

Handboek geriatrie 2016

DOCUMENT - Metadata		
Documenttype	O Handboek	
Status document	O Ontwerp	
Ingangsdatum	06/04/2017	
Vervaldatum	06/04/2020	
Versie(s).Revisie(s)	1.0	
Uniek documentnummer	11074-58	
Sleutelwoorden	1.Handboek 2.geriatrie 3.multidisciplinair	
Toepassingsgebieden	O Alle diensten	
Toepassingsgebieden Commentaar	Geriatricie	
JCI Norm(en)	n.v.t.	
JCI Versie handboek	Versienummer handboek 1	
Data SPECIFIEK Verpleegprocedure		
Type handeling	n.v.t.	
Auteur - Opgesteld door		
Voornaam, Naam	Kim Derieuw	
Opgesteld door	Hoofdverpleegkundige zorgprogramma geriatrie	
Datum	06/04/2017	
Handtekening	ja	
Eigenaar - Beoordeling door		
Voornaam, Naam	Kim Derieuw	
Beoordeeld door	Hoofdverpleegkundige zorgprogramma geriatrie	
Datum	06/04/2017	
Handtekening		
Check Communicatieadviseur		
Voornaam, Naam	Kristel Smeyers	
Check Communicatieadviseur	Communicatieadviseur	
Datum	06/04/2017	
Handtekening	ja	
Check Directieadviseur Kwaliteit/ Voorzitter Stuurgroep JCI		
Voornaam, Naam	Nicole Van Hoof	
Validatie Cel Kwaliteit	Directieadviseur Kwaliteit	
Datum	06/04/2017	
Handtekening	ja	
Eindvalidatie - Gevalideerd door (1)		
Voornaam, Naam	Marleen Dams	
Gevalideerd door (1)	Zorgtrajectmanager	
Datum	06/04/2017	
Handtekening	ja	
Eindvalidatie - Gevalideerd door (2)		
Voornaam, Naam	Dokter Sven Martens	
Gevalideerd door (2)	Medisch manager geriatrie	
Datum	06/04/2017	
Handtekening	ja	
PROCEDURE - Afdrukken		
Kopieën op papier zijn slechts geldig op de dag waarop ze worden afgedrukt.		
Geschiedenis van versies en revisies		
Versie.Revisienummer	Datum	Uitleg
Versie 1.0	06/04/2017	

Handboek geriatrie 2016

Inleiding

De dienst geriatrie in het Sint-Trudo Ziekenhuis is een snel groeiende dienst.

Er zijn 3 verblijfsafdelingen met in totaal 72 bedden.

Jaarlijks worden ongeveer 1.800 patiënten opgenomen, vooral rechtstreeks uit de thuissituatie, verwezen door de huisartsen. Een kleiner deel van de opnames betreft overnames uit andere diensten in het ziekenhuis.

De gerieters werken samen met de geriatische verpleegkundige equipe, sociale dienst, kinesitherapie, ergotherapie, diëtisten, logopedie, psychologe en pastorale dienst. Samen verzekeren ze de multidisciplinaire aanpak op de dienst.

De dienst geriatrie is in eerste instantie een acute ziekenhuisdienst waar diagnostiek, multidisciplinair assessment, behandeling en revalidatie vanaf de eerste dag centraal staan.

De patiënt wordt in zijn totaliteit beoordeeld, de nadruk ligt op de functionaliteit en herstel van de zelfredzaamheid.

Prioritair binnen de dienst geriatrie staat de goede verstandhouding met de huisartsen, geriatrie is immers een tweedelijns-discipline bij uitstek. De huisartsen worden op de hoogte gehouden van opname, ontslag en krijgen tussentijdse evaluaties.

Naast de opnamemogelijkheid bestaan er ook een raadpleging geriatrie en een uitgebouwde dagzaal geriatrie waar bij voorkeur doorverwezen patiënten gezien worden. Verder omvat de dienst geriatrie ook een uitgebreide liaisonfunctie in dienst van de oudere populatie opgenomen buiten de afdeling geriatrie.

Dit multidisciplinair geriatisch handboek probeert een zo volledig mogelijke weerslag te zijn van de werking van de dienst, waarbij pluridisciplinair werken voor onze kwetsbare oudere populatie één van de hoekstenen vormt.

Inhoudstafel:

- I- Missie en visie van geriatrie en dienststructuur
 - I.1. missie en visie
 - I.2. Strategie
 - I.3. Structuur

- II- Geriatrische zorgpaden
 - II.1. Diagnosestelling en therapiebeleid bij acute geriatrische syndromen
 - II.2. Oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten
 - II.3. Geriatrische consultondersteuning
 - II.4. Revalidatie bij geriatrische patiënten

- III- Dienst-overschrijdende zorgpaden
 - III.1. Diagnosestelling en therapiebeleid bij osteoporose
 - III.2. Evaluatie en preventie van recidiverend vallen
 - III.3. Diagnosestelling en therapiebeleid bij cognitiestoornissen

- IV- Kwaliteitsbeleid binnen de dienst geriatrie

- V- Medische richtlijnen
 - V.1. Verwardheid bij geriatrische patiënten
 - V.2. Infectiebeleid bij geriatrische patiënten
 - V.3. Ondervoeding en nutritioneel advies bij geriatrische patiënten
 - V.4. Urinewegincontinentie bij geriatrische patiënten
 - V.5. Bloedarmoede bij geriatrische patiënten
 - V.6. Syncope bij geriatrische patiënten
 - V.7. Screening bij geriatrische patiënten
 - V.8. Fractuurrevalidatie bij geriatrische patiënten
 - V.9. Pijnbehandeling bij geriatrische patiënten
 - V.10. Slikstoornissen
 - V.11. Recidiverend vallen
 - V.12. Dementie

- VI- Verpleegkundige en paramedische richtlijnen

- VII- Organisatie van interne patiëntenzorg

- VIII- Organisatie van externe consultondersteuning
 - VIII.1 Ouderenmis(be)handeling

- IX- Opleidingstraject
 - IX.1 Medisch traject
 - IX.2 Verpleegkundig traject

I. Visie, strategie en dienststructuur

I.1. Beleidsvisie van de dienst geriatrie

Het Sint-Trudo Ziekenhuis streeft naar een optimale zorg- en dienstverlening voor alle patiënten gesteund op een totale mensbenadering en gedragen door een christelijke geloofsvisie.

Toekomstgerichte zorg

Door de toenemende vergrijzing komen we als ziekenhuis meer en meer in contact met een oudere populatie. We zijn hierdoor genoodzaakt om vooruit te denken. Sint-Truiden kenmerkt zich immers een stuk door de verouderende populatie. Vanuit die noden binnen de regio blijven we, ook toekomstgericht, verder werken aan de formele uitbouw van een geriatrische zorgcultuur.

Het ziekenhuis heeft zich binnen deze belangrijke verschuiving de laatste jaren al sterk geëngageerd en kan een volwaardig geriatrisch zorgpakket aanbieden. Met de meest actuele inzichten trachten we deze specifieke doelgroep met hun bijzondere noden hoogkwalitatieve zorg aan te bieden, nu en in de toekomst.

Zorg op maat

De zorg voor ouderen wordt aangepast aan de werkelijke behoeften die men als patiënt heeft. Het Sint-Trudo Ziekenhuis is zich er ten volle van bewust dat iedere patiënt beschikt over een eigen individualiteit en persoonlijkheid. Specifieke noden, alsook de noden die het verouderingsproces met zich meebrengen, staan via humane zorg centraal in onze visie.

Wanneer een verhoogd risicoprofiel aanwezig is, krijgt men systematisch een bezoek van de geriatrisch support team (GST-) verpleegkundigen. Zij beschikken over de nodige competentie rond ouderenzorg waardoor zij het individueel zorgtraject van dichtbij zullen opvolgen.

Een respectvolle benadering met specifieke omgangsmethodieken staat op de voorgrond.

We passen de diagnostiek en behandelingen graag aan ieders tempo aan en vinden het ook belangrijk dat informatie in een begrijpelijke taal gegeven wordt. Informatiestroom is al lang geen eenrichtingsverkeer meer, vandaar dat de beslissingen betreffende de gezondheid en het behandelingsplan steeds met de patiënt en zijn familie overlegd worden.

Persoonlijke mening en autonomie dragen we immers als ziekenhuis hoog in het vaandel.

Patiënten-veiligheid

Binnen het ziekenhuis primeert veilige zorg. Om de veiligheid zoveel mogelijk te verzekeren, wordt er in het ziekenhuis gewerkt met officiële richtlijnen en procedures om zo de kans op eventuele ongemakken, infecties en complicaties te vermijden. De veiligheid van onze meest kwetsbare ouderen nemen we bijzonder ter harte. Het ziekenhuis streeft ernaar om zo veel mogelijk fixatiearme zorg te verlenen.

Samen sterker

De geriatrische pathologie is complex en is meestal verweven met verschillende factoren die niet enkel een medische oorzaak hebben. Een multidisciplinair team per afdeling staat daarom klaar om op de verscheidene probleemgebieden een gepaste oplossing te formuleren. Het multidisciplinair team bestaat uit de behandelende arts, de hoofdverpleegkundige en/of verpleegkundige, een sociaal medewerker, een ergotherapeut, een kinesitherapeut, een diëtiste, een logopediste, een psycholoog en een pastoraal medewerker. Dit team volgt de gezondheidstoestand nauwlettend op

en komt wekelijks samen om medische en eventuele andere problemen te bespreken en te evalueren.

Zorggarantie

Een opname in het ziekenhuis wordt meestal ervaren als een ingrijpende en onaangename gebeurtenis, doch, we hopen het verblijf met professionele en warme zorg te verzachten.

Onze uiteindelijke doelstelling is een optimaal herstel van de functionaliteit met een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen, werken we pluridisciplinair nauw samen met huisarts, mantelzorgers, eventueel woonzorgcentra en/of andere professionele hulpverleners die u helpen in uw sociale omkadering.

I.2. Zorgprogrammastructuur in een notendop

Binnen STZH maken de verschillende zorgpaden deel uit van een complexe zorgprogrammastructuur. De dienst geriatrie stuurt verschillende geriatrische zorgpaden aan maar is ook nauw betrokken in dienst-overschrijdende paden die zowel voor geriatrische als niet-geriatrische patiënten open staan.

Acute geriatrische patiënten worden behandeld op de eenheden geriatrie. Ook revalidatie kan plaats vinden op deze afdelingen.

Er zijn drie grote geriatrische zorgpaden die van toepassing zijn binnen STZH:

- In de eerste plaats is er het zorgpad "diagnosestelling en therapiebeleid bij acute geriatrische syndromen". Dit omschrijft het te volgen traject voor geriatrische patiënten die zich op spoedgevallen aanmelden met acute syndromen (acute verwardheid, acute infecties,...).
- Daarnaast is er het zorgpad "geriatrische oppuntstelling en opvolging" voor geriatrische patiënten die na hun ontslag voor opvolging moeten terugkomen. Dat gebeurt via daghospitalisatie in het geriatrisch dagziekenhuis. Door een goede organisatie van de opvolging kan het ontslag in een aantal gevallen worden versneld. In dit traject komen ook patiënten terecht die vanuit de eerste lijn worden verwezen voor een oppuntstelling. Vaak betreft het problemen van incontinentie, anemie, ondervoeding.
- Tenslotte is er het zorgpad "geriatrisch consult" voor patiënten met een geriatrisch zorgprofiel die worden opgenomen op een niet-geriatrische afdeling in het ziekenhuis. Het geriatrisch supportteam (GST) kan dan ter plaatse gaan en de nodige ondersteuning geven. Binnen de zorgprogrammastructuur van STZH maken deze zorgpaden deel uit van het zorgprogramma "geriatrisch profiel".
- Het laatste zorgpad is dat van "revalidatie bij geriatrische patiënten".

GERIATRISCH PROFIEL

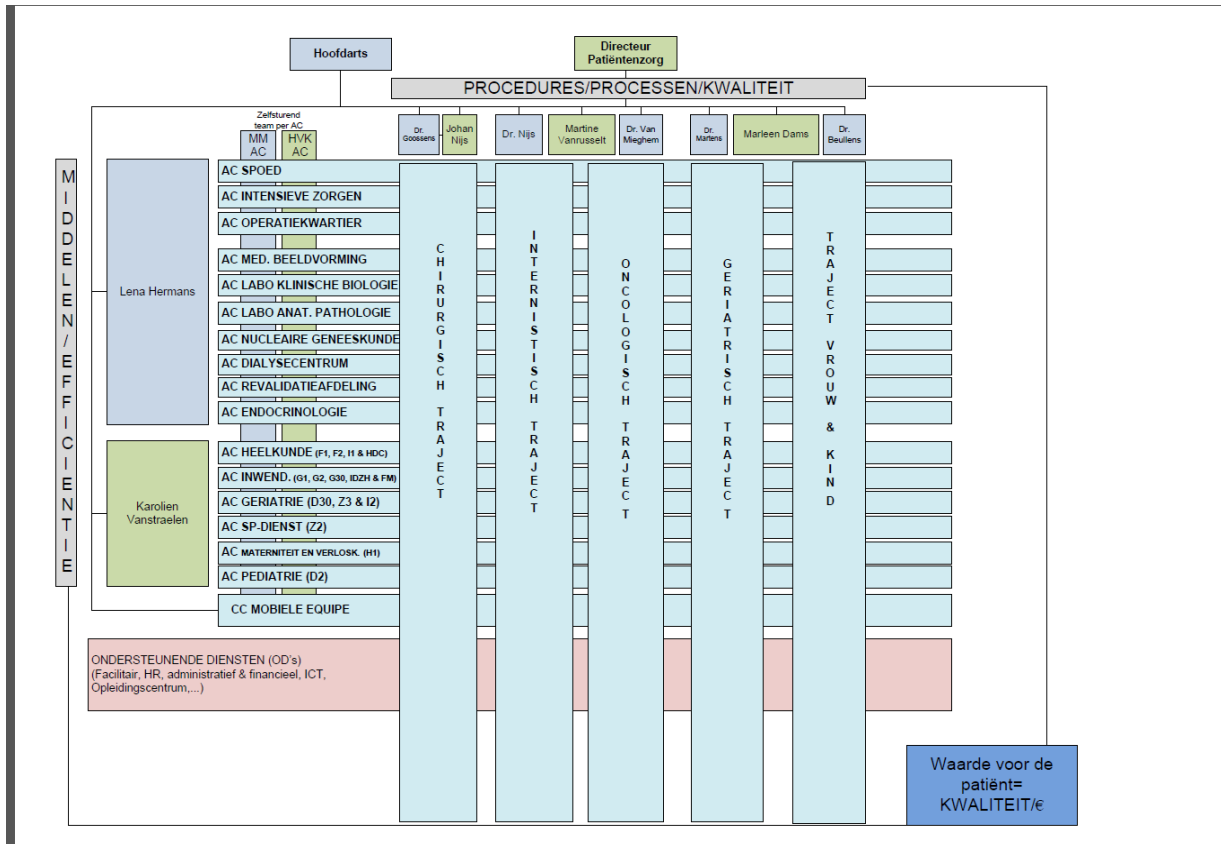
- Diagnosestelling en therapiebeleid bij acute geriatrische syndromen
- Oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten
- Geriatrische consultondersteuning
- Palliatief beleid bij geriatrische patiënten

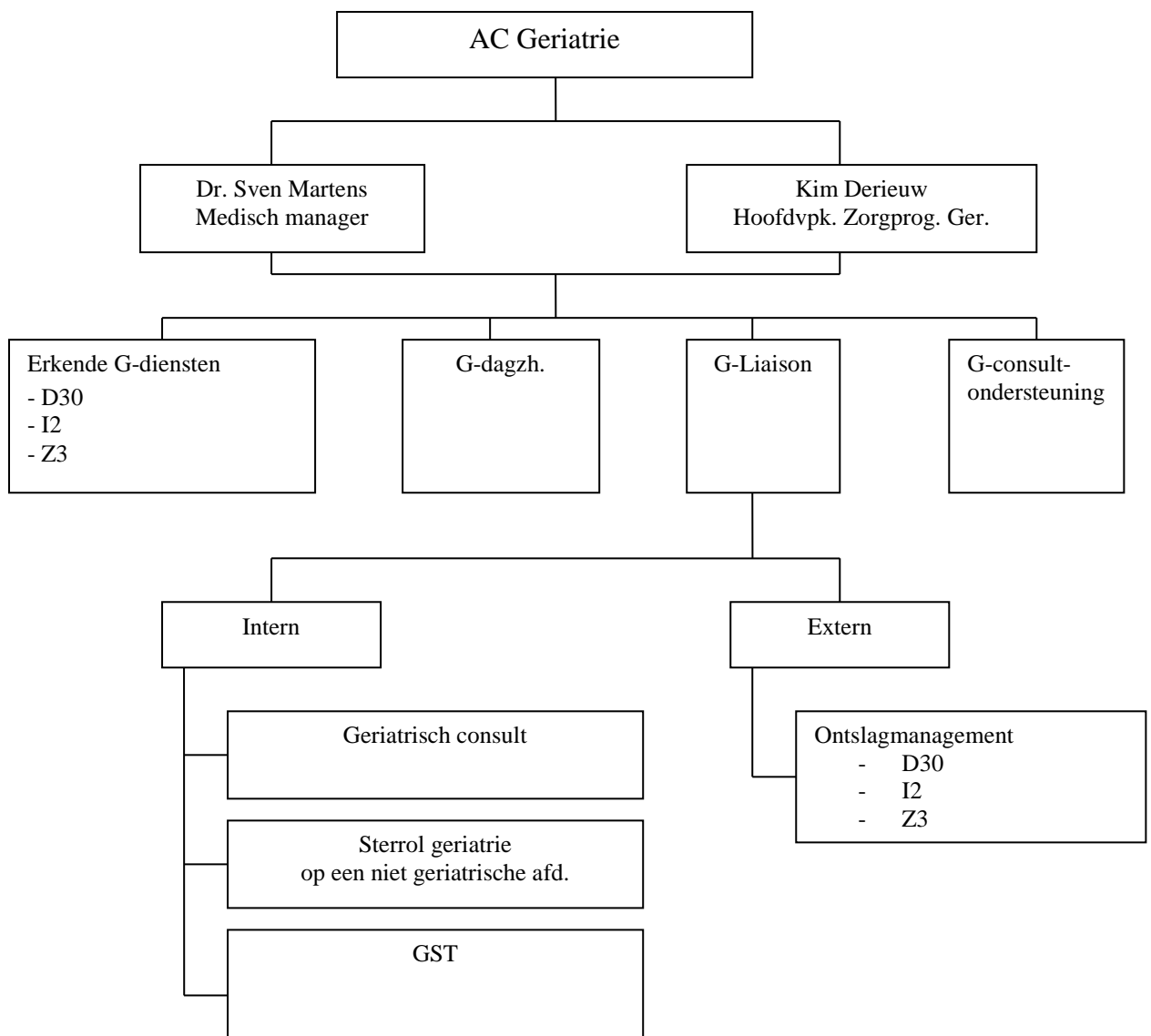
GERIATRISCHE REVALIDATIE

- Revalidatie na acute problematiek bij geriatrische patiënten

I.3. Organisatie van het geriatrisch zorgprogramma

Situering van de dienst geriatric binnen STZH





Omkadering van de dienst geriatrie:

De wettelijke minimumomkadering bedraagt 14.13 VTE verpleegkundigen, paramedici en/of zorgkundigen per 24 erkende bedden waaronder minstens één hoofdverpleegkundige, 5 VTE verpleegkundigen (met minstens één permanent aanwezige verpleegkundige) en 1.33 VTE personeelsleden met als kwalificatie bachelor in de ergotherapie, bachelor in de logopedie, master in de logopedie of master in de psychologie. Vanzelfsprekend moeten de uit diverse disciplines opgebouwde geriatrie teams ook beschikken over een erkend geriater, naast een bachelor of master in de kinesitherapie en een bachelor in de diëtleer.

II. Geriatrische zorgpaden

II.1. Zorgpad in verband met "diagnosestelling en therapiebeleid bij acute geriatrische syndromen"

DOELGROEP:

Het zorgpad heeft betrekking op alle patiënten die gehospitaliseerd worden voor de dienst geriatrie in STZH.

- Ouderen die via de dienst spoedgevallen worden opgenomen op de diensten geriatrie (D30, I2, Z3) en de alternatieve bedden komen terecht in het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten".
- Ouderen die worden opgenomen op de dienst geriatrie vanuit andere zorgpaden van de dienst geriatrie ("oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten" en "geriatrisch consult") komen eveneens terecht in het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten".
- Bij aanvragen voor opname van externe zorgverleners bij patiënten zonder urgenties die niet via spoedgevallen opgenomen worden, wordt eerst een evaluatie via het zorgpad "oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten" gepland (in het geriatrisch dagziekenhuis). In functie van die evaluatie kan dan eventueel tot een opname in het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten" worden beslist door de geriater.

INCLUSIECRITERIA:

Het geriatrisch zorgprogramma in STZH richt zich tot de patiënten van gemiddeld 75 jaar, welke een specifieke geriatrische pluridisciplinaire aanpak nodig hebben zoals ook beschreven in de wet van het geriatrisch zorgprogramma van 29-01-2007.

Deze patiënten kunnen de volgende kenmerken vertonen

- beperkte homeostase
- actieve polypathologie
- atypische klinische beelden
- verstoorde farmacokinetica
- gevaar voor functionele achteruitgang
- gevaar voor deficiënte voeding
- neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid
- toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven
- psychosociale problemen

Patiënten die gemiddeld 75 jaar of ouder zijn met een actieve revalidatie-indicatie kunnen eveneens opgenomen worden op de dienst geriatrie. Van een actieve revalidatie-indicatie is sprake indien aan alle criteria in onderstaande tabel is voldaan.

- Functionaliteit laat terugkeer naar huis van op spoedgevallen niet toe.
- Terugkeer naar huis is gewenst en mogelijk na fysieke revalidatie.
- Revalidatie-indicatie beoordeeld en bevestigd door de geriater.

EXCLUSIECRITERIA:

Patiënten komen in bepaalde omstandigheden niet in aanmerking voor opname in het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënte".

Indien één van de exclusiecriteria uit onderstaande tabel aanwezig is, kan een patiënt niet worden opgenomen op de dienst geriatrie, ook niet indien die patiënt 75 jaar of

ouder en een actieve medische problematiek heeft, tenzij na uitdrukkelijk akkoord van een geriater.

- Patiënten verwezen door de huisarts naar een andere dienst dan geriatrie.
- Medische problematiek waarvoor specifieke zorg op niet-geriatrie diensten gewenst is
- Overname van een niet geriatrie afdeling omwille van sociale problematiek

ZORGTRAJECT:

Patiënten van gemiddeld 75 jaar of ouder, verwezen vanuit de dienst spoedgevallen of vanuit andere zorgpaden, worden opgenomen op de eenheden geriatrie (D30, I2, Z3) of naar een niet-geriatrie eenheid als alternatieve hospitalisatie voor de dienst geriatrie. Deze patiënten ondergaan een geriatrie observatie en worden daarna ontslagen. Zij keren terug naar de plaats van herkomst of worden opgenomen in een ander zorgpad van de dienst geriatrie of een zorgpad van een niet-geriatrie dienst.

SYSTEMATISCHE STANDAARDEVALUATIES:

Binnen het zorgpad "acute syndromen bij geriatrie patiënte" vormen systematische standaardevaluatie de rode draad tijdens de opname en de basis voor de pluridisciplinaire zorgverlening aan gehospitaliseerde patiënten. Ze omvatten de standaard opname-evaluatie, de pluridisciplinaire voortgangsevaluatie en de ontslagevaluatie.

De standaard opname-evaluatie omvat de medische, verpleegkundige en paramedische opname-evaluaties.

- De medische opname-evaluatie omvat de anamnese, het klinisch onderzoek en de standaard laboratoriumevaluatie en technische onderzoeken die moeten uitgevoerd worden bij elke nieuwe opname.
- De verpleegkundige opname-evaluatie omvat het opnamegesprek, een aantal specifieke opnameparameters en het systematisch inleiden van specifieke verpleegkundige opnameprocedures.
- Bij elke nieuwe opname gebeurt ook een paramedische opname-evaluatie. De ergotherapeut, kinesist, diëtist, logopedist en sociaal werkster gaan na of aanvullende paramedische evaluatie en/of specifieke paramedische interventie gewenst is. Dit gebeurt aan de hand van de verpleegkundige opnamegegevens en in overleg met de verpleegkundige en arts verantwoordelijk voor de betrokken patiënt. De paramedici starten op eigen initiatief de interventies op die zij nodig achten voor de patiënt. Aanvragen zijn dus niet nodig voor het initiëren van evaluaties of interventies maar dienen enkel voor de registratie/ aanrekening.

Medische opname-evaluatie:

- Anamnese:
 - Voorgeschiedenis
 - Huidige problematiek
 - Systemaanamnese
 - Medicatie bij opname
- Klinisch onderzoek: algemeen-internistisch
- Labogegevens ifv medische indicatie
- Aanvullend onderzoek ifv medische indicatie

Verpleegkundige opname-evaluatie:

- Verpleegkundige opnamegegevens
- Verpleegkundige opnameparameters:
 - Bloeddruk
 - Pols
 - Temperatuur
 - O2-saturatie
 - Gewicht
 - Lengte
 - Pijnscore
 - uitscheiding
 - Valrisico
 - Decubitusrisico volgens Norton-score
 - CAM-schaal
- Verpleegkundige opnameprocedures:
 - Verpleegdossier (zie portaal-site)
 - Toewijzing van patiënt
 - Briefing van de betrokken verpleegkundigen
 - Voedselinnamecontrole volgens voedingskwadrantmethode
 - Pijncontrole volgens VAS-schaal

Paramedische opname-evaluatie:

- Ergotherapeutisch advies en planning in verband met functionaliteit, cognitie, stemming en hulpmiddelen
- Kinesitherapeutische planning in verband met mobiliteit, loophulpmiddelen en andere aandachtspunten
- Planning voor diëtiste in verband met gewichtsevolutie, voedselinname en eventuele interventies
- Logopedische planning in verband met slikfunctie
- Sociale planning in verband met aanpassing thuiszorg en eventuele aanvragen voor opname in een instelling

De onderstaande tabel geeft de indicatie, evaluatieschalen en verantwoordelijken weer in het kader van het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten".

Indicatie	Evaluaties	Verantwoordelijke(n)
Specifieke medische indicatie	Specifiek aanvullend onderzoek	Geriatr
Therapiebeperking	Code omtrent beperking therapie	Geriatr
Delier	CAM-schaal	Verpleegkundige
Cognitief deficit	Watson-clock-drawing-test Mini-mental-stat-examination-test	Ergotherapeut
Depressie	Geriatric-depression-scale-score	Ergotherapeut, psycholoog
Pijn	Visual-analogue-scale-score Painad-schaal	Verpleegkundige
Ondervoeding	Voedingsanamnese Nutritional-risk-screening	Diëtist
Valrisico	Screeningstool verpleegdossier	Verpleegkundige, geriatr, kinesist, ergotherapeut
Decubitusrisico	Norton-score	Verpleegkundige
Functioneel verval	Activities-of-daily-living-evaluatie	Ergotherapeut, kinesist

Een patiënt die opgenomen is op de dienst geriatrie komt in aanmerking voor ontslag wanneer zijn/haar medische, functionele, mentale en sociale toestand geen verdere hospitalisatie vereist. Een beslissing tot ontslag wordt genomen door de geriater na overleg met het pluridisciplinair geriatisch team. Na ontslag wordt de zorg voor de patiënt terug toevertrouwd aan de eerstelijnszorg. Indien verdere opvolging gewenst is, zal dit aangegeven worden onder vorm van een afspraak met begeleidende brief.

OMSCHRIJVING VAN DE ZORGORGANISATIE:

De zorgorganisatie op de eenheden van de dienst geriatrie bestaat uit een medische, een paramedische en een verpleegkundige component. Centraal staat een combinatie van intern zorgoverleg (multidisciplinair overleg= MDO) en extern zorgoverleg (met de eerstelijnszorg).

De belangrijkste elementen van de **medische zorgorganisatie** tijdens normale werkdagen op de eenheden geriatrie worden opgesomd:

- Dagelijks vindt een zaalronde plaats waarbij de verpleegkundige brieft aan de arts om de toestand van de patiënt te bespreken.
- Dagelijks evalueert de arts de aan hem toegewezen patiënten klinisch.
- De klinische evaluatie vindt systematisch zijn weerslag in een opvolgnota in het medisch dossier.
- De huisarts wordt wekelijks op de hoogte gehouden over de evolutie van de patiënt via elektronische weg.
- De arts is minimaal tweemaal per week beschikbaar voor een gesprek met de contactpersonen van de patiënt in verband met niet-dringende problemen.

Voor de **paramedische zorgorganisatie** wordt verwezen naar onderstaande tabel:

<u>G-dienst</u>				
<u>Discipline</u>	<u>DAG 0 (Opname)</u>	<u>DAG1</u>	<u>DAG 2 tot ...</u>	<u>ONTSLAG</u>
Kinesitherapie	<p>1. Anamnese en observatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobiliteit en gang voor opname - Screening huidige mobiliteit en gang - (gang)hulpmiddelen nagaan en/of aanbieden - Sociale status en VG <p>2. Opstellen behandelplan en doelstellingen</p>	<p>1. Opstarten doelgerichte behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positionering/comfortzorg - gangrevalidatie en transfers - Mobilisaties - Oefentherapie - Conditionering - Ademhalingstherapie - Valpreventie/evenwicht - Educatie aan ptn en familie - Gebruik van hulpmiddelen <p>Afhankelijk van pathologie. Individueel of in groepsverband</p> <p>2. Opstart/Verderzetting klinisch pad</p>	<p>1. Evaluatie en mogelijks verderzetting behandelplan en follow up volgens evolutie ptn.</p> <p>2. Consult fysisch geneesheer mogelijk ivv bepaalde pathologieën/problematieken.</p>	<p>1. Afronden behandeling.</p> <p>2. Ontslagformulier</p>
Ergotherapie	<p>1. Anamnese en observatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobiliteit en zelfredzaamheid voor de opname - Screening huidige mobiliteit, zelfredzaamheid en cognitieve status - afname MMSE : <ul style="list-style-type: none"> o indien geen recente (<6 mond afname) o indien geen delier o indien geen zwaar gevorderde dementie - Sociale status en VG <p>2. Opstellen behandelplan en doelstellingen</p>	<p>1. Opstarten doelgerichte behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positionering/comfortzorg - Transfers - ADL- training - Cognitie - Valpreventie - Educatie aan ptn en familie - Gebruik en verdeling van hulpmiddelen (rollator - looprek - krukken - stok) <p>Afhankelijk van de pathologie.</p> <p>2. Opstart/Verderzetting klinisch pad.....</p>	<p>1. Evaluatie en mogelijks verderzetting behandelplan en follow up volgens evolutie ptn</p> <p>2. Hertesten MMSE (op vraag van geriater).</p>	<p>1. Afronden behandeling.</p> <p>2. Ontslagformulier</p>

Logopedie	<p>1. Controle screeningsvoorwaarden bij patiënt (algemene gezondheidstoestand, alertheid ,positionering,coöperatie...)</p> <p>2. Diagnose slikproblemen en voorstel tot voedingsaanpassing a. indikken vloeistoffen b. bepalen voedingsconsistentie: - NPO - slikdieet - halfvloeibaar dieet - gemalen dieet - mals dieet - gewone voeding</p> <p>3. dieet en aandachtspunten briefen aan verantwoordelijke verpleegkundige</p> <p>4. dieetkeuze doorgeven aan keuken/diëtiste</p> <p>5. dieetkeuze melden in het patiëntendossier</p> <p>6. aandachtsblad(en) boven het bed bevestigen</p> <p>7. informatiebrochure op nachtkastje leggen , familie informeren</p>	<p>1. herevaluatie slikproblemen</p> <p>2. eventueel heraanpassen voedingsconsistentie en aandachtspunten (melden aan verantwoordelijke verpleegkundige, melden in patiëntendossier)</p> <p>3. Screening Taal-, en spraakstoornissen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. diagnose dmv de Akense Afasie Test en/of en Radboud Dysartrie Test 2. behandeling door <ol style="list-style-type: none"> a. mondmotorische oefeningen b. taalbegrips- en taalproductieoefeningen c. geheugenfunctie stimuleren → zowel in groep als individueel 3. Indien 1 +2 niet helpen: compenserende maatregelen cfr. picto's of een schrijfbord of taalzakboek ,dit ook weer in samenspraak met de familie. 	<p>1. herevaluatie slikproblemen (cfr. protocol mbt. alternatieve voeding)</p> <p>2. follow up en eventueel heraanpassen voedingsconsistentie en aandachtspunten</p> <p>3. Verderzetting behandelplan volgens evolutie ptn.</p>	<p>1. Afronden behandeling.</p> <p>2. Ontslagformulier</p>
Psychologie	<p>Geen psychologie</p> <p>Criteria voor psychologisch consult geriatrie patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verwerkingsproblematiek en/of rouw - angst - depressie - familiale problemen of ruzie - agressie 	<p>Op aanvraag door geriater of via MDO</p> <p>Diagnose en preventie dmv: → Gesprek (advies, individueel, opvang, crisis, ...) → Onderzoek</p> <p>Administratie – communicatie: → Kort verslag in ptn dossier → Mondelinge overdracht naar vpl/DH/Arts/therapeut/Familie → Digitaal verslag in medisch dossier → Kennisgeving aan arts</p>	<p>Eventuele opvolgingsgesprekken</p> <p>Aanvraag van psychologe naar ondersteuning pastorale dienst.</p>	<p>/</p>

Elke verpleegeenheid geriatrie organiseert wekelijks een **intern zorgoverleg (MDO)**. Het doktersverslag hiervan is het wettelijk verplicht verslag van dit overleg. Dit wordt elektronisch doorgestuurd naar de behandelende huisarts van elke patiënt. Volgende disciplines nemen hieraan deel: arts, hoofdverpleegkundige, toegewezen verpleegkundige, kinesist, ergotherapeut, diëtist, sociaal assistent.

De **eenheids-specifieke zorgorganisatie** van de dienst geriatrie wordt hieronder omschreven:

De zorgorganisatie op eenheid D30 (24 bedden) in het kader van het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten"

Bereikbaarheid: 011/69 97 00

Verantwoordelijke arts: afwisselend per 6 maanden dokter Joosen en dokter Martens

Hoofdverpleegkundige: Kim Derieuw

Teamvergadering: dinsdag van 10.30u tot 11.30

Familiegesprek met arts: dinsdag, woensdag, donderdag of vrijdag vanaf 17u, naargelang de verantwoordelijke arts.

De zorgorganisatie op eenheid I2 (24 bedden) in het kader van het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten"

Bereikbaarheid: 011/69 97 70

Verantwoordelijke arts: afwisselend per 6 maanden dokter Joosen en dokter Martens

Hoofdverpleegkundige: Erna Vansimpsen

Teamvergadering: donderdag van 10.30u tot 11.30

Familiegesprek met arts: dinsdag, woensdag, donderdag vrijdag vanaf 17u, naargelang de verantwoordelijke arts.

De zorgorganisatie op eenheid Z3 (24 bedden) in het kader van het zorgpad "acute syndromen bij geriatrische patiënten"

Bereikbaarheid: 011/69 98 60

Verantwoordelijke arts: afwisselend per 6 maanden dokter Joosen en dokter Martens

Hoofdverpleegkundige: Chris Coart

Teamvergadering: woensdag van 10.30u tot 11.30

Familiegesprek met arts: dinsdag, woensdag, donderdag of vrijdag vanaf 17u, naargelang de verantwoordelijke arts.

II.2. Zorgpad in verband met “oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten”

DOELGROEP:

Typisch voor dit zorgpad is dat het verloopt via daghospitalisatie op het geriatrisch dagziekenhuis. Het geriatrisch dagziekenhuis richt zich tot thuiswonende of in instelling-verblijvende ouderen van gemiddeld 75 jaar met niet-acute, medisch-geriatrische problemen die niet wensen of die niet moeten gehospitaliseerd worden. De patiënten worden verwezen door hun huisarts of de geriater (indien de patiënt recent gehospitaliseerd werd op de afdeling geriatric). Patiënten jonger dan 75 jaar kunnen eveneens naar het dagziekenhuis verwezen worden mits uitdrukkelijke toestemming van de geriater. Voor geriatrische patiënten met een valproblematiek, geheugenproblemen of metabole botziekten zijn specifieke zorgpaden uitgebouwd die lopen via het geriatrisch dagziekenhuis.

INCLUSIECRITERIA:

- Atypische en vaag afgebakende pathologieën waarvoor de verwijzer specialistisch advies wenst.
- Specifieke geriatrische syndromen zoals bloedarmoede, gewichtsverlies en voedingsproblemen.
- Indicatie voor controle-raadpleging, geheugenkliniek, valkliniek en/of technische onderzoeken na een recente hospitalisatie op de dienst geriatric.
- Indicatie voor specifieke geriatrische opvolging na recente hospitalisatie op een niet-geriatrische eenheid mits verwijzing via het geriatrisch supportteam.

EXCLUSIECRITERIA:

Geriatrische patiënten zonder bovenstaand profiel komen niet in aanmerking voor opname in het zorgpad “oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten”.

OMSCHRIJVING VAN HET TRAJECT:

Afspraken gebeuren via het secretariaat geriatric: tel 011 69 96 05.

De verwijzende of aanvragende arts wordt rechtstreeks doorverbonden met de geriater zodat deze de dringendheid kan inschatten en de nodige onderzoeken kan plannen.

Daarna kan de afspraak zelf gemaakt worden via een secretaresse, een verpleegkundige van de dagzaal of via de geriater zelf. Hierbij zal rekening gehouden worden met de drukte op de dagzaal op die dag. Tevens dient vermeld te worden of patiënt bedlegerig is of niet.

De huisarts gebruikt bij voorkeur een verwijsbrief.

VERLOOP VAN HET TRAJECT:

Patiënten op de dagzaal geriatric doorlopen in functie van de reden van opname een bepaald traject.

Traject patiënt dagzaal geriatric:

INTAKE DOOR DE VERPLEEGKUNDIGE

- initiële opvang van de patiënt en familie/begeleiders
- hen in de gemeenschappelijke ruimte plaatsen
- afname parameters: BD, pols, temp., saturatie
- nakijken geplande onderzoeken, vervoer regelen

Evaluatie door de geriater

- anamnese
- klinisch onderzoek
- uitleg geplande of te plannen onderzoeken

Evaluatie door de kinesist/ergotherapeut/psychologe zo nodig

Geplande onderzoeken

Afsluitend gesprek door de geriater

- bespreking en besluit
- verdere planning overlopen

Uttake door de verpleegkundige

- afspraken meegeven
- ev. vervoer regelen

Invulling afspraken van het geriatrisch dagziekenhuis:

- Oppuntstelling en opvolging in functie van de geriater die de patiënt gevolgd heeft.
- Geheugenkliniek: dinsdag en donderdag. Herscreening MMSE kan ook op andere dagen gebeuren mits duidelijk afspreken/plannen.
- Valkliniek: dinsdag en vrijdag
- Metabole botziekten: alle weekdays in functie van de agenda van het dagziekenhuis.

Zorgpadprocedure:

Standaardevaluaties op indicatie

Binnen het zorgpad "oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten" zijn zowel medische onderzoeken als specifieke evaluaties op indicatie mogelijk.

- Medische onderzoeken op indicatie
- Een valevaluatie wordt door een verpleegkundige verricht bij vermoeden van een valproblematiek door middel van een tinetti-test.
- Een **dieetevaluatie** wordt uitsluitend verricht bij vermoeden van ongewenst gewichtsverlies.

Standaardinterventies

Het zorgpad "oppuntstelling en opvolging van geriatrische patiënten" wordt gekenmerkt door uiteenlopende standaardinterventies.

- De **therapeutische en diagnostische interventies:**

Bloed- en bloedderivatentransfusies

Parenterale medicatie (vb. ijzersubstitutie of intraveneuze bisfosfonaattherapie)

- Naast therapeutische en diagnostische interventies worden ook een aantal **specifieke adviezen** verleent.

Osteoporose-advies: bij positieve anamnese van wervelindeuking en/of perifere breuken wordt de patiënt doorverwezen naar het zorgpad "preventie fractuurrecidieven"

Sociaal advies: op verzoek van de patiënt, de naasten, de verpleegkundige of arts kan beroep gedaan worden op een sociaal assistent die de patiënt adviseert in verband met thuiszorgdiensten of opname in een instelling.

Ergotherapeutisch advies: bij problemen in verband met de ADL of IADL-functies of specifieke hulpmiddelen met inbegrip van rolstoelaanvraag

Voedingsadvies: bij ongewenst gewichtsverlies kan beroep gedaan worden op een diëtist voor het opstarten van energierijke voeding eventueel in combinatie met bijvoeding.

Kinesitherapeutisch advies

Verantwoordelijken en omkadering volgens wettelijke normering

Medisch: 1 voltijds equivalent (VTE)

Verpleegkundig: 1,2 VTE

Ergotherapeutisch: 0,2 VTE

Kinesitherapeutisch: 0,2 VTE

Sociaal: 0,5 VTE

Diëtiëk: 0,25 VTE

Psychologisch: 0,5 VTE

II.3. Zorgpad in verband met geriatrische consultondersteuning

Wat is het GST (geriatrisch support team)?

Het geriatrisch support team (interne liaison geriatrie) is een functie, ontstaan vanuit het geriatrisch zorgprogramma.

Geriatrische patiënten die niet op een geriatrische afdeling verblijven, kunnen een beroep doen op de deskundigheid en de kwaliteiten van het GST. Het GST biedt op deze afdelingen ondersteuning aan, zodat de zorgverlening van de geriatrische patiënten maximaal wordt afgestemd op hun specifieke noden.

Doelstellingen van het GST

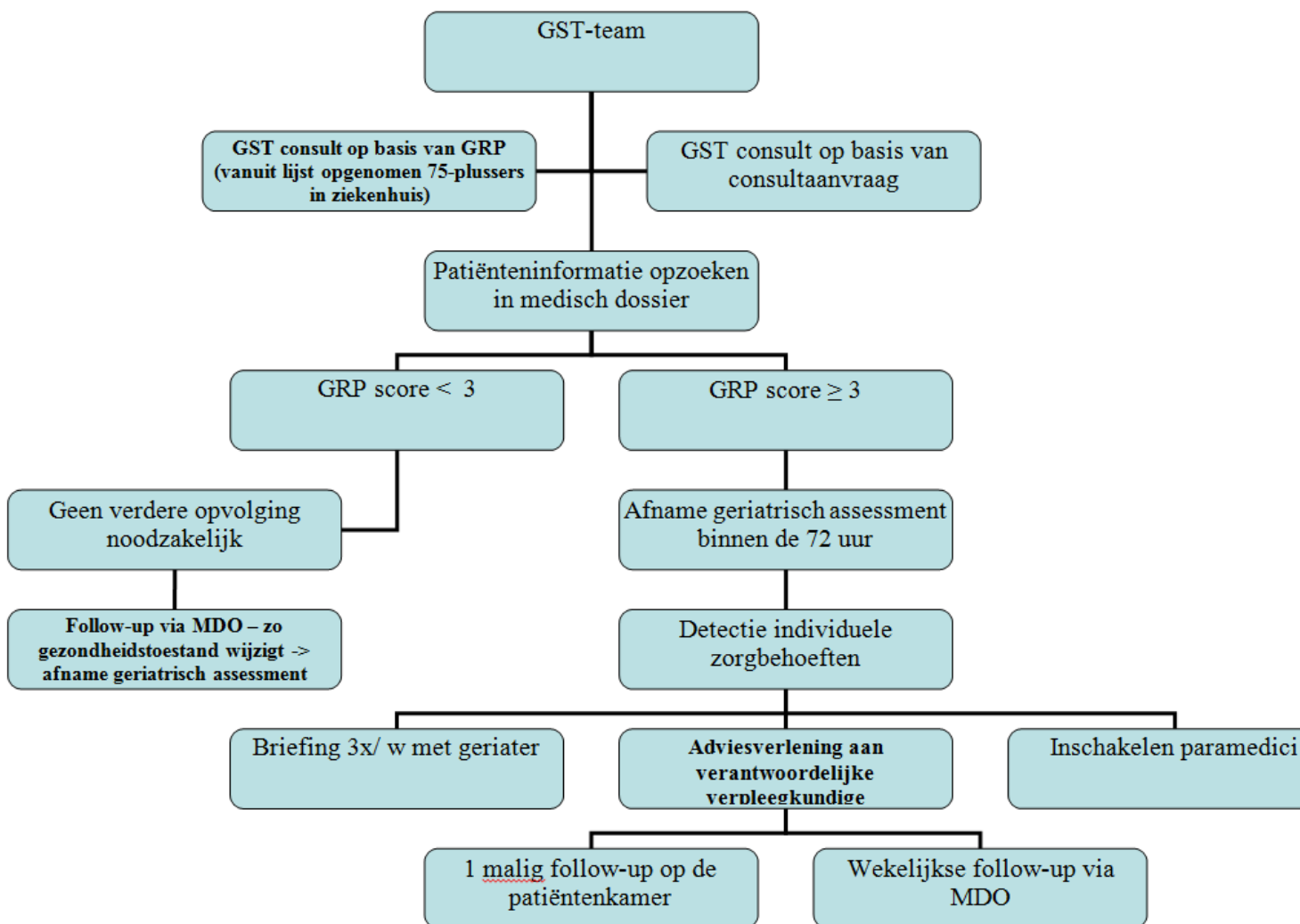
Het GST wil de kwaliteit van de zorgverlening voor de geriatrische patiënten verbeteren door:

- specifieke risico's en leeftijdsgebonden problemen bij de geriatrische patiënt vroegtijdig op te sporen.
- gericht in te spelen op deze risico's en problemen, via preventiemaatregelen, een specifieke behandeling, adviesverlening en ondersteuning van de behandelende arts en het verzorgend team.

Hierdoor wordt er naar een optimaal herstel met een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en kwaliteit van het leven gestreefd.

Leden van het GST-team

Geriatr
2 verpleegkundigen
Ergotherapeute
Kinesiste
Psychologe
Diëtiste
Logopediste
Sociale dienst



Hoe komt het GST bij de patiënt?

Op basis van de GRP-score (geriatrisch risico profiel)

De GRP-score is een screeningstool bestaande uit 5 vragen om de kwetsbaarheid van de patiënt te beoordelen. De GRP-score kan men terugvinden in het KWS bij de anamnese en wordt bij de opname van de patiënt afgenomen door de spoedverpleegkundige of de verpleegkundige van de vooropname. Bij rechtstreekse opname op de afdeling wordt de GRP ingevuld door de verantwoordelijke verpleegkundige van deze afdeling.

Indien de GRP-score $\geq 3/6$ bedraagt neemt de GST-verpleegkundige een geriatrisch assessment af. Indien de GRP-score $< 3/6$ bedraagt, is geen onmiddellijke opvolging vereist. De patiënt wordt wel nog wekelijks tijdens het MDO opgevolgd zodat bij wijziging van zijn gezondheidstoestand toch nog beslist kan worden om een geriatrisch assessment af te nemen.

	Score
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (bv. desoriëntatie, dementie, delirium)	2
2. Alleenwonend OF geen hulp mogelijk door inwonende partner / familie	1
3. Moeilijkheden bij stappen of transfers OF gevallen in de voorbije 6 maanden	1
4. Hij / Zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1
5. De patiënt gebruikt ≥ 4 medicamenten	1
TOTAAL	6

Op basis van consult aanvraag

De behandelende arts kan een GST-consult aanvragen. Patiënten waar een geriatrisch risicoprofiel aanwezig is, dus onafhankelijk van leeftijd of GRP, kunnen op deze manier een GST-consult krijgen.

De werking van GST:

De GST-verpleegkundige neemt binnen de 72 uur een geriatrisch assessment af bij patiënten met een GRP score $\geq 3/6$. In het geriatrisch assessment worden volgende domeinen kritisch bekeken: het sociale luik, de functionaliteit van de patiënt, het cognitief functioneren met afname van kloktekentest, het emotioneel functioneren, de mobiliteit van de patiënt, het valrisico met bijzondere aandacht voor val- en fractuurpreventie en eventueel afname van een verpleegkundige valscreening, de voedingstoestand door afname NRS, monduitzicht en slik- en kauwstoornissen, incontinentieproblemen, decubitusrisico, pijncontrole, slaapstoornissen, visus- en gehoor problemen en andere mogelijke geriatrische problemen.

Aan de hand hiervan krijgt de GST-verpleegkundige een totaalbeeld van het functioneren van de patiënt in zijn thuissituatie en zijn huidige situatie in het ziekenhuis en worden specifieke acties uitgewerkt. Speciale aandacht gaat uit naar alle patiënten vanaf 60 jaar opgenomen met een traumatische heupfractuur. Een uitgebreide screening van deze patiënten is aangewezen aangezien specifieke adviezen voor deze doelgroep noodzakelijk zijn.

Aan de hand van de gedetecteerde zorgproblemen schrijft de GST-verpleegkundige een geriatrisch adviesverleningsblad uit, schakelt zij de nodige paramedici in en brieft zij de zorgproblemen door aan de verantwoordelijke verpleegkundige:

Mogelijke aandachtspunten voor de verantwoordelijke verpleegkundige:

- Valpreventie (5 vuistregels toepassen, orthostatische hypotensie ...)
- Decubituspreventie (alternatingmatras, AD kussen, Caviolncreme, hielen drukvrij leggen, wisselhouding ...)
- Opvolging stoelgangspatroon/opstarten laxativa
- Minimum 1x/w opvolging gewicht en bijhouden voedingsbalans
- Preventie en aanpak delirant gedrag (ROT, prikkelreductie, aangepast taalgebruik, CAM schaal ...)
- Pijncontrole (opstart pijnmedicatie, pijnschaal ...)
- Opvolging fixatie (noodzakelijkheid evalueren, alternatieven voorstellen ...)
- Mondzorg – slikproces opvolgen
- Gemoedstoestand/slaappatroon opvolgen
- Cave skintears
- Incontinentie (klokplassen, incontinentiemateriaal, indicatie medicamenteuze behandeling ...)

Inschakelen paramedici door GST:

- Sociale dienst: evaluatie haalbaarheid thuissituatie, haalbaarheid draagkracht mantelzorgers, preventieve inschrijving, bekijken van hulpmiddelen (toiletstoel, wc-verhoger, PAS ...)
- Kinesitherapeut: aanvraag tot mobilisatie/revalidatie, evaluatie/aanleren van hulpmiddel, transfers, AH kiné, trappen, kiné valscreening ...
- Ergotherapeut: ADL, verbeterde functionaliteit, ergo valscreening, MMSE afname (bij afwijkende klokttest afgenomen door GST-verpleegkundige), aangepast bestek, aanvraag pullmanpantoffels ...
- Diëtiste: MNA-sf (mini nutritional assessment) wordt afgenomen door de GST-verpleegkundige, indien afwijkend (< 12/14) wordt diëtiste bijgevraagd voor opstarten bijvoeding, calorieberekening, hulpmiddelen zoals neusbeker ...
- Logopediste: bij vermoeden van slikproblemen vraagt de GST-verpleegkundige een logopedische screening aan voor de patiënt
- Pastorale dienst: eenzaamheidsproblematiek, rouwverwerking, spirituele nabijheid ...
- Psychologe: problematische rouwverwerking, depressie, psychische ondersteuning/diagnostiek,
- PST: ondersteuning palliatieve patiënten en hun familie , comfortzorg ...
- Anderen: wondzorgverpleegkundige, pijnverpleegkundige ...

De GST-verpleegkundige bespreekt 2 tot 3x/ week de gescreende patiënten met de geriater. Medische domeinen zoals osteoporosedetectie, fractuurpreventie, medische behandeling bij delier, vraag tot overname worden besproken ... De geriater formuleert medisch advies dat de GST-verpleegkundige terugkoppelt naar de verpleegafdeling. De verantwoordelijke verpleegkundige van de verpleegafdeling dient erop toe te zien dat de gegeven adviezen uitgevoerd worden. Het geriatrisch adviesverleningsblad dient hierna als volledig uitgevoerd geparafeerd te worden.

Follow-up van de gescreende patiënten gebeurt door de GST-verpleegkundige eenmalig op de patiëntenkamer en wekelijks via het MDO. Op basis van de input van de betrokken disciplines tijdens het MDO kan het GST-advies bijgestuurd worden.

De GST-verpleegkundige registreert de patiënten hierna in verscheidene databanken.

Bijkomende taken van het GST

- Actief meewerken aan de uitbouw van een geriatrische zorgcultuur.
- Een adviserende functie met betrekking tot de geriatrische zorg zowel naar familie, mantelzorgers als naar externe hulpverleners.
- Het organiseren van ziekenhuisbrede bijscholingen/workshops rond geriatrische items, alsook 2 maal per jaar vergaderingen met de sterrolverpleegkundigen geriatric. De GST-verpleegkundige houdt de sterrolverpleegkundigen geriatric op de hoogte van geriatrische topics en geriatrische knelpunten binnen het ziekenhuis en stuurt bij waar nodig.
- De verpleegkundigen alsook de logopediste en de diëtiste van het GST maken samen deel uit van het voedingsteam. Hierdoor wordt extra aandacht besteed aan de voedingstoestand van de oudere patiënten en in het bijzonder aan het risico op ondervoeding. Het team stelt samen met de dieetafdeling concrete acties voor om deze afwijkende voedingstoestand te verbeteren.
- Het mee organiseren van en helpen met de jaarlijkse internationale voedingsdag.
- Het GST maakt ook deel uit van het zorgoverleg geriatric.
- Zorgen voor een geriatric vriendelijk imago van het ziekenhuis (Dag van de ouderen, Week van de ouderen ...)
- Het GST is coördinator en actief lid van de werkgroep valpreventie en beheert tevens het incidentmeldingssysteem voor valincidenten. 2 maal per jaar woont GST de externe vergadering van de valklinieken Limburg bij.
- Nauwe samenwerking met cel kwaliteit: GST neemt deel aan de vergaderingen van cel patiëntveiligheid en brengt alle heupfracturen vanaf 60 jaar met mogelijke complicaties en comorbiditeit statistisch in beeld.
- Meewerken aan het uitschrijven van geriatric zorgprotocollen.

II.4. Zorgpad in verband met revalidatie bij geriatrische patiënten:

INCLUSIECRITERIA

De doelgroep van dit zorgpad omvat personen van gemiddeld 75 jaar met nood aan revalidatie na een traumatologische ingreep of na een fractuur waarvoor een conservatief beleid wordt aangenomen. Ook revalidatie bij ernstig cardiovasculair lijden, infectieuze problematiek of cognitieve stoornissen zijn criteria om te kiezen voor dit zorgpad binnen geriatrie.

EXCLUSIECRITERIA

Patiënten die niet voldoen aan bovenstaande inclusiecriteria komen niet in aanmerking voor opname in het zorgpad "fractuurrevalidatie bij geriatrische patiënten" tenzij met uitdrukkelijk akkoord van de geriater.

ZORGTRAJECT

Het typische traject verloopt hoofdzakelijk vanuit opname via spoedgevallen. De patiënt doorloopt een geïndividualiseerd revalidatieprogramma in functie van realistische doelstellingen. Die doelstellingen worden wekelijks tijdens de teamvergadering geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. Wanneer dit zorgpad doorlopen is, kan een overname door de SP-afdeling aangevraagd worden mits voldaan wordt aan de overnamecriteria van deze revalidatie-afdeling. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt wordt ontslagen naar huis, al dan niet met mantelzorg en/of professionele thuiszorg. Een verwijzing naar een instelling kan indien de terugkeer naar de thuissituatie toch niet haalbaar blijkt.

De kinesitherapeutische en ergotherapeutische evaluaties worden gedaan aan de hand van reeds uitgewerkte klinische paden ([zie portaaliste-klinische paden](#)).

Medische interventies worden gedaan zoals beschreven in het zorgpad "diagnosestelling en therapiebeleid".

Het ontslag wordt vanaf het moment van opname voorbereid en gebeurt op basis van multidisciplinaire samenwerking met de patiënt en zijn naasten met het oog op een optimale maar realistische ontslagbestemming.

Doorverwijzing naar een ander zorgpad zoals "diagnosestelling en therapiebeleid bij metabole botziekten", "medische nazorg en preventie van fractuurrecidieven", "evaluatie en preventie van recidiverend vallen" of "diagnosestelling en therapiebeleid bij cognitiestoornissen" is aan de geriater om te beslissen

III. Dienst-overschrijdende zorgpaden

III.1. Diagnosestelling en therapiebeleid bij osteoporose.

DOELGROEP:

Al dan niet opgenomen niet-bedlegerige volwassenen met een vermoedelijke of gedocumenteerde metabole botziekte.

INCLUSIECRITERIA:

Betrokken individuen moeten beantwoorden aan onderstaande criteria.

Leeftijd: 40 jaar of ouder

Niet-bedlegerig: al dan niet opgenomen maar in staat tot ambulante evaluatie via raadpleging of daghospitalisatie.

Diagnostische en/of therapeutische adviesnood i.v.m. metabool botlijden:

- Risicofactoranalyse en bepaling van absolute fractuurrisico
- Advies in kader van vermoedelijke of gedocumenteerde osteoporose
- Osteoporosescreening in kader van voorbeschikkende context zoals corticotherapie of hyperthyreoïdie
- Chronische monitoring van osteoporosebehandeling
- Advies in kader van vermoedelijke of gedocumenteerde niet-osteoporotische metabole botpathologie zoals osteitis deformans of hyperparathyreoïdie

EXCLUSIECRITERIA:

Patiënten die niet aan bovenstaand profiel beantwoorden of bij wie een ambulante evaluatie onmogelijk is wegens een actief medisch probleem, bedlegerigheid of immobilisatie. Hospitalisatie op zich is geen exclusie criterium.

ZORGTRAJECT in het kader van zorgpad "diagnosestelling en therapiebeleid bij metabole botziekten"

Opname in het zorgtraject:

- Via externe verwijzing
- Via interne verwijzing na opname geriatrie, na opname orthopedie met fractuur of na een GST-consult tijdens een opname.
- Via gipsraadpleging na een positieve screening

Verloop van het zorgtraject:

- Evaluatie en opstellen van een diagnostisch en therapeutisch bilan
- Invasieve procedures op indicatie
- Opvolging op ambulante basis

Ontslag uit het zorgtraject:

- Via terugverwijzing naar de initiële verwijzer

Afspraak maken voor een **botdensitometrie en infuustherapie op indicatie:** wordt geregeld door het secretariaat.

III.3. Evaluatie en preventie van recidiverend vallen.

De doelgroep van het zorgpad "recidiverend vallen" omvat ambulante patiënten die het afgelopen jaar twee of meer valincidenten doormaakten, patiënten die werden gehospitaliseerd omwille van een val en gehospitaliseerde patiënten met een verhoogd valrisico.

INCLUSIECRITERIA:

Om opgenomen te worden in dit zorgpad moeten de patiënten beantwoorden aan één van de onderstaande criteria:

- Patiënten die 2 of meer keer gevallen zijn tijdens de voorbije 12 maanden.
- Patiënten opgenomen omwille van een val.
- Geriatrische patiënten zonder valincident waarbij gezondheidswerkers klinisch oordelen dat de patiënt een verhoogd valrisico heeft.

EXCLUSIECRITERIA:

Patiënten zonder bovenstaand profiel of waarbij een evaluatie niet mogelijk is wegens een actief medisch probleem, bedlegerigheid of immobilisatie.

ZORGTRAJECT:

Opname in het zorgtraject:

- Via externe verwijzing, bijvoorbeeld door huisarts
- Via verwijzing vanuit een geriatrische afdeling
- Via verwijzing vanuit een andere afdeling door het geriatrisch support team

Verloop van het zorgtraject:

- Medisch-kinesitherapeutisch-ergotherapeutische bilanevaluatie

Ontslag uit het zorgtraject:

- Via terugverwijzing naar de initiële verwijzer (intern of extern)
- Via opname op een geriatrische eenheid

Procedure:

De afspraak wordt gepland door het secretariaat. Patiënten melden zich bij de balie van het geriatrisch dagcentrum om 08u.

Eventuele hulpmiddelen (zoals een bril, gehoorapparaat, loophulpmiddel of aangepast schoeisel) meegebracht worden. De patiënt wordt tijdens de consultatie bij voorkeur vergezeld door een familielid of contactpersoon.

Systematische standaardevaluaties:

- Kinesitherapeutische evaluatie: Evaluatie van evenwicht, mobiliteit en knijp/spierkracht. TUG en Tinetti-test worden hier meestal voor gebruikt (zie bijlage)
- Ergotherapeutische evaluatie: MMSE, basis-ADL, IADL
- Verpleegkundige evaluatie: E-test, ondervoedingsscreening, orthostatische hypotensie opsporen, incontinentienazicht.
- Medische evaluatie: locomotorisch, neurologisch en cardiovasculair onderzoek plus medicatienazicht

Medische onderzoeken op indicatie

Valeducatie: zie folders bijlage

Specifieke adviezen:

- Aanpassen van onderhoudsmedicatie
- Educatie rond orthostatische hypotensie
- Bij visusproblemen: verwijzing naar oftalmologie
- Voorstel tot aanpassing schoeisel
- Correctie van risicofactoren in de omgeving
- Opstarten van therapie voor de gemoedsgesteldheid
- Verwijzing in verband met inclusie in het zorgpad "metabole botziekten"

III.4. Diagnosestelling en therapiebeleid bij cognitiestoornissen.

INCLUSIECRITERIA:

- In het zorgpad "cognitieve stoornissen bij geriatrische patiënten" worden patiënten opgenomen van gemiddeld 75 jaar of ouder met verworven subjectieve of objectieve geheugen- en/of andere stoornissen van cognitieve functies zoals taal, praxis, aandacht, gedrag of persoonlijkheid. In eerste instantie zijn dit patiënten die in een thuissituatie verblijven en in een ambulante setting kunnen worden gezien.
- Gehospitaliseerde patiënten waarbij bovenvermelde stoornissen geobjectiveerd worden tijdens opname, worden in principe een zestal weken na ontslag naar de thuissituatie electief gezien voor herevaluatie.
- Ook patiënten die door het GST geëvalueerd worden en waarbij een cognitief probleem vermoed wordt, kunnen doorverwezen worden voor een evaluatie.
- Alternatieve instroommogelijkheden zijn extern via verwijzing door een andere arts of op initiatief van patiënt of familie.

EXCLUSIECRITERIA:

Patiënten waar een onvermogen is tot mondelinge communicatie worden geëxcludeerd uit dit zorgpad.

Binnen dit zorgpad kunnen verschillende trajecten worden beschreven in functie van de herkomst van de patiënt. Een raadpleging bestaat uit het identificeren van de klachten en het in kaart brengen van eventuele objectieve deficits. Deze raadpleging staat in het teken van een klinisch onderzoek en de planning van aanvullende standaardonderzoeken en onderzoeken op indicatie. De bevindingen hiervan worden door de arts uitvoerig besproken met de patiënt en zijn naasten en een eventueel therapieplan wordt opgesteld. Indien cognitieve problemen weerhouden worden, zal in principe een jaarlijkse herevaluatie gepland worden.

Patiënten die gehospitaliseerd worden op de afdeling geriatrie en die niet vooraf gekend zijn met cognitieve problemen of waarbij cognitieve problemen niet de reden van opname uitmaken, worden in principe op de afdeling cognitief gescreend. Er wordt een *mini-mental-state-examination-test* (MMSE) afgenomen volgens de instructies van de ergotherapeutische richtlijn. Indien de patiënt (die niet in een instelling verblijft) tussen 12/30 en 24/30 scoort bij een normaal bewustzijn kan een herevaluatie van de cognitieve functies op het geriatrisch dagcentrum met de patiënt besproken en gepland te worden.

VERLOOP:

De onderzoeken vinden plaats op het geriatrisch dagcentrum. Een afspraak wordt gemaakt via het secretariaat. Bij deze evaluatie dient de patiënt begeleid te worden door een vertrouwenspersoon of naaste familie.

Systematische standaardevaluaties:

Medische onderzoeken uitsluitend op indicatie (eventueel CT hersenen, bloedname).

Specifieke evaluatie:

Neuropsychiatric-inventory-questionnaire-test (NPI-test) bij gedragsstoornissen of in kader van terugbetaling medicatie.

Standaardinterventies:

Wat de standaardinterventies van het zorgpad "cognitieve stoornissen bij geriatrische patiënten" betreft wordt onderscheid gemaakt tussen medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies.

IV. kwaliteitsbeleid binnen de dienst geriatrie

Kwaliteit dient bewaakt te worden, bevorderd te worden waar nodig en gehandhaafd waar mogelijk. Kwaliteitsvolle zorg dient te voldoen aan een hele reeks voorwaarden.

KWALITEITSBEWAKING

- Verlenen van **evidentie-gestuurde zorg**, zowel medisch als paramedisch. Geschikte medische en paramedische zorg is zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden aangewezen is bij een specifiek gezondheidsprobleem, in geriatrie voor individuele hoogbejaarde patiënten of groepen van hoogbejaarde patiënten. De keuze van de juiste zorg voor de juiste patiënten vertaalt zich in de verschillende zorgprogramma's van de dienst geriatrie. Ook moet men zich steeds afvragen of de richtlijnen voldoende op wetenschappelijke inzichten zijn gebaseerd.
- Alhoewel patiëntenzorg gestuurd wordt door algemene principes en inzichten, moet de eigenheid van elke patiënt centraal blijven staan. Aandacht is blijvend nodig voor **zorg op maat van het individu**. Een richtlijn zou de indruk kunnen wekken dat deze algemeen is en afbreuk zou doen aan het unieke karakter van elke patiënt. Een richtlijn kan en moet aangepast worden aan de individuele noden. Afwijkingen zullen steeds mogelijk blijven mits ze duidelijk gemotiveerd zijn.
- In verband met **zorgveiligheid** zijn er een aantal aandachtspunten: dubbele patiëntidentificatie (mondeling bevragen en checken via het armbandje), adequate handhygiëne, correct medicatiebeleid, naadloze medicatiedistributie, *informed consent* en het vermijden van letsels.
- Overleg met de patiënt moet centraal staan, met nadruk op transparantie en **patiënteninformatie**. Een *informed consent* dat niet kan ingevuld worden door een patiënt waar de cognitieve toestand beperkt is, moet met zijn vertegenwoordiger besproken worden. Het spreekt voor zich dat, waar dit niet mogelijk is (zoals bij spoedgevallen), de arts de beslissing moet kunnen blijven nemen. Dit is trouwens ook zo voorzien in de patiëntenrechtenwet.
- Kwaliteitsvolle zorg wordt gekenmerkt door **zorgtoegankelijkheid** voor iedere geriatrische patiënt, ongeacht leeftijd, comorbiditeit of financiële draagkracht. De chronologische leeftijd op zich mag geen criterium zijn om verantwoorde zorgen te ontzeggen aan ouderen. De aanwezige comorbiditeit en kwetsbaarheid kunnen er wel toe leiden dat bepaalde diagnostische of therapeutische procedures niet meer te verdedigen zijn.
- Geriatrische kwaliteitszorg wordt ook gekenmerkt door **multidisciplinariteit**. Multimorbiditeit, typisch aanwezig bij de overgrote meerderheid van geriatrische patiënten, vergt een gespecialiseerde aanpak met medische en paramedische disciplines, zowel naar evaluatie als interventie. Medische en paramedische geriatrische zorg is dan ook teamwerk. Voor het waarborgen van de zorgkwaliteit is de inbreng van en samenwerking met alle teamleden noodzakelijk.

- Geriatrische kwaliteitszorg is tenslotte ook **transmurale zorg**. Er is een voortdurende communicatie tussen de verwijzende arts, de extramurale zorgverleners en het ziekenhuisnetwerk. Dit laat toe om individuele patiënten een op maat gesneden zorgtraject te bieden.

KWALITEITSPROJECTEN

Kwaliteitsprojecten dienen enerzijds om de kwaliteit van bepaalde aspecten van de organisatie of de zorg te verbeteren of te handhaven indien aan de vereisten voldaan is en anderzijds om aandacht te geven aan en inspanningen te leveren rond potentiële specifieke gezondheidsrisico's waaraan de geriatrische patiënt bloot staat. De volgende tabel vat de kwaliteitsprojecten samen die binnen de dienst geriatrie op permanente basis worden gevoerd.

- Osteoporosescreening: opvolging van elke geriatrische patiënt met een fractuur, deze krijgt systematisch een botmeting
- Decubituspreventie: opvolging aan de hand van decubitusprevalentie
- Valpreventie, valscreening en valpreventiemaatregelen
- Opvolging voedingsstatus en preventie ondervoeding
- Handhygiënemaatregelen en MRSA-opsporing
- Patiëntidentificatie
- deliriumprevalentiemeting
- Incidentmeldingen en systematische opvolging van de gemelde incidenten

STRATEGISCHE OBJECTIEVEN

Elk jaar worden dienst-gebonden indicatoren vooropgesteld met een te behalen percentage. Deze gegevens zijn terug te vinden op het indicatoren dashboard. [LINK dashboard](#) . Knelpunten worden zo bloot gelegd om dan van daaruit verbeteracties op te maken.

V. MEDISCHE RICHTLIJNEN

V.1. Verwardheid (delirium) bij geriatrische patiënten:

Verwardheid bij geriatrische patiënten (delirium) is een stoornis van het bewustzijn, gekenmerkt door een min of meer plots (binnen uren tot dagen) ontstane verwardheid die een wisselend verloop kent over de dag. Er is een verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten en vast te houden en een gewijzigde cognitie zoals incoherent denken, geheugenstoornis, onsamenhangende spraak en desoriëntatie, waarbij zich wanen en hallucinaties kunnen voordoen. Motorische onrust maar ook slaperigheid tot (sub)coma kunnen optreden. Delirium is per definitie een organisch-psychiatrisch ziektebeeld dat het gevolg is van een cerebrale ontregeling, meestal veroorzaakt door een somatische onderliggende aandoening of het gebruik van geneesmiddelen. Delirium gaat gepaard met een toegenomen hospitalisatieduur, morbiditeit en mortaliteit. De lange termijns-prognose van een patiënt met delirium is duidelijk slechter dan bij de niet-delirante patiënt.

Medisch-verpleegkundige **behandeling en aanpak**: [zie portaalsite- zorgprocedures-delirium](#)

V.2. Infectiebeleid bij geriatrische patiënten:

Deze richtlijn geeft een overzicht van de diagnostiek, behandeling en preventie van infecties die frequent voorkomen bij patiënten gehospitaliseerd voor de dienst geriatrie. De empirische therapie voor frequent voorkomende infecties wordt beschreven.

- Bij het voorschrijven van antibiotica bij oudere personen wordt steeds rekening gehouden met de **nierfunctie, bijwerkingen en interacties** met andere geneesmiddelen.
- Het **omzetten van intraveneuze naar perorale antibiotische therapie** dient vroeg in het verloop van de infectie overwogen te worden. Men kan zich laten leiden door het verdwijnen van de koorts en de verbetering van klinische en biochemische parameters.
- De initiële empirische therapie wordