt. Men moet tevens rekening houden met de interacties tussen verschillende middelen en de gewijzigde absorptie, eliminatie en verwerking van medicatie door de oudere persoon.

3.2.5. Eigen ziektebeloop

De ziektesymptomen bij een oudere patiënt zijn meestal algemener en vager dan bij jongere patiënten. Ouderen reageren meer met algemene symptomen zoals achteruitgang van de algemene toestand, eetlustvermindering en verlies van mobiliteit of vallen. Sommigen krijgen last van incontinentie. Anderen verliezen hun mentale alertheid en worden meer verward. Door een verminderd reactievermogen verzwakken ook een aantal ziektetekens. Zo is koorts bij een infectie minder hoog en is soms verwardheid eerder dan pijn in de borstkas het eerste teken van een hartinfarct. De vagere anamnese, de ongewone symptomen en de minder duidelijke ziektetekens maken dat de diagnostiek bij hoogbejaarden moeilijker is. Die veranderde presentatie houdt het risico in dat de ziekte miskend wordt en dat een behandeling (te) laat gestart wordt. Bij patiënten die juist meer kwetsbaar zijn door hun ouderdom en bijkomende pathologie kan dit tijdsverlies mede verantwoordelijk zijn voor het ongunstigere verloop van verschillende aandoeningen.

3.2.6. Somato-psychosociale verwevenheid

De interactie tussen lichaam en geest is een belangrijk gegeven bij geriatrische patiënten. Lichamelijke aandoeningen hebben in deze groep vaker psychische gevolgen. Een typisch voorbeeld hiervan is het delirium of acute verwardheid. Anderzijds zullen psychiatrische ziektebeelden zoals een depressie zich dikwijls voordoen als lichamelijke problemen met zelfverwaarlozing en ondervoeding. Bij dementerende ouderen vergt de behandeling van bijkomende lichamelijke ziektes een eigen aanpak. Oudere thuisverblijvende personen worden dikwijls door de partner, de kinderen of buren geholpen in het dagelijkse leven (de mantelzorg). Wanneer die ondersteuning wegvalt, geraken ze vlug in praktische moeilijkheden zodanig dat verder thuisverblijven dikwijls niet meer mogelijk is. Er moet dan naar een gepast alternatief gezocht worden. De vermenging van lichamelijke, psychische en sociale factoren is een essentieel kenmerk van geriatrische patiënten. Het is een belangrijk element waar men rekening mee dient te houden bij de opvang van deze patiënten.

3.3. Het geriatrisch verzorgingsmodel

De geriatrische benadering heeft als voornaamste doel de kwaliteit van het leven in de laatste levensfase zo goed mogelijk te bewaren en ouderen zo lang en zo zelfstandig mogelijk, liefst thuis, te laten functioneren. Om dit mogelijk te maken ontwikkelde de geriatrie een aangepast model, dat rekening houdt met de eigen kenmerken van de gezondheidsproblemen van geriatrische patiënten.

3.3.1. Het verzorgingsmodel versus de medische verbetenheid

Een ziekteproces op hogere leeftijd heeft een andere presentatie met vagere klachten en minder opvallende ziektetekens. Het gevaar bestaat dat men dit ziek zijn niet herkend en dat men het interpreteert als “normale” ouderdomsverschijnselen. Daarnaast bestaat er het gevaar om te overdrijven in de andere richting waarbij men door een reeks technische onderzoeken verbeten naar een diagnose zoekt en de oudere daarvoor aan heel wat ongemakken onderwerpt. Beide extreme handelswijzen zijn niet te verdedigen. Ook oudere personen hebben recht op een degelijke gezondheidszorg waarbij men zowel voldoende aandacht heeft voor verzorging en ondersteuning, als voor de genezing van aandoeningen waarvoor behandelingsmogelijkheden bestaan. Dit houdt in dat men met een grondig klinisch en technisch onderzoek, een zo correct mogelijke diagnose stelt en therapeutische opties formuleert. Indien er geen therapeutische implicaties meer zijn verliezen aanvullende onderzoeken hun betekenis en kunnen ze niet verantwoord worden.

3.3.2. Functionele mogelijkheden en het belang van revalidatie

Zoals hoger al werd aangegeven, geeft een diagnose van een ziekte een onvolledig beeld van de toestand van een patiënt. Naast diagnostiek is de evaluatie van het functioneren belangrijk. Hierbij wordt nagegaan welke de mogelijkheden en de beperkingen zijn van de oudere op het fysieke, psychische en sociale vlak. Het psychisch functioneren omvat zowel de cognitieve als de affectieve functie. Soms wordt ook de subjectieve gezondheidservaring hier nog aan toegevoegd. Zo kan men nagaan in welke mate de functionele toestand beperkt is en in hoeverre de basisactiviteiten van het dagelijkse leven (ADL) en de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL) gestoord zijn. De bedoeling van deze multidimensionale evaluatie is meervoudig. Zij geeft een samenvatting van de mogelijkheden van de onderzochte oudere en vormt een basis voor de planning van de verdere behandeling en verzorging. Ook bij het opvolgen van patiënten en het beoordelen van het effect van een behandeling heeft deze evaluatie een centrale plaats. Tenslotte is de evaluatie van de functionele toestand ook een waardevol middel bij het richten van de diagnostiek bij het bestaan van meerdere aandoeningen, waarbij een hoge prioriteit gegeven wordt aan die problemen die sterk de zelfredzaamheid aantasten. Wanneer een functionele balans verlies van mogelijkheden vaststelt kan dit een reden zijn om opnieuw diagnostische stappen te ondernemen. Ziekte bedreigt het zelfstandig functioneren van ouderen. Een correcte benadering bestaat dan ook niet enkel uit het "genezen" van deze ziekte. Van bij de eerste ziekteverschijnselen zal men het doel van de behandeling voor ogen moeten houden, in het bijzonder een zo groot mogelijke graad van zelfstandigheid bewaren. Revalidatie is dan ook een essentieel onderdeel van elk geriatrisch behandelingsplan. Iedereen die betrokken wordt bij de verzorging van de zieke moet een revaliderende houding aannemen.

3.3.3. Het geriatrische team

Door de veelheid van problemen op zowel somatisch, als psychosociaal gebied en door de samenhang van deze problemen met elkaar vergt de opvang van geriatrische patiënten een brede aanpak, waarbij dikwijls verschillende hulpverleners betrokken zijn. Zo zullen de arts, de verpleegkundige, de ergotherapeut, de kinesitherapeut, de sociaal werker, de logopedist, de neuropsycholoog en de diëtist samenwerken, zie bijlage: Lijst van Teamleden. Deze multidisciplinaire benadering, nodig om het totale functioneren van de oudere te kunnen overzien, houdt het risico in dat de verschillende partners naast elkaar werken en dat samenwerking ontbreekt. Naast multidisciplinaire aanpak is teamwerk, overleg en onderlinge communicatie essentieel. In de thuiszorg kan men in dit verband een rol toekennen aan de opgerichte samenwerkingsinitiatieven (SIT’s). In een SIT zijn verscheidene disciplines vertegenwoordigd, zoals thuisverpleegkundigen, huisartsen, gezinszorg en erkende centra voor algemeen welzijn in het kader van de ziekenfondsen. De mantelzorg kan een mandaat verwerven in de SIT’s. Een SIT werkt op een gestructureerde manier samen met de OCMW’s uit de regio, maar ook met vrijwilligersorganisaties en groeperingen van thuisverzorgers.

3.4. Globale geriatrische evaluatie

De globale geriatrische evaluatie of Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) wordt gedefinieerd als een multidimensioneel proces dewelke focust op het bepalen van de medische, psychosociale en functionele toestand van de oudere persoon. Dit om een gecoördineerd en geïntegreerd plan op te stellen voor diagnose, therapeutische behandeling, bepalen zorgbehoefte, lange termijnsopvolging en optimaal gebruik van de gezondheidsvoorzieningen.

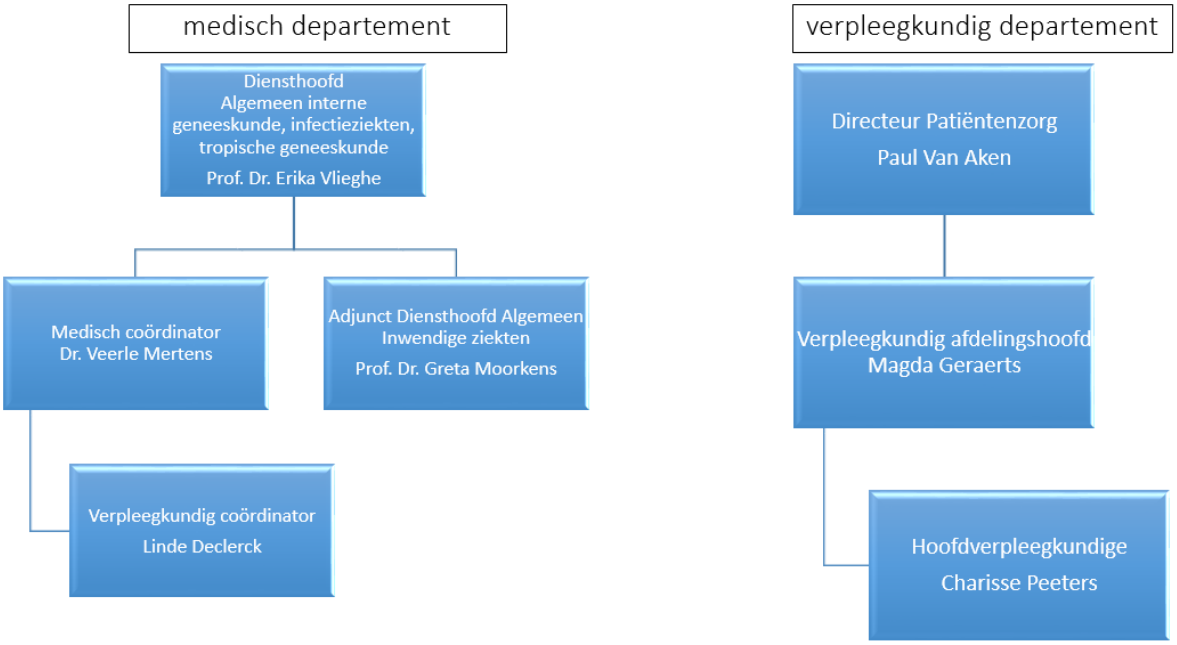
De basiscomponenten die omvat zijn in het CGA zijn:

- functionele status
- cognitieve, affectieve status en subjectief welbevinden
- nutritie
- comorbiditeiten
- geriatrische symptomen en syndromen. Bij een geriatrisch syndroom zijn één of meer symptomen het gevolg van meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Hierbij is het niet onmiddellijk duidelijk wat de oorzaak is. Een kleine verandering kan leiden tot een grote achteruitgang in het functioneren. De belangrijkste geriatrische syndromen zijn vallen, incontinentie, depressie, delier en duizeligheid.

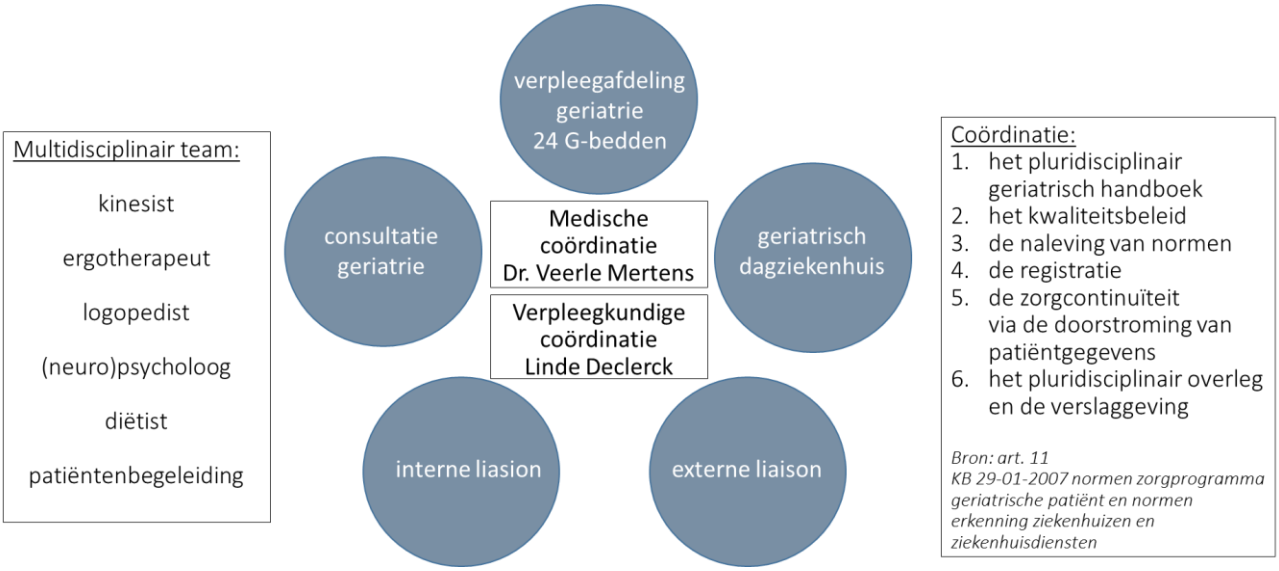
Behandeling voortvloeiend uit geriatrisch assessment heeft bewezen globaal overleven, kwaliteit van leven te verbeteren en hospitalisatie te verminderen. Dit omdat CGA in staat is om leeftijdsgebonden problemen vast te stellen dewelke niet door routine anamnese en lichamelijk onderzoek worden aangetoond. Tevens kan het risico op ernstige behandeling gerelateerde toxiciteit van diverse aandoeningen vastgesteld worden. Bij een CGA wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten (zie bijlage: Meet- en screeningsinstrumenten geriatrie).

4. STRUCTUUR ZORGPROGRAMMA

4.1. Hiërarchische lijn van het zorgprogramma geriatrie



4.2. Coördinatie van het zorgprogramma



De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma berusten bij het 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. Veerle Mertens, geriater, tevens kliniekhoofd geriatrie
- voor de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten: Linde Declerck, ook unitverantwoordelijke van het dagziekenhuis geriatrie, interne en externe liaison geriatrie, in bezit van de bijzondere beroepstitel geriatrie

Samen zien zij toe op :

- het opstellen en bijwerken van dit kwaliteitshandboek
- opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid zoals bepaald in het handboek
- de naleving van de normen van het geriatrisch zorgprogramma
- de registratie van de geriatrische gegevens
- de continuïteit van de zorg, met name de doorstroming van patiëntgegevens intern en extern doorheen het gehele zorgproces
- de praktische organisatie van het multidisciplinair overleg en de verslaggeving ervan

4.3. Stuurgroep geriatrisch zorgprogramma

Voor de beleidsmatige evaluatie en bijsturing van het globale zorgprogramma geriatrie is er een multidisciplinaire stuurgroep samengesteld. De stuurgroep komt minstens 1 keer per jaar samen en heeft als opdracht de kwaliteit van zorg voor elke doelgroep binnen het programma te evalueren en zo nodig bij te sturen.

De stuurgroep bestaat uit volgende leden:

- Medisch directeur

- Beleidsadviseur
- Medisch coördinator zorgprogramma
- Verpleegkundig coördinator zorgprogramma
- Hoofdverpleegkundige geriatrie
- Verpleegkundig afdelingshoofd

5. ONDERDELEN ZORGPROGRAMMA

5.1. Verpleegeenheid acute geriatrie

Het UZA heeft één verpleegeenheid geriatrie met 24 erkende geriatrische bedden (kernletter G) gelegen op B1.

De verpleegeenheid is een gesloten afdeling, waar men aan de hand van een toegangscode de verpleegeenheid kan betreden. Deze afdeling is toegankelijk voor rolstoelen en beschikt over een zitkamer/dagzaal die dienst kan doen als eetkamer, verder een onderzoekslokaal tevens verbandkamer en tenslotte een gesprekslokaal. In elke patiëntenkamer is een sanitaire installatie voorzien met een inloopdouche. Bijkomend is de verpleegeenheid voorzien van een oproepsysteem in elke ruimte, centrale leidingen voor zuurstof en aspiratie, plafondliften, leuningen, handgrepen, rustmogelijkheden en een adequate verluchting.

De verpleegeenheid geriatrie is een acute geriatrie met als voornaamste doel om tijdens een korte opname (met een gemiddelde opnameduur van 10 dagen) een goede diagnosestelling, een adequate behandeling en een actieve revalidatie te bieden. Tijdens de opname wordt ernaar gestreefd de functionele toestand van de patiënt maximaal te verbeteren zodat terugkeer naar de vertrouwde omgeving mogelijk wordt. Het multidisciplinaire karakter van de zorg is een essentieel onderdeel van het behandelplan waarin de patiënt, mantelzorger, huisarts en thuiszorg nauw betrokken worden. De verpleegeenheid heeft een profielschets die de werking en afspraken van de eenheid weergeeft. Deze profielschets is ter beschikking via DocBase.

5.1.1. Opnamecriteria

Volgende patiënten worden opgenomen op de verpleegeenheid geriatrie:

- Een gekende patiënt binnen het zorgprogramma geriatrie
- Een spoedopname van een geriatrisch profiel na doorverwijzing van de huisarts
- Elke patiënt op spoedgevallen met een geriatrisch profiel zonder een andere acute chirurgische problematiek.

Onderstaande procedure beschrijft de samenwerkingsafspraken oa. met de dienst spoed en de dienst Intensieve Zorg over hoe een geriatrische patiënt op de acute geriatrische afdeling B1 terecht komt: ofwel vanuit Spoed, ofwel vanuit Intensieve Zorg (IZ), ofwel vanuit het beddenhuis.

A/ Vanuit Spoed

Bij een primair medisch probleem van een interne discipline bv neurologie, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, … contacteert de urgentiearts in eerste instantie deze discipline.

1. Verwezen patiënt naar de acute afdeling geriatrie door HA

Urgentiearts contacteert de Geriater

Tussen 8-18 uur: spoed DECT GERIATRIE : 2156

Tussen 18- 8 uur: urgentiearts belt indien nodig naar de wacht supervisor van geriatrie.

2/ Niet verwezen patiënt

2.A/ Urgentiearts/ ASO niet geriatrie discipline (in overleg met zijn supervisor) /ASO nachtdienst DECT 4047 beoordeelt of patiënt een geriatrische profiel heeft, dzw:

- Patiënt gemiddeld 75 jaar.
- Acute ziekte/achteruitgang bij een patiënt met polypathologie (meer dan 3 organen betrokken).
- Atypische klinische beelden niet toewijsbaar aan één uniek orgaanstelsel
- Polyfarmacie (5 of meer) en gestoorde farmacokinetiek
- Nood aan diagnostische oppuntstelling en behandeling van geriatrische syndromen : ondervoeding, mobiliteitsprobleem, recidiverend vallen, gevaar voor verlies zelfredzaamheid, functieverlies, incontinentie, plotse verwardheid, ….
- Diverse hospitalisaties in de laatste 3 maanden

2.B/ Uit te voeren door urgentiearts/ ASO niet geriatrie discipline (in overleg met zijn supervisor) / ASO nachtdienst DECT 4047 op spoed

- Bij een niet Nederlands machtige patiënt moet er een contactpersoon genoteerd worden (GSM nummer in verpleegkundig assessment VPA/ZIS) die 24 uur op 24 uur kan gecontacteerd worden.
- Bij aanwezig delier moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden over fixatiebeleid.
- DNR codes te bespreken met supervisor urgentiearts
- Afname MRSA en CPE wissers bij patiënten afkomstig van WZC/buitenland en transfers vanuit andere ziekenhuizen gebeurt op de afdeling geriatrie.

Tussen 8-18 uur: spoed belt naar DECT GERIATRIE : 2156

ASO ziet patiënt op spoed en overlegt met Prof Moorkens voor opname op de afdeling acute geriatrie B1.

Na 18 uur: urgentiearts belt indien nodig naar de wacht supervisor van geriatrie.

Pas als supervisor wacht geriatrie akkoord dan opname op de afdeling acute geriatrie.

Patiënten blijven na 22 uur op het nachthospitaal spoed indien de capaciteit dit toelaat.

B/ Vanuit IZ

Bij voorkeur tussen 8-18 uur weekdagen:

De Arts van INZO overlegt met Prof Moorkens voor opname op de afdeling acute geriatrie B1.

Prof Moorkens geeft akkoord. De verpleegeenheid wordt verwittigd door haar.

De verpleegkundige INZO neemt contact op met de verpleegeenheid acute geriatrie voor praktische regeling en opnameplanning.

Overname gebeurt best tijdens de vroege dienst op de afdeling geriatrie (slechts 1 verpleegkundige ‘s nachts).

Na 18 uur en in weekend:

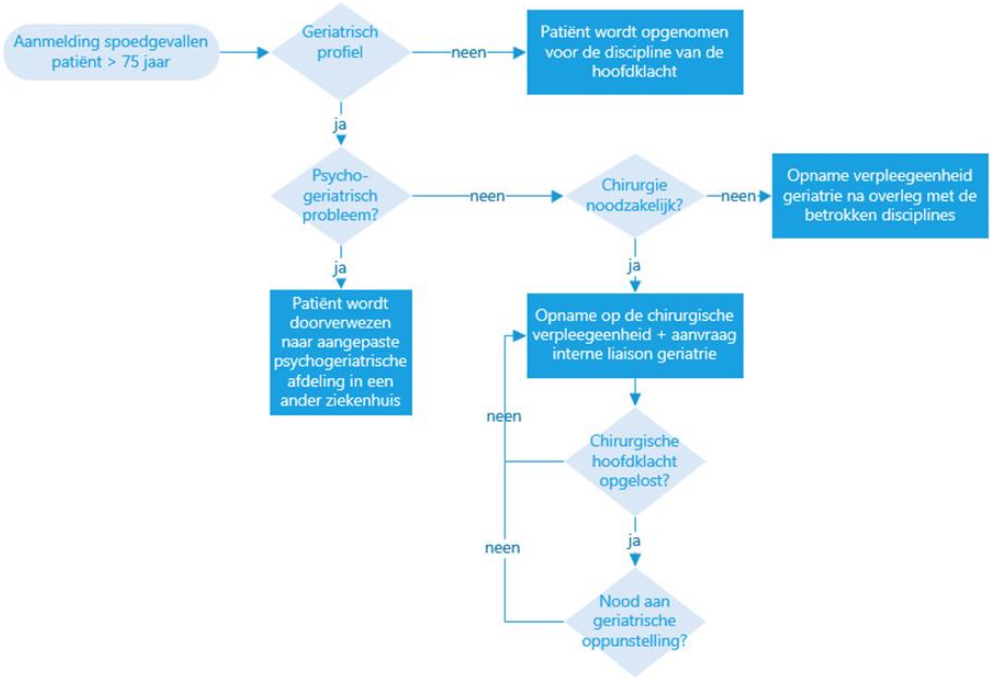
De Arts van INZO belt na overleg met zijn supervisie naar de wacht supervisor van geriatrie.

Pas als supervisor wacht geriatrie akkoord dan opname op de afdeling acute geriatrie.

C/ Vanuit beddenhuis

Bellen naar DECT ILG 4547.

De ILG verpleegkundige bespreekt de vraag tot overname met de verantwoordelijke geriater/internist van het ILG team en koppelt terug.naar de aanvrager. Dit gebeurt samen met de verantwoordelijke geriater/internist van het ILG team en het pluridisciplinaire team.



Mutaties van verpleegeenheden andere medische disciplines naar de verpleegeenheid acute geriatrie worden zoveel mogelijk beperkt. Voor een goede opvolging van patiënten met een geriatrisch profiel op andere verpleegeenheden wordt maximaal ingezet op de interne liaison geriatrie. Enkel na officiële toestemming van de geriater / internist kan een mutatie plaatsvinden.

5.1.2. Multidisciplinair zorgplan

Bij elke patiënt opgenomen in het UZA wordt een initieel assessment afgenomen binnen de 24 uur na opname (Algemene procedure: Assessment van patiënten). Voor elke opgenomen patiënt op de acute geriatrie wordt daarnaast een multidisciplinair zorgplan opgemaakt samen met het multidisciplinaire team betreft diagnose, behandeling en opstart revalidatie. Geriatrische revalidatie bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg, die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een zodanig herstel op niveau van activiteiten en participatie, dat bij voorkeur terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is. Tenminste dagelijks wordt een gestructureerd medisch reassessment uitgevoerd volgens het SOEP-principe (Subjectieve en Objectieve bevindingen, de Evaluatie van de patiënt en Plan van aanpak). Deze bevindingen worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. Bij ontslag van de patiënt worden de gegevens overgemaakt aan de behandelende huisarts aan de hand van een ontslagbrief met tevens de aanwezigheid van een multidisciplinair ontslagformulier. Hierin worden volgende elementen meegenomen: anamnese, diagnose, ziektegeschiedenis, resultaten van evaluaties of onderzoeken, conclusies en een voorstel van behandelplan en het multidisciplinair beleid met aanbevelingen voor de behandelende huisarts ter verdere begeleiding van de patiënt in zijn/haar thuissituatie. Er wordt gebruik gemaakt van een specifieke ontslagbrief voor geriatrie (C2M – Tab brieven – AIG – hosp. geriatrie).

5.1.3. Multidisciplinair overleg

Minstens elke week wordt een multidisciplinair overleg georganiseerd. 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 de behandelende huisarts en andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd niet kunnen deelnemen aan het overleg, wordt hen een verslag overgemaakt.

5.1.4. Ontslag

Het ontslag van de geriatrische patiënt wordt onmiddellijk van bij opname in het ziekenhuis voorbereid. Om dit te kunnen realiseren is er een nauwe samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding om alle noodzakelijke maatregelen te nemen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer. Er bestaat een uitstekende samenwerking met verscheidene afdelingen geriatrie voor vervolgopname indien nodig, waaronder in de eerste plaats de verschillende afdelingen van het ZNA St. Elisabeth, Hoge Beuken, AZ St. Jozef Mortsel, MONICA, KLINA, Rivierenland, Sint-Jozef Malle, Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel en Revarte.

5.2. Dagziekenhuis geriatrie

Het dagziekenhuis geriatrie heeft 8 plaatsen (3 zetels en 5 bedden waarvan 1 bed op een isolatiekamer) en is gelegen op -1 route 42. Het dagziekenhuis beschikt over verschillende onderzoekslokalen voor medische, verpleegkundige en andere zorgverleners, een verzorgingslokaal, een ontspanningsruimte/een eetkamer, een aparte oefenzaal en voldoende sanitaire installaties voor de patiënt. Verder zijn alle lokalen uitgerust met een doeltreffend oproepsysteem. In de gang zijn leuningen, handgrepen en verschillende rustmogelijkheden voorzien.

Het geriatrisch dagziekenhuis richt zich op niet-acute medisch-geriatrische problemen en heeft als doel te komen tot een geriatrische evaluatie en revalidatie op multidisciplinaire wijze. De multidisciplinaire geriatrische evaluatie gebeurt aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en wordt uitgevoerd door een geneesheer specialist, een verpleegkundige en nog minstens één andere zorgverlener vanuit het multidisciplinaire team.

Ter voorbereiding van het geriatrisch consult en/of opname in het geriatrisch dagziekenhuis wordt een specifieke vragenlijst naast de ‘Activities of Daily Living (ADL)’ en ‘Instrumental Activities of Daily Living (IADL)’ schaal, opgestuurd welke ingevuld dient te worden door de patiënt eventueel in samenspraak met mantelzorger, familie, huisarts of een andere zorgverlener. Indien de patiënt is opgenomen in een woonzorgcentrum wordt een recente medicatiefiche en een observatieverslag van de verpleging van het woonzorgcentrum opgevraagd van de laatste 14 dagen (zie bijlage: Instructies raadpleging en dagziekenhuis geriatrie)

5.2.1. Opnamecriteria

- Patiënten met een geriatrisch profiel na doorverwijzing van de huisarts
- Patiënten met een geriatrisch profiel na doorverwijzing van een geneesheer-specialist ter pluridisciplinaire evaluatie om zijn behandeling te sturen.
- Patiënten na een voorafgaande consultatie geriatrie in functie van de individuele nood van de geriatrische patiënt.

5.2.2. Zorgaanbod

Het dagziekenhuis geriatrie richt zich op diagnostiek, ambulante therapie en revalidatie.

- Diagnostiek:
    - Comprehensive geriatrisch assessment (multidisciplinaire geriatrische evaluatie naar fysiek, psychisch en sociaal functioneren aan de hand van aangepaste gevalideerde meetschalen)
    - Evaluatie van geriatrische syndromen (osteoporose, malnutritie, sarcopenie, polyfarmacie) bij de oudere fragiele patiënt

    - Preoperatieve evaluatie van de patiënt met een geriatrisch zorgprofiel (pre-TAVI, pre-orthopedische ingreep, pregynaecologische ingreep,…)
    - Oppuntstelling van de oncologische patiënt met een geriatrisch zorgprofiel
    - Diagnose van algemeen internistische problemen bij ouderen (anemie , ionenstoornissen, gastro-intestinale pathologie, pulmonaire klachten , hematologische aandoeningen,…)
    - Evaluatie van neurodegeneratieve aandoeningen en cognitieve dysfunctie bij fragiele oudere patiënten
    - Evaluatie van recidiverend vallen, gangstoornissen en vertigo.
- Revalidatie:
    - Fysieke revalidatie: evenwicht en preventie recidiverend vallen (individueel en in groep)
    - Cognitieve revalidatie
- Behandeling:
    - Intraveneuze therapie bv: ijzer toediening, anti-osteoporose therapie

    Bloedtransfusie

- Educatie:
    - aan patiënt en mantelzorgverstrekkers: hoe omgaan met geheugen en gedragsproblemen (individueel en in groep)

5.2.3. Organisatie van zorg

De verpleegkundige van deze eenheid zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Zij brengt de belangrijkste betrokkenen op de hoogte van de opnamedatum en de volgorde van het programma. De multidisciplinaire evaluatie wordt uitgevoerd op basis van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten. Deze bevindingen worden gedocumenteerd in het patiëntendossier door de desbetreffende disciplines. Op basis van een multidisciplinaire consultatiebrief worden de belangrijkste gegevens overgemaakt aan de verwijzende huisarts/geneesheer-specialist en/of andere zorgverleners. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van deze informatie. In deze consultatiebrief worden volgende elementen meegenomen: anamnese, diagnose, ziektegeschiedenis, resultaten van evaluaties of onderzoeken, conclusies en een voorstel van behandelplan of multidisciplinair beleid0. Er wordt gebruik gemaakt van een specifieke ontslagbrief en consultatiebrief voor geriatrie (C2M – Tab brieven – AIG – geriatrie).

De multidisciplinaire geriatrische revalidatie is beperkt tot maximum 40 sessies binnen een periode van 12 weken en kan 1x per jaar plaatsvinden. Deze revalidatie bestaat uit een individueel revalidatieplan, genoteerd in het patiëntendossier. Vooral de ergotherapeut, logopedist, kinesitherapeut en psycholoog zijn betrokken bij het revalidatieplan tijdens de revalidatie.

5.3. Consultatie geriatrie

Een geriatrische consultatie is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts en/of geneesheer-specialist, een geriatrisch advies te verstrekken en voor het uitvoeren van interventies die geen multidisciplinaire aanpak vereisen. De huisarts kan de patiënten rechtstreeks verwijzen indien hij een ouderdomsziekte vermoed of een geriatrisch syndroom. Ook ter voorbereiding van een opname en/of na een opname in het UZA al dan niet gezien geweest door het interne liaison team geriatrie, kan een geriatrische consultatie plaatsvinden. Deze consultaties vinden plaats in het geriatrisch dagziekenhuis.

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

Ter voorbereiding van het geriatrisch consult en/of opname in het geriatrisch dagziekenhuis wordt een specifieke vragenlijst naast de 'Activities of Daily Living (ADL)' en 'Instrumental Activities of Daily Living (IADL)' schaal, opgestuurd welke ingevuld dient te worden door de patiënt eventueel in samenspraak met mantelzorger, familie, huisarts of een andere zorgverlener. Indien de patiënt is opgenomen in een woonzorgcentrum wordt een recente medicatiefiche en een observatieverslag van de verpleging van het woonzorgcentrum opgevraagd van de laatste 14 dagen (zie bijlage: Instructies raadpleging en dagziekenhuis geriatrie)

In het kader van de continuïteit van zorg worden de bevindingen genoteerd in het patiëntendossier en schriftelijk overgemaakt aan de betrokken doorverwijzer/ zorgverlener. De patiënt wordt geïnformeerd van de overmaking van deze informatie.

5.4. Interne liaison

De interne liaisonfunctie zorgt voor een complementaire, geriatrische benadering aan elke gehospitaliseerde geriatrische patiënt die op een niet- geriatrische dienst verblijft. De leden van het interne liaisonteam vervullen een tweedelijnsfunctie door advies te verlenen in functie van hun competentiedomein, de geriatrische principes en de geriatrische deskundigheid. Op deze manier is het mogelijk een meer gerichte en multidisciplinaire zorg te verlenen aan geriatrische patiënten elders dan op de acute afdeling geriatrie.

5.4.1. Ziekenhuisbrede screening

Voor elke gehospitaliseerde patiënt wordt een initieel verpleegkundig assessment afgenomen binnen de 24 uur (Beleid: Assessment van patiënten).

Op basis van volgende screeningsinstrumenten wordt de fragiliteit van de patiënt nagegaan (Algemene procedure: Assessment – bijzondere populaties).

- Voeding: Nutrition Risk Scale 2002. Bij een positieve screening wordt een bijkomend assessment uitgevoerd door de diëtist. Zo nodig wordt een nutritioneel behandelplan opgesteld in samenspraak met de behandelend arts. (Algemene procedure: voedingsscreening gehospitaliseerde patiënten)
- Valrisico: St. Thomas's Risk Assessment Tool in falling elderly inpatients (STRATIFY) voor patiënten opgenomen langer dan 1 nacht. Bij een positieve screening worden de nodige maatregelen ondernomen ter preventie van valincidenten (Algemene procedure: valpreventie).
- Skinassessment
- Risicoscreening bij ontslag: Voorlopige Indicator voor Plaatsing (VIP). Bij een positieve screening wordt contact opgenomen met de dienst patiënten begeleiding voor verdere opvolging (Algemene procedure: risicoscreening bij ontslagproblemen; opvolging risicoscreening bij ontslagproblemen).

Bij alle gehospitaliseerde patiënten ouder dan 75 jaar met een VIP-score van 2 of hoger wordt een bijkomend assessment uitgevoerd door de Interne Liaison Geriatrie (ILG). Indien na een positieve screening geen beroep wordt gedaan op de ILG wordt de reden hiervan genoteerd in het patiëntendossier.

5.4.2. Inclusiecriteria

In functie van volgende criteria worden patiënten opgevolgd door de Interne Liaison Geriatrie (ILG):

- Na een positieve screening vanuit het initieel verpleegkundig assessment
- Op vraag van de zaalarts of urgentiearts
- Op vraag van de behandelende huisarts na een aanmelding op spoedgevallen
- Op vraag van de familie in overleg met de zaalarts
- Op vraag van het verpleegkundig team in overleg met de zaalarts in het kader van een gepland multidisciplinair overleg
- Op vraag van de dienst patiënten begeleiding in overleg met de zaalarts in het kader van een gepland multidisciplinair overleg

Een consult interne liaison geriatrie kan maximaal 2 keer per hospitalisatieperiode worden getarificeerd/aangerekend, maar kan wel meerdere malen worden aangevraagd en uitgevoerd (Zie bijlage: Aanvraagformulier Interne Liaison Geriatrie)

5.4.3. Werking ILG

1. Assessment

Wanneer een patiënt opgevolgd dient te worden door de ILG wordt in eerste fase een geriatrisch assessment uitgevoerd aan de hand van 'Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)' (zie 3.4) door de arts en de geriatrische verpleegkundige. Samen met de patiënt wordt getracht via een gesprek en een klinisch onderzoek, de risicofactoren en leeftijdsgebonden problemen in kaart te brengen. Ook mantelzorgers en familieleden worden, indien nodig, betrokken om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de patiënt. Op basis van het geriatrisch assessment worden zo nodig andere leden van het multidisciplinaire team betrokken (vb kinesist, diëtist, logopedist, neuropsychologe,..) om in functie van de specifieke noden een diepgaand assessment uit te voeren.

2. Adviesverlening

Op basis van de eerder uitgevoerde assessments wordt een advies opgesteld en gedocumenteerd in het patiëntendossier door het multidisciplinair team ILG. De aanvragende arts kan dit advies onmiddellijk raadplegen indien gewenst. Op basis van het advies kan de arts het zorgplan van de patiënt aanpassen of bijsturen en mee opnemen in de ontslagbrief van de patiënt.

3. Multidisciplinair overleg

Twee keer per week worden tijdens het multidisciplinaire overleg de eerder geformuleerde adviezen en aanbevelingen besproken voor alle patiënten die op het moment van het overleg nog gehospitaliseerd zijn. Alle vaste leden van het ILG team zijn hierbij aanwezig, waarbij andere zorgverleners worden uitgenodigd. De bevindingen worden gedocumenteerd in het patiëntendossier en worden overgemaakt aan de huisarts.

5.5. Externe liaison

De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt die wordt gerealiseerd door de pluridisciplinaire teams van de dienst geriatrie, het geriatrische dagziekenhuis, de geriatrische interne liaison en de geriatrische consultatie van bij de opname tot het ontslag van de patiënt. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding van het ziekenhuis.
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 van de woonzorgcentra 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.

5.5.1. Ontslagmanagement

Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma neemt, in maximale samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding, alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis of de laatste woongelegenheid, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen en voorkomt zo heropnames en/of een opname in een woonzorgcentrum. Het werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen (zie bijlagen: Service Level Agreement) 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 mantelzorger;
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.

Het team werkt hiervoor nauw samen met de patiënt, de mantelzorger, interne zorgverstrekkers, de huisarts en externe eenheden met respect voor de geldende afspraken met betrekking tot het ontslag van de geriatrische patiënt. De stem van de patiënt is de belangrijkste stem in het ontslagmanagement. De transfercoördinator heeft hierbij een brugfunctie tussen het ziekenhuis en de thuiszorg en profileert zich als coördinator van het ontslag en belangenbehartiger ten aanzien van patiënt en mantelzorger.
De externe liaison bevordert zodoende de continuïteit van de zorgverlening zowel intramuraal door interdisciplinaire samenwerkingsprocessen als extramuraal door een goede samenwerking met de eerstelijnszorg.

5.5.2. Transmurale samenwerking

De externe liaison stelt de geriatrische principes en kennis ter beschikking van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts van de WZC en de zorgverstrekkers van de geriatrische patiënten (zie bijlage: Samenwerkingsovereenkomst tussen woonzorgcentrum en UZA)

Hiervoor heeft het zorgprogramma geriatrie van het UZA een formele samenwerking met :

De huisarts

Leden van het pluridisciplinair team kunnen de huisarts contacteren voor advies en vragen over de sociale situatie van de patiënt. De sociaal werker zorgt ervoor dat de huisarts het sociaal verslag ontvangt van zijn patiënt. Dit gebeurt steeds in samenspraak met het pluridisciplinair team.

De huisartsenkringen

Vanuit het ziekenhuis wordt er samengewerkt met de huisartsenkringen. Doel van deze samenwerking is kennismaking en kennisdeling.

Thuiszorgvoorzieningen

Op case-niveau is er een vast wekelijks overleg tussen de continuïteitsverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis (WGK) en de liaisonverpleegkundige geriatrie UZA. Het Wit-Gele Kruis beoogt met dit overleg voor hun huidige patiënten de nodige zorg na de opname voor te bereiden zodat continuïteit van zorg zoveel mogelijk gewaarborgd blijft. Opvolging ontslagplanning en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners in het UZA en de continuïteitsverpleegkundige WGK is hierbij een meerwaarde. Vanuit het UZA worden ook patiënten die na ontslag thuisverpleging nodig hebben en zorgverlening vanuit het WGK wensen, voorgesteld zodat deze nog tijdens de opname een bezoek kunnen ontvangen van de continuïteitsverpleegkundige van het WGK om zo het ontslag naar huis goed voor te bereiden zodat continuïteit van zorg gerealiseerd wordt.
De continuïteitsverpleegkundige van het WGK stuurt telkens voorafgaand aan het overleg een lijst met hun opgenomen patiënten in het UZA ter voorbereiding van het overleg. De verpleegkundige liaison geriatrie actualiseert de lijst met effectieve opnames en vermelding kamernummer. Finaal worden de gegevens van de ontslagplanning toegevoegd. De liaison verpleegkundige geriatrie voegt verder nieuwe patiënten toe die een aanvraag hebben voor zorg vanuit het WGK.
Tijdens het overleg wordt de lijst besproken eveneens als de ontslagplanning en indien van toepassing wordt de diagnose en specifieke zorgnoden besproken.
Na het overleg bezoekt de verpleegkundige van WGK de besproken patiënten op de kamer, voorzover de patiënt niet op INZO gehospitaliseerd is. De WGK-verpleegkundige spreekt de verpleegkundige op de afdelingen aan voor informatie-uitwisseling over de specifieke verzorging van hun patiënten.
Bij dringender behoefte dan het wekelijks overleg, is er mailverkeer of telefonisch contact tussen de verpleegkundige van het WGK en de liaison verpleegkundige geriatrie van het UZA. De verpleegkundige liaison geriatrie schrijft een korte nota over het overleg in het dossier van de patiënt, in de rubriek Patiëntenbegeleiding bij Ontslagplanning.

Mutualiteiten

Er bestaat vanuit de dienst Patiëntenbegeleiding een structureel zorgoverleg met twee mutualiteiten: CM en De Voorzorg. Dit overleg oriënteert zich op de sociale zorgnood eerder dan de paramedische zorgen. De verpleegkundige liaison geriatrie neemt hieraan deel met het oog op de geriatrische patiënten die gekend zijn via liaison geriatrie.
Op vraag van andere mutualiteiten wordt er evenzeer een zorgoverleg georganiseerd.

WZC / Centra voor dagverzorging

1x /jaar wordt een gemeenschappelijk overleg georganiseerd met de woonzorgcentra waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsverband heeft.
Verschillende vertegenwoordigers van het ziekenhuis kunnen deelnemen aan dit overleg zoals verpleegkundig directeur, directeur medisch departement, verpleegkundig verantwoordelijke zorgprogramma geriatrie, geriater, hoofdverpleegkundige, transfermanager (sociaal werker), enz.
Deze bijeenkomst heeft als doel om informatie uit te wisselen (oa. door bijscholingen te organiseren), de patiëntenzorg en de zorgcontinuïteit te verbeteren en een constructieve samenwerkingsrelatie op te bouwen. Bijzondere aandacht gaat uit naar kennisoverdracht tussen het ziekenhuis en de WZC.
Een functioneel samenwerkingsverband tussen het UZA en de WZC's is opgesteld.

- In overleg met CRA en behandelende huisarts verleent een geriater advies of verricht uitzonderlijk consultatie in een lokaal WZC.
- CRA – overlegvergadering met gezamenlijke bijscholingsmomenten. De CRA's van de regio organiseren een platform waaraan de geriaters van het UZA op uitnodiging participeren. De geriaters formuleren regelmatig voorstellen voor onderwerpen waarover samen gereflecteerd wordt.

5.5.3. Macroniveau

Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma, in maximale samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding 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 samenwerkingsynergiën 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.

Knelpunten rond de zorg van de geriatrische patiënt worden geformuleerd vanuit de verschillende actoren en dit door participatie aan overlegorganen waar een signaalfunctie kan gebeuren naar het federale of regionale zorgbeleid. De geriater is lid van de meeste representatieve organisaties en draagt actief bij aan de besluitvorming. De verpleegkundig coördinator van het zorgprogramma geriatrie en de hoofdverpleegkundige nemen actief deel aan initiatieven van de eigen beroepsorganisaties en specifieke initiatieven rond zorg voor ouderlingen.

6. KWALITEITSBEWAKING

6.1.1. Competentiebeleid

Voorafgaand aan indiensttreding worden de kwalificaties van medische en niet medische personeelsleden opgevraagd aan de hand van bronverificatie. Nadien is er een jaarlijkse evaluatie van de personeelsleden.

- Beheren en verifiëren van kwalificaties van medisch personeel
- Evaluatie medisch personeel
- Evaluaties niet-medisch personeel

Tijdens de evaluatiegesprekken worden bijkomende opleidingsbehoeften in kaart gebracht, zodat individueel kan worden bijgestuurd in functie van de behaalde competenties.

In het algemeen opleidingsbeleid van het UZA wordt de opleiding van medewerkers en de continue vervolmaking van medewerkers beschreven, zodat men voortdurend beroep kan doen op deskundig en gekwalificeerd personeel. Specifiek voor het zorgprogramma geriatrie worden bijkomende vormingen omtrent de geriatrische patiënt aangemoedigd.

6.1.2. Continuïteit van zorg

In het UZA is er éénzelfde verpleegteam voorzien voor zowel de verpleegeenheid als de daghospitalisatie geriatrie. Hierdoor wordt maximaal ingezet op de continuïteit van zorg tijdens een daghospitalisatie geriatrie,

wanneer bijkomende diagnostische of therapeutische interventies uitgevoerd dienen te worden na een acute opname geriatrie of omgekeerd. Voor de patiënten versterkt dit het gevoel van veiligheid, vertrouwen, geborgenheid en genegenheid in de zorg.

6.1.3. Indicatoren

Ziekenhuisbrede indicatoren toegepast binnen het zorgprogramma geriatrie

- CAUTI
- CAUTI cathetergebruik
- CLABSI
- CLABSI cathetergebruik
- Decubitus
- Valincidenten
- Handhygiëne
- Ongeplande heropnames
- Patiënten tevredenheid

Indicatoren in ontwikkeling

- Fysieke fixatie: aantal gefixeerde patiëntdagen per 1.000 patiëntdagen
- Delirium: aantal uitgevoerde delirium risicoscreenings binnen 24u na opname
- Percentage uitgestuurde aanvragen ‘interne liaison geriatrie’ bij een positieve VIP score per afdeling
- Uitgevoerd consult interne liaison geriatrie bij een positieve VIP score in het Verpleegkundig Assessment (VPA) bij een opname langer dan 72u.

In het jaarplan werden de indicatoren in ontwikkeling opgenomen om verder uit te werken en te implementeren.

Bijhorende documenten

- Algemene procedure: Valpreventie
- Beleid: Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Procedure: Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Procedure: Assessment - bijzondere populaties
- Procedure: Voedingsscreening: gehospitaliseerde patiënten
- Procedure: Preventie van drukletsels (Decubitus)
- Procedure: Delirium richtlijn
- Procedure: Richtlijn medicatie bij acute agitatie (niet-delirium)
- Procedure: Vermissing van gehospitaliseerde patiënt
- Procedure: Opvolging risicoscreening ontslagproblemen
- Procedure: Assessment van patiënten - patiëntenbegeleiding
- Huishoudelijk Reglement Ombudsdienst

Standing orders Geriatrie

Zie procedure: “Overzicht standing orders bij de geriatrische patiënt”

7. BIJLAGE

7.1. Lijst van teamleden

1	De verantwoordelijke arts van het zorgprogramma geriatrie	Dr. Veerle Mertens
2	De verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie	Linde Declerck
3	Hoofdverpleegkundige verpleegeenheid geriatrie	Charisse Peeters
	Verpleegkundig afdelingshoofd	Magda Geraerts
4	Verpleegkundigen, al dan niet met een bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie	Te raadplegen op UZA connect
5	Zorgkundigen	Te raadplegen op UZA connect
6	Medewerker patiëntenbegeleiding	Julie Versteeg Patricia Vranckx
7	Kinesitherapeut	Anke Van Espen
8	Ergotherapeut	An Vaganée
9	Logopedist	Cindy Guns
10	Diëtist	Anouk Waanders
11	(neuro)psycholoog	Yanaika Schauvaerts Ellen Decatte

7.2. Meet- en screeningsinstrumenten geriatrie

Assessmentdomein	**Meet- of screeningsinstrument**
Zelfredzaamheid	KATZ-schaal
	iADL volgens Lawton/ BADL
	Clinical frailty scale
Cognitie	MMSE: Mini-Mental State Examination
	Mini-MMSE
	MoCA: Montreal Cognitive Assessment
	Clock drawing test: kloktekentest
	FAB: Frontal Assessment Battery
	NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
	IQ-code: Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly
	Middelheim frontality scale
	MIS: Memory Impairment Screen
	GDS: Global deterioration Scale
Emotioneel welbevinden	GDS 4, GDS 15, GDS 30: Geriatric Depression Scale
	GDS volgens Reisberg: Global Detoriation Scale
	MADRS: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
	Cornell Scale for depression
	Vragenlijst rouw
	Gecompliceerde rouw
Valrisico/mobiliteit	Valassessment UZA
	Timed up and go test
	Tinetti test
	FES-I: Falls Efficacy Scale International
	FES-I short
	Functional Reach
	Four test Balance Scale
	FAC: Functional Ambulation Category
Ondervoeding	MNA-sf: Mini Nutritional Assessment – short form
Delier	DOS: Delirium Observatie Screening
Draagkracht mantelzorger	CSI: Caregivers strain index
	The Zarit Burden interview
Pijn	REPOS: Rotterdam Elderly Pain Observation Scale
Handknijpkracht	Martin Vigorimeter
Decubitus	Decubitus assessment VPA
Overig	CGI-C: Clinical Global Impression of Change

7.3. Comprehensive Geriatric Assessment’

Liaison Geriatrie Dr Mertens Veerle: Medisch advies -
#[geriatrie type consult]# - #||# - Gevalideerd/niet gevalideerd

Advies aanvraag:

DNR code:

Allergie:

Klinische inlichtingen en diagnose:

Medische voorgeschiedenis:

Verpleegkundige info:

Anamnese patiënt:

Algemeen:

- Card:
RS pijn hartkloppingen orthopnee oedemen geen klachten

- Pulm:
dyspnoe rust / kleine inspanningen / grote inspanningen
hoesten fluimen gebruik puffers geen klachten

- GI:
nausea braken buikpijn melena anaal bloedverlies geen klachten

- Uro:
dysurie poliakisurie hematurie nycturie geen klachten

- Neuro:
neurologisch event: niet aanwezig / aanwezig
duizeligheid: niet aanwezig / aanwezig

Hetero-anamnese:

Klinisch onderzoek:

Observatie	Huid: #|# Slijmvliezen: #|#		
BP	#|#	mm Hg	
Pols	#|#	bpm	Hartritme: RR OR
Temp.	#|#	°C	
Gewicht	#|#	Kg (bij opname	
Saturatie	#|#	%	Zonder zuurstof / Met #|# L zuurstof
CVD	#|#		
Cor	#|#		
Longauscultatie	#|#		
Abdomen	#|#		
Oedemen	#|#		
Neurologisch	#|#		

Bijkomende zorgen:

Decubitus:

Geriatrisch assessment:

- Functionele status: clinical frailty scale:
- Transfers, hulpmiddelen:
- Vallrisico:
- Gehoor:
- Visus:
- Tanden:
- Cognitieve status mini-MMSE / MOCA / FAB:
- Scholing:
- Beroep:
- Hobby:
- Emotionele toestand GDS4 /4:
- Deliri: DOS score:
- Nutritie:
- Slikken:
- Pijn:
- Incontinentie:
- Polyfarmacie:
- Roken:
- Alcohol:
- Abusus:
- Autorijden:
- Fiets rijden:
- Familiale situatie:
- Woonsituatie:
- Zelfstandig handelen in de thuissituatie:
- Mantelzorg:
- Draagkracht mantelzorg:
- Professionele hulp:
- Uitbreiding professionele hulp:
- VIP-score:
- KATZ-score:
- KATZ-profiel:
- Zorgplanning: DNR code/wilsbeschikking:

Besluit geriatrisch assessment:

- Algemene indruk en korte beschrijving van de patiënt:
- Communicatie:
- Houding:
- Inzicht in ziekte/diagnose en evolutie:
- Planning:
- Clinical Frailty Scale:
- Functioneel / voor opname en heden:
- Revalidatiepotentieel / zorgproblematiek:
- Cognitief:
- Psychisch:

Voorstel / advies:

- Verpleegkundig:
- Kine:
- Ergo:
- Diëtiek:
- Logo:
- Dienst patiëntenbegeleiding:
- Ontslagplanning:
- Aanvullend geriatrisch assessment:
- Nood aan geriatrische opvolging:
- Aanpassing medicatie:
- Voorgestelde onderzoeken:
- Aanbevelingen ten behoeve van de huisarts:

7.4. Contactgegevens

	Locatie	Telefoonnummer	Emailadres
Verpleegeenheid geriatrie – v23	B1 – Route 75	03/821.21.30	geriatrie@uza.be
Dagziekenhuis geriatrie	Route 42	03/821.57.41	g-dag@uza.be
Interne Liaison geriatrie	Route 42	03/821.45.47	geriatrischeliaison@uza.be

7.5. Instructies raadpleging en dagziekenhuis geriatrie

Geachte mevrouw/mijnheer/familie

Welkom op het Geriatrisch dagziekenhuis en de raadpleging Geriatrie-Algemene Inwendige Geneeskunde van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen te Edegem.
Om uw bezoek op ons dagziekenhuis en de raadpleging vlot te laten verlopen, graag volgende richtlijnen:

1. Wij verwachten u **30 min vroeger** dan het opgegeven afspraakmoment: de tijd dewelke u nodig heeft om u in te schrijven aan de centrale inschrijvingsbalie in de inkomhal van ons ziekenhuis en de tijd nodig om u te begeven naar route 42 Geriatrische dagziekenhuis (verdiep -1, de liften hiervoor bevinden zich links in de hal achter de onthaalbalie).
U neemt een ticket aan de infokiosk en u neemt plaats in de wachtzaal. Wacht aldaar tot uw nummer op het scherm verschijnt en meldt u aan bij de inschrijfbalie. Als u wordt ingeschreven voor het Geriatrisch dagziekenhuis zal u een identificatiearmbandje worden aangedaan.

- Gelieve steeds uw identiteitskaart mee te brengen (het originele exemplaar, geen kopie) om u in te schrijven. Indien dit origineel exemplaar niet aanwezig is, kan er geen voorafgaande tussenkomst van de mutualiteit (derdebetalersregeling) aangerekend worden bij het maken van uw tussenkomstfactuur (zie nieuw KB…..)
- Hou rekening met de lange afstanden in ons ziekenhuis. Voorzie u van uw eigen **rollator/rolstoel, indien nodig kan er in de inkomhal een rolwagen ontleend worden (hiervoor dient u een 2 euro stuk ter beschikking te hebben. U krijgt uw 2 euro stuk terug wanneer u de rolstoel terugbrengt. Breng de rolstoel zo snel mogelijk terug dan kunnen anderen er ook gebruik van maken.**
- Laat u begeleiden door een **familielid of vertrouwenspersoon.**
- Breng steeds **uw telefoonnummer** mee en een **telefoonnummer van een familielid of vertrouwenspersoon, woonzorgcentrum of thuisverpleegkundige**.
- Indien u een **bril en/of hoorapparaat, rollator/rolstoel en/of wandelstok** gebruikt, gelieve dit a.u.b. mee te brengen.
- Gelieve u te voorzien van **gemakkelijk zittende kleding** voor het klinisch onderzoek.
- Geen waardevolle voorwerpen meebrengen.

2. Belangrijke formulieren mee te brengen naar het Geriatrische dagziekenhuis/raadpleging Geriatrie:

- Een **verwijsbrief** van de huisarts of specialist of recente hospitalisatieverslagen.
- Een recente **medicatielijst** of de verpakkingen van medicatie die nu worden ingenomen.
- De **thuiszorgkaft** van de thuisverpleging indien van toepassing.
- Graag op voorhand **de u opgestuurde vragenlijsten** en de **IADL/ ADL schalen** met uw familie of thuisverpleging of huisarts invullen.

Voor patiënten die wonen in een woonzorgcentrum (WZC):

- Een **observatieverslag** van de verpleging van het WZC, waar u verblijft, van de laatste 14 dagen met de recentste medicatiefiche (te bevragen aan uw verantwoordelijke verpleegkundige in het WZC, de dag dat u naar de raadpleging komt).

Indien u niet gekend bent in ons ziekenhuis gelieve dan één week, voorafgaand aan uw consult, uw medische dossier met relevante gegevens (o.a. rijksregisternummer) te bezorgen aan het secretariaat Algemene inwendige, Infectieziekten en Tropische geneeskunde (route 120, eerste verdiep).

3. Bij aankomst op het Geriatrisch dagziekenhuis/raadpleging Geriatrie zal de geriatrische verpleegkundige u verwelkomen nadat u hebt plaats genomen in de ontspanningsruimte waarna de verpleegkundige u kort zal schetsen hoe de dagopname op ons Geriatrisch dagziekenhuis/ raadpleging Geriatrie zal verlopen. Hierna zal de geriatrische verpleegkundige uw bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht , … nemen en zal er een verkennend kennismakingsgesprek/intake plaatsvinden.

- voor een dagopname Geriatrie moet u ongeveer 5 à 6 uur voorzien in uw tijdsplanning; een broodmaaltijd voor de patiënt wordt voorzien, niet voor de begeleidende persoon.

- voor een raadpleging Geriatrie moet u ongeveer 2 à 3 uur voorzien in uw tijdsplanning.

Opmerking

Indien u onverwacht niet in de mogelijkheid bent om uw raadpleging na te komen, gelieve 24 uur op voorhand te verwittigen, zo niet rekent het UZA een annulatievergoeding aan van 20€.
Indien u onverwacht niet in de mogelijkheid bent om uw afspraak voor daghospitalisatie na te komen, gelieve 24 uur op voorhand te verwittigen, zo niet dan rekent het UZA een annulatievergoeding aan van 50€.

Met vriendelijke groeten

Dr. V. Mertens
Medische coördinator zorgprogramma Geriatrie

Mevrouw Linde Declerck
Verpleegkundig coördinator zorgprogramma Geriatrie-Unitverantwoordelijke geriatrisch dagziekenhuis en interne liaison team geriatrie

7.6. Aanvraagformulier Interne Liaison Geriatrie

BADGE PATIENT	**UZA** Dienst Algemene Inwendige, Infectieziekten en Tropische Geneeskunde (route 120) Kliniekhoofd Geriatrie Dr. Veerle Mertens (5548) Secretariaat Algemene Inwendige AIG (3963) Buizenpost 117

Aanvraagformulier Interne Liaison Consult Geriatrie

Datum:

Aanvragende dienst:

Dect zaalarts voor mondeling overleg:

Op vraag zaalarts ☐ **Familie** ☐ **Huisarts** ☐

- Zeer Dringend ☐ **Gelieve te telefoneren naar Dr. Mertens 5548 of naar liaison geriatrie verpleegkundige An Jansens 4547 of naar secretariaat Algemene Inwendige 3963**

- Dringend ☐ (consult wordt binnen 3 dagen afgewerkt)
Gelieve ook te telefoneren naar Dr. V. Mertens 5548 of naar de liaison geriatrie verpleegkundige Ann Janssens 4547 of naar secretariaat AIG 3963 of een mail sturen naar het secretariaat (algemeneinwendige@uza.be) **+** aanvraag persoonlijk af te geven op secretariaat Algemene Inwendige

- Niet – dringend ☐ (consult wordt binnen 5 dagen afgewerkt)

Hospitalisatie

- ☐ Algemeen geriatrisch assessment
- ☐ Assessment pre-woonzorgcentrum/serviceflat
- ☐ Cognitief assessment: - met heteroanamnese familie
  - zonder heteroanamnese familie
- ☐ Evaluatie thuissituatie: - met heteroanamnese familie
  - zonder heteroanamnese familie
- ☐ Geriatrische ontslagplanning
- ☐ Inschatting geriatrische revalidatie potentieel
- ☐ Oppuntstelling recidiverend vallen
- ☐ Multidisciplinair medicatie review bij de geriatrische patiënt met polyfarmacie (in samenwerking met apotheek)
- ☐ Andere:……

Ambulant

- ☐ Posthospitalisatie controle geriatrische opvolging
- ☐ Pré-tavi raadpleging
- ☐ Préoperatieve raadpleging

STEMPEL VOORSCHRIJVER

7.7. Service Level Agreement Geriatrie

Betrokken partijen
Dit Service Level Agreement (verder kortweg 'SLA') heeft tot doel de wederzijdse engagementen tussen enerzijds de Dienst Geriatrie en anderzijds de Dienst <naam> vast te leggen.
Uitgangspunten
Met deze SLA worden engagementen afgesproken om de interacties tussen beide partners zo optimaal mogelijk te laten verlopen om uiteindelijk de kwaliteit van dienstverlening aan de geriatrische patiënt te waarborgen en te verbeteren. De gemaakte afspraken worden geëvalueerd en zo nodig aangepast. Dit SLA tracht o.a. antwoorden te bieden op de onderstaande vragen: • Welke diensten verlenen wij? • Wat is de beschikbaarheid van deze diensten? • Hoe verloopt de samenwerking? • Welke criteria zijn van toepassing op deze diensten? • Wat zijn de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen? • Welke financiële afspraken voeren we uit? • Hoe worden eventuele conflicten opgelost?
Looptijd
Dit SLA wordt afgesloten voor onbepaalde tijd. Het zal indien nodig op verzoek van een van de betrokken partijen aangepast aan de nieuwe situatie en herzien worden.

Versienummer	Datum	Wijzigingen
1.0	dd/mm/2020	Geen, eerste versie.

Voor de dienst <naam> <naam>, Diensthoofd	Voor de dienst geriatrie Dr. Veerle Mertens, Medisch coördinator

Tussen de dienst geriatrie en de dienst <naam> wordt overeengekomen wat volgt:

1/ Samenwerking

- De <(paramedisch) medewerker> maakt deel uit van het multidisciplinair team van het zorgprogramma geriatrie en van het team van de dienst diëtiek.
- De <(paramedisch) medewerker> screent elke patiënt bij opname op de afdeling acute geriatrie en screent laagdrempelig als andere leden van het team dit adviseren op de afdeling acute geriatrie en in het geriatrisch dagziekenhuis.
- De <(paramedisch) medewerker> oefent de volgende opdrachten uit: .. De <(paramedisch) medewerker> houdt hierbij rekening met de pathologie, de individuele behoeften en de voorkeuren van de geriatrische patiënt, eventueel in samenspraak met zijn vertegenwoordiger, mantelzorger en/of familieleden.
- De doelen van de begeleiding/behandeling zijn bepaald in samenspraak met de patiënt, diens vertegenwoordiger en/of zijn mantelzorger, familie, de zaalarts, de internist/geriater, de geneesheer-medische coördinator zorgprogramma geriatrie en het diensthoofd diëtiek. Hiervan maakt de <(paramedisch) medewerker> een verslag na voorafgaand mondeling overleg met de verantwoordelijken van het multidisciplinaire team.
- De <(paramedisch) medewerker> zorgt voor educatie van patiënten, diens vertegenwoordiger, mantelzorgers, familie en andere leden van het multidisciplinair team rond specifieke thematieken voor ouderen binnen zijn domein. De <(paramedisch) medewerker> organiseert eventueel groepssessies rond specifieke thema's voor de geriatrische patiënten op het geriatrisch dagziekenhuis of op de acute verpleegafdeling geriatrie.
- De <(paramedisch) medewerker> voert de opdrachten uit tussen maandag en vrijdag, niet in het weekend of op feestdagen / 7 dagen op 7. De <(paramedisch) medewerker> voorziet flowcharts op de dienst geriatrie ter ondersteuning van het verpleegkundig personeel op het moment dat de <(paramedisch) medewerker> niet aanwezig is. De <(paramedisch) medewerker> voorziet de nodige kanalen waarlangs patiënt, diens vertegenwoordiger, mantelzorger, familieleden hun mededelingen kunnen doorgeven in afwezigheid van de <(paramedisch) medewerker>.
- De <(paramedisch) medewerker> neemt deel aan het multidisciplinair overleg (MDO) van de verpleegeenheid geriatrie, het geriatrisch dagziekenhuis en eventueel indien noodzakelijk aan het MDO van de ILG (interne liaision geriatrie) activiteit.
- De <(paramedisch) medewerker> is zeer laagdrempelig beschikbaar voor alle leden van het multidisciplinaire team van het zorgprogramma geriatrie voor allerlei vragen rond onderwerpen in het domein van zijn discipline.
- De <(paramedisch) medewerker> werkt evidence-based en werkt mee aan wetenschappelijk onderzoek binnen de zorgzone geriatrie.
- De <(paramedisch) medewerker> werkt samen met de andere leden van het multidisciplinair team.
- De activiteiten van de <(paramedisch) medewerker> vinden plaats op de verpleegafdeling geriatrie, of op het geriatrisch dagziekenhuis, of in het kader van de aanwezige interne liaison activiteit geriatrie op de verpleegafdeling waar de patiënt verblijft indien de verantwoordelijke <(paramedisch) medewerker> van die afdeling niet ter beschikking is.
- De <(paramedisch) medewerker> zorgt voor duidelijke en tijdige mondelinge en schriftelijke verslaggeving van alle patiëntencontacten.
- De <(paramedisch) medewerker> verwijst patiënten gericht door voor verderzetting van de begeleiding/behandeling in de thuissituatie of in de residentiële setting en neemt hiervoor desgewenst contact op met de verantwoordelijke hiervoor van de patiënt in deze setting.
- De <(paramedisch) medewerker> begeleidt de studenten van de eigen discipline en laat ook studenten van andere disciplines (bv. geneeskunde, verpleegkunde, enz.) kennismaken met de rol van de <(paramedisch) medewerker> in het multidisciplinair geriatrisch team.
- De <(paramedisch) medewerker> beschikt over een bachelor/master. Postgraduaat opleidingen vormen een meerwaarde. Bijkomende opleidingen rond specifieke thematieken in de zorg voor ouderen zijn een meerwaarde. De <(paramedisch) medewerker> heeft interesse voor nieuwe ontwikkelingen inzake voeding en dieet in de ouderenzorg.

2/ Verantwoordelijkheden

-De geneesheer-medisch coördinator geriatrie samen met de verantwoordelijk verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie en de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling geriatrie vormen samen met de paramedici de kinesist, de ergotherapeut, de logopedist, de diëtist en verder de neuropsycholoog en de maatschappelijke assistent het pluridisciplinair geriatrisch team.

-De geneesheer-medisch coördinator geriatrie samen met de verantwoordelijk verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie en de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling geriatrie dragen eindverantwoordelijkheid voor de praktische organisatie van het pluridisciplinaire overleg en de verslaggeving ervan.
- De geneesheer-medisch coördinator geriatrie samen met de verantwoordelijk verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie en de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling geriatrie coördineren de pluridisciplinaire samenwerking met het oog op kwaliteitsvolle zorg voor de geriatrische patiënt.
- De geneesheer-medisch coördinator geriatrie is de eindverantwoordelijke voor het verblijf of de dagopvang van de geriatrische patiënt.
-Het (paramedische) diensthoofd duidt bij aanwerving in samenspraak met de geneesheer-medisch coördinator geriatrie, de verantwoordelijk verpleegkundige van het zorgprogramma en de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling geriatrie, een toegewezen <(paramedisch) medewerker> aan om de dienstverlening in het geriatrisch zorgprogramma te realiseren.
-Het (paramedische) diensthoofd zorgt voor continuïteit van dienstverlening: er wordt in vervanging voorzien bij uitval van de <(paramedisch) medewerker>, toegewezen aan het geriatrisch zorgprogramma.
-Het (paramedische) diensthoofd verzekert de nodige vorming, opleiding en training specifiek afgestemd op de geriatrische patiëntenpopulatie voor de betrokken paramedici.
-De verantwoordelijkheid van de (paramedische) behandeling blijft bij de <(paramedisch) medewerker> en zijn diensthoofd liggen. Elke <(paramedisch) medewerker> blijft ondergeschikt en rapporteren aan het diensthoofd van de eigen discipline. In samenspraak met de geneesheer-medisch coördinator geriatrie, de verantwoordelijk verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie en het verpleegkundige diensthoofd geriatrie verleent de <(paramedisch) medewerker> dienstverlening conform de laatste wetenschappelijke onderbouwde inzichten en goede-praktijken van de discipline. Het diensthoofd van de paramedische discipline staat in voor coördinatie en inhoudelijke opvolging alsook voor functionerings/evaluatiegesprekken van de betrokken <(paramedisch) medewerker>.

3/ Informatie-deling en documentenbeheer

Van de (paramedische) discipline wordt verwacht dat:
-de verslaggeving rond de geriatrische patiënt tijdig opgemaakt en gedeeld wordt;
-de verslaggeving in een formaat ter beschikking gesteld wordt zodat het gemakkelijk geïntegreerd kan worden in vervolgsoftware of vervolgdocumenten; zodra het EPD ter beschikking is graag rechtstreeks in het patiëntdossier in de eigen rubriek voorbehouden voor de <(paramedisch) medewerker>.

4/ Financiële afspraken

De personeelsmiddelen van het zorgprogramma geriatrie voor de inzet van de <(paramedische) discipline> voor geriatrische patiënten wordt door de dienst geriatrie uitbesteed en toegewezen aan de <(paramedische) discipline>. Het zorgprogramma geriatrie is belast met het rekruteren en het aanbrengen van patiënten voor elke (paramedische) discipline. Het zorgprogramma geriatrie heeft als opdracht het plannen en coördineren van alle prestaties van de <(paramedisch) medewerker>, dit in samenspraak met het diensthoofd <(paramedische) discipline>.
De <(paramedische) discipline> verleent dienstverlening inzake <..> binnen het kader van het zorgprogramma geriatrie. (De inkomsten van de prestaties van de <(paramedisch) medewerker> gaan naar de <(paramedische) discipline> / de dienst geriatrie). De samenwerking verloopt via volgende financiële afspraken:

Inkomsten:
-Zowel de geriatrische dienst als de (paramedische) dienst verwerven volgende inkomsten: ..
-Op de verpleegafdeling behoort de <(paramedisch) medewerker> tot het pluridisciplinaire team, waardoor elke paramedische dienst zijn eigen tarificatienummers (evt. pseudonomenclatuurnummers) aanrekent.
-Op het geriatrisch dagziekenhuis behoort de <(paramedisch) medewerker> tot het pluridisciplinaire team, waardoor elke (paramedische) dienst zijn eigen tarificatienummers (evt. pseudonomenclatuurnummers) aanrekent voor zover het de aanrekening niet in de weg staat van:
-code 102233 pluridisciplinaire geriatrische evaluatie (dagziekenhuis)

-code 102233 pluridisciplinaire geriatrische revalidatie (dagziekenhuis)
-andere niet-cumuleerbare codes

-Voor optimale facturatie zal de verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie en de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling geriatrie rigoureus toezicht houden op de inzet van de paramedische disciplines.

Kosten:

Met uitzondering van de investeringskosten van de opstart van het zorgprogramma geriatrie, zijn alle andere kosten, oa. materiaal ten laste van de (paramedische) afdeling.

-Indien de financiële regeling niet meer mogelijk zou blijken o.a. door wijziging van de RIZIV-terugbetaling, worden de bestaande financiële afspraken herzien.

5/ Andere afspraken

Conflicten tussen (medewerkers van) beide betrokken partijen worden steeds behandeld via de diensthoofden van de betrokken diensten.

Partijen engageren zich om interne en externe audits bij elkaar toe te laten voor zover deze betrekking hebben op de wederzijdse dienstverlening.

Contactgegevens

AFDELING/DIENST	HOOFD	TEL.
Geriatrie	Dr. Veerle Mertens	55 48
<naam>	<naam>	<tel>

LIJST (PARAMEDISCHE) DIENSTEN WAARMEE SERVICE LEVEL AGREEMENT WERD AFGESLOTEN

(PARAMEDISCHE) DIENST	DIENSTHOOFD	Overeenkomst
Kinesitherapie	Prof. Stassijns – Hanne Vanden Bossche	26/06/2020
Ergotherapie	Clara Cook	26/06/2020
Logotherapie	Prof. Vanderveken - Anouk Hofkens-Van den Brandt	30/06/2020
Diëtiek	Michaël Sels	06/08/2020
Klinische psychologen	Dominique Van Praag	25/08/2020
Patiëntenbegeleiding	Miranda Van de Wiele	28/08/2020

7.8. Samenwerkingsovereenkomst tussen woonzorgcentrum en UZA

Samenwerkingsovereenkomst tussen woonzorgcentrum en Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Ondergetekende partijen

A) **WZC** <naam>, <adres>, vertegenwoordigd door dhr/mevr. <naam>, hierna genoemd het "**WZC**" en
B) **Universitair Ziekenhuis Antwerpen**, Drie Eikenstraat 655, 2650 Edegem, vertegenwoordigd door afgevaardigd bestuurder Johnny Van der Straeten, hierna genoemd het "UZA"

wensen samen te werken met als doel

1/ een vlotte overgang te realiseren van het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum met inbegrip van de dagverzorgingscentra, kortverblijf, assistentiewoningen, enz. en omgekeerd en dit met het oog op zorgcontinuïteit;

2/ een goede informatie-doorstroming te realiseren tussen beide partijen ter verbetering van de gezondheid en het welzijn van de bewoner/patiënt;

3/ een goede relatie tussen zorgverleners van beide partijen uit te bouwen waardoor kennis en competenties met elkaar gedeeld kunnen worden

4/ bij te dragen aan de levenskwaliteit van de oudere persoon. Zie ook bijlage 1.

Beide partijen komen het volgende overeen:

Artikel 1 – Verwijzing en terugverwijzing van bewoners van het WZC

Het UZA verbindt zich ertoe op verzoek van het WZC de bewoner die in het woonzorgcentrum verblijft zo spoedig mogelijk (terug) in het ziekenhuis op te nemen en topklinische, kwaliteitsvolle en klantvriendelijke patiëntenzorg voor elke bewoner van het WZC te realiseren wanneer zulks op grond van medische indicatie nodig is.

Het WZC verbindt zich ertoe aan het UZA tijdig en volledig alle inlichtingen te verschaffen van elke in het UZA op te nemen persoon, zodat het UZA deze persoon de beste, passende en kwaliteitsvolle zorg kan bieden. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de informatie over de medicatie en allergie, medische observaties en recente KATZ-schaal, voeding, contactgegevens van familie, alle relevante documenten over de persoonlijke zorgnoden/zorgdoelen, vroegtijdige zorgplanning, DNR-code, enz. van de bewoner.

Het WZC verbindt zich ertoe de woongelegenheden ter beschikking te houden van de opgenomen bewoner/patiënt onder de voorwaarden overeengekomen in contract van opname tussen bewoner en WZC. Gegeven de korte verblijfsduren in het UZA verbindt het WZC zich ertoe de bewoner/patiënt zo spoedig mogelijk terug te laten keren naar het WZC zodra dit medisch verantwoord is.

Artikel 2 – Verwijzing van UZA-patiënten naar het WZC

Het WZC verbindt er zich toe in de mate van het mogelijke woongelegenheden beschikbaar te stellen voor opname van zorgbehoevende oudere personen die opgenomen zijn in het UZA, voor wie hospitalisatie niet langer medisch noodzakelijk of verantwoord is maar die niet kunnen terugkeren

naar hun thuissituatie, en wiens opname en verblijf in een woonzorgcentrum medisch, sociaal en financieel verantwoord is.

Het WZC zal indien het UZA een vraag stelt betreffende de opname in het WZC van een in het UZA gehospitaliseerde patiënt, het UZA onmiddellijk verwittigen zodra er een woongelegenheid voor opname van een zorgbehoevende oudere persoon in haar voorziening beschikbaar komt.

Het UZA verbindt zich ertoe aan het WZC van elke op te nemen oudere persoon alle inlichtingen tijdig te verschaffen die nodig zijn om het WZC toe te laten over de opname van de oudere persoon te beslissen en hem de passende behandeling, verzorging en verpleging te kunnen geven.

Artikel 3 – Praktische afspraken bij verwijzing en terugverwijzing

Het woonzorgcentrum verbindt er zich toe bij verwijzing van de bewoner naar het UZA voldoende dagdagelijks materiaal zoals verzorgingsmateriaal oa. tandenborstel – tandpasta, aftershave, hoortoestel en vervangbatterijen, enz. mee te geven naast voldoende kledij zoals enkele pyjama's, maar ook gemakkelijk zittende dagkledij en schoeisel, enz.

In samenspraak met de geriaters van het UZA verbindt het UZA er zich toe erop toe te zien dat:

- de bewoner/patiënt bij voorkeur ontslagen wordt in de voormiddag;

- een minimale hoeveelheid medisch noodzakelijk materiaal bij de transfer van de bewoner wordt meegegeven naar het WZC zodat de zorgcontinuïteit verzekerd blijft en het WZC de tijd krijgt om de benodigdheden zoals voorgeschreven te voorzien;

- bij het voorschrijven van medicatie en medisch noodzakelijke materialen (o.a. voor wondbehandeling) in de mate van het mogelijke rekening te houden met de kostprijs en de toepasbaarheid in de context van het WZC zonder dat hierbij afbreuk wordt gedaan aan de zorgkwaliteit voor de bewoner. Deze bepaling doet geen afbreuk aan de therapeutische vrijheid van elke arts.

- transport: Het dringend patiëntenvervoer verloopt altijd via de 100-centrale (nummer 112). Het niet-dringend patiëntenvervoer wordt georganiseerd door hetzij het UZA, hetzij het WZC hetzij de patiënt (eventueel via zijn mutualiteit), overeenkomstig de in het WZC intern geldende afspraken tussen WZC en bewoners.

> Voor consultatie of dagopname op UZA: Het WZC organiseert het vervoer van de bewoner/patiënt heen en terug in overleg met de bewoner en/of zijn familie. Het WZC overlegt met de bewoner en/of zijn familie over de gewenste vervoerswijze: zelfstandige verplaatsing, vervoer door familie, vervoer door vrijwillig patiëntenvervoer of vervoer door professionele diensten (ambulancevervoer). Het WZC zorgt voor begeleiding indien dit noodzakelijk is. De patiënt dient met zijn vervoer tot op de consultatie of daghospitalisatie te geraken. Hierbij kan niet gerekend worden op de hulp van personeel van de consultatie of daghospitalisatie. Het WZC zorgt dat de vervoerswijze duidelijk gecommuniceerd wordt aan de ontvangende UZA-dienst en is steeds bereikbaar voor vragen.
>
> Voor hospitalisatie op UZA: Het WZC organiseert het vervoer van de bewoner/patiënt naar het UZA, zo mogelijk in overleg met de bewoner en/of zijn familie. Bij ontslag uit het ziekenhuis neemt de hospitalisatieafdeling contact op met het WZC om de praktische modaliteiten van het ontslag, oa. het vervoer af te spreken. Het vervoer terug naar het WZC

wordt georganiseerd door het UZA. De patiënt en/of zijn familie wordt bevraagd over de gewenste vervoerswijze: zelfstandige verplaatsing, vervoer door familie, vervoer door vrijwillig patiëntenvervoer of vervoer door professionele diensten (ambulancevervoer). De gemaakte afspraken worden gedocumenteerd in het dossier en duidelijk gecommuniceerd aan het WZC. De verpleegafdeling is steeds bereikbaar voor het WZC in geval van vragen of problemen.

Artikel 4 – Kwaliteitsvolle zorg in het WZC

Het WZC verbindt zich ertoe dat de woongelegenheden en bijhorende nutsvoorzieningen die het ter beschikking stelt van zorgbehoevende ouderen zullen ingericht en uitgerust zijn rekening houdend met de medische en verpleegkundige noodwendigheden van zorgbehoevende oudere personen die langdurige zorg- en dienstverlening nodig hebben, in overeenstemming met alle toepasselijke wet- en regelgeving. Het WZC garandeert dat zorgbehoevende oudere personen die door het UZA naar het WZC worden verwezen of terugverwezen, alle noodzakelijke verpleegkundige zorg zullen ontvangen zoals desgevallend voorgeschreven ten tijde van het ontslag van de patiënt-bewoner uit het UZA. Bovendien creëert het WZC de omstandigheden om in dat geval de oudere persoon alle noodzakelijke medische zorg, die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt, te kunnen realiseren.

Artikel 5 – Ambulante zorg

Bewoners van het WZC kunnen steeds beroep doen op ambulante verzorging en opvolging in het UZA.

Het WZC of de patiënt verzorgt desgevallend zelf het transport van en naar het UZA (zie artikel 3).

Het WZC verbindt er zich toe om de kosten van paramedische behandelingen kinesitherapie en ergotherapie, voor zover uitsluitend gefinancierd binnen de dagprijs van het WZC, te vergoeden na facturatie door het UZA aan het WZC. Dit geldt voor behandelingen waarvoor het eigen WZC team minder knowhow heeft opgebouwd en die daarom – mits voorafgaande motivatie en wederzijds akkoord - uitgevoerd worden door het UZA-team.

Artikel 6 – Wederzijdse adviserende functie en materiële bijstandsfunctie

Gezien zorgproblematieken steeds complexer worden en de variëteit van vragen steeds toeneemt bij oudere personen is een wederzijdse uitwisseling van kennis en inzichten, ervaringen en competenties aangewezen.

De geriaters verbonden aan het UZA verbinden zich ertoe tegenover het WZC telefonisch en digitaal vlot bereikbaar te zijn voor informatie- en adviesverlening betreffende bewoners van het WZC die op de geriatrische afdeling van het UZA verblijven en/of die gebruik maken van de diensten van de overige modules van het geriatrisch zorgprogramma van het UZA, met name het geriatrisch dagziekenhuis, raadplegingen geriatrie, interne en externe liaisonfunctie, of betreffende andere geriatrische problematieken.

De informatie- en adviesvragen van medische aard kunnen worden gesteld door de Coördinerend Raadgevend Arts (CRA) en de huisarts(en) van de bewoner. De informatie- en adviesvragen van verpleegkundige aard kunnen worden gesteld aan en door de hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundige coördinatoren en de verzorgende verpleegkundig verantwoordelijke.

In het kader van de samenwerking met het regionaal platform voor ziekenhuishygiëne kan, indien nodig, de dienst ziekenhuishygiëne van het UZA gecontacteerd worden voor advies over zorginfecties en –hygiëne.

Waar nodig kan het UZA materiële bijstand leveren aan het WZC. UZA zal ad hoc bekijken of het aan een vraag om bijstand kan voldoen en op welke wijze.

Het woonzorgcentrum engageert zich om kennis en expertise rond het werken met voorafgaande zorgplanning, palliatieve zorg en levenseinde zorg te delen met het UZA. Ook inzichten en ervaringen of praktijken gebaseerd op evidentie rond levensdomeinen zoals wonen, voeding, seksualiteitsbeleving, aangepaste zinvolle activiteiten, processen van betekenisgeving en levensbeschouwelijke ondersteuning, enz. kunnen doorgegeven worden, net zoals de kennis over en ervaring met specifieke doelgroepen zoals dementerende ouderen, kwetsbare ouderen, ouderen met multiculturele achtergrond, enz. Tenslotte deelt het woonzorgcentrum desgevallend ook kennis over de vigerende wetgeving van de ouderenzorg, de organisatie van de ouderenzorg in onze contreien, enz.

Artikel 7 – Betrokkenheid van externe zorgpartners

Het UZA en het WZC verbinden zich ertoe, in het bijzonder wat vroegtijdige zorgplanning betreft, telkens zich de noodzaak voordoet, overleg te plegen met Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) en de andere partij en elkaar van dat overleg en van het resultaat ervan op de hoogte te brengen.

Indien een in het UZA verblijvende patiënt of een patiënt die na een verblijf of consultatie in het UZA in het WZC werd opgenomen, gebaat zou zijn bij hulp- en zorgverlening voor bijzondere problematieken zoals langdurige revalidatie, diagnose en behandeling van psychische en cognitieve problematiek, ernstige gedragsstoornissen, enz. dewelke niet kan geboden worden in het WZC, wordt in samenspraak met de dienst patiëntenbegeleiding van het UZA, het WZC en de patiënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger gezocht naar de meest geschikte plaats voor de (vervolg)behandeling bij zorgpartners (RevArte, Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel, enz.), binnen en buiten het UZA-Netwerk.

Artikel 8 – Periodiek overleg

Vertegenwoordigers van beide voorzieningen ontmoeten elkaar minstens 1 keer per jaar voor een overleg.

Elke partij beslist zelf uit wie haar vertegenwoordiging voor dit overleg bestaat: (hoofd)verpleegkundige, medewerker dienst patiëntenbegeleiding of dienst maatschappelijk werk, middenkader, coördinator, coördinator zorgprogramma, geriater/arts, afvaardiging ziekenhuishygiëne, directie. Per bijeenkomst wordt gezamenlijk bekeken voor welke andere rangen of disciplines het relevant kan zijn om aan te sluiten.

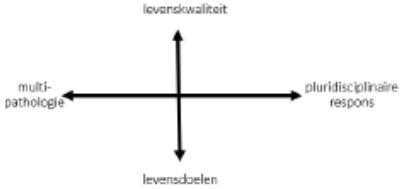
De agenda van het overleg wordt voorafgaandelijk gecommuniceerd. Zowel thema's vanuit het ziekenhuis als thema's vanuit de ouderenzorg kunnen aan bod komen. Op die manier leren beide partijen elkaars werking beter kennen. Zaken die o.a. aan bod komen zijn: nieuwe projecten of initiatieven, gemeenschappelijke thema's, zowel knelpunten als goede praktijken in de samenwerking, gezamenlijke vormingen en afspraken, enz. Het is de bedoeling om de samenwerking te optimaliseren,

Opgemaakt te Edegem, op <datum: X maand 2020>, in twee originele exemplaren waarvan elke partij de inhoud aanvaardt en erkent een exemplaar ontvangen te hebben.

Voor het WZC <naam>	Voor het Universitair Ziekenhuis Antwerpen
<naam>,	Johnny Van der Straeten,
Directeur	Gedelegeerd bestuurder

BIJLAGE 1. MISSIE GERIATRISCH ZORGPROGRAMMA UZA

De missie van het geriatrisch zorgprogramma van het UZA richt zich op preventie, diagnostiek en behandeling van aandoeningen bij oudere patiënten. Hiermee wil het UZA zijn bijdrage leveren in het verhogen van de levenskwaliteit van de oudere persoon en dit afgestemd op de levensdoelen die voor de betrokkene relevant en actueel zijn. Het UZA zet hiervoor als gezondheidszorgleverancier pluridisciplinaire zorg in voor ouderlingen in het bijzonder voor diegene met multipathologieën.



Het UZA kiest samen met zijn partners voor integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning. Integrale zorg betekent dat de zorg en ondersteuning gericht is op de mens als een lichamelijk, geestelijk en psychosociaal wezen. De mens is niet te herleiden tot enkel zijn lichamelijke klachten. De mens is één geheel vandaar dat zorg en ondersteuning zich moeten situeren op de verschillende levensdomeinen van de oudere persoon. Bijdragen tot de levenskwaliteit van de oudere persoon is maar mogelijk mits samenwerking vanuit verschillende zorgactoren. Naast professionele zorg draagt ook zelfzorg en de informele zorg zoals mantelzorg en vrijwilligerszorg fundamenteel bij tot de levenskwaliteit van de oudere persoon. Binnen dit geheel van zorgactoren wordt aan de oudere persoon maximale vrijheid en autonomie toegekend voor zover patiënten en andere rechten volwaardig uitgeoefend kunnen worden. Professionele gezondheidszorg duurt daarom zo kort als het kan en zo lang als het moet.

Geïntegreerde zorg betekent zorg die patiëntgericht, doelgericht, vraaggestuurd en pro-actief is. Geïntegreerd zorg is bovendien gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, uitgevoerd via transdisciplinaire en transmurale samenwerking, toegankelijk voor de hele populatie en verankerd in de lokale zorggemeenschap. Op deze manier moet transmurale samenwerking leiden tot een optimaal zorgaanbod volledig afgestemd op de noden en behoeften van de oudere persoon en bijdragen tot een optimale levenskwaliteit.

BIJLAGE 2. CONTACTINFORMATIE UZA – geriatrisch zorgprogramma dd 2 juni 2020

	Contactpersoon	Functie	Telefoonnr	Mailadres
Algemeen			03 821 30 00	geriatrie@uza.be
Geriatrisch dagziekenhuis en interne liaison	Linde Declerck	Verantwoordelijke verpleegkundig coördinator	03 821 46 38	G-dag@uza.be Geriatrischeliaison@uza.be Linde.Declerck@uza.be
Geriatrische verpleegafdeling	Charisse Peeters	Hoofdverpleegkundige	03 821 45 49	Charisse.Peeters@uza.be
Departement Verpleegkunde	Magda Geraerts	Verpleegkundig departementshoofd	03 821 55 04	Magda.Geraerts@uza.be
Dienst patiëntenbegeleiding	Julie Versteeg	Patiëntenbegeleider	03 821 46 24	Julie.Versteeg@uza.be
Dienst patiëntenbegeleiding	Patricia Vranckx	Patiëntenbegeleider transfercoördinator	03 821 46 22	Patricia.Vranckx@uza.be
Geriater – kliniekhoofd	Dr. Veerle Mertens	Medisch coördinator geriatrisch zorgprogramma	03 821 55 48	Veerle.Mertens@uza.be
Afdeling beheer	Nicole Knops	Beleidsadviseur	03 275 72 42	Nicole.Knops@uza.be
Bij klachten	Miranda Van Looveren	Ombudsvrouw	03 821 31 60	ombudsdienst@uza.be

Lijst woonzorgcentra

woonzorgcentrum	adres	gemeente	beheer	directeur	bezoek	overeenkomst
Immaculata	Oude Godstraat 110	2650 EDEGEM	openbaar bestuur	Myriam Claus	di 25/02/20	04/06/20
Ter Eyke	Drie Eikenstraat 375	2650 EDEGEM	NV Orpea	Ingrid Bertho	di 11/02/20	05/06/20
Cantershof	René Verbeecklaan 5	2540 HOVE	vzw Compostela	Hilde Leten	*di 08/10/20*	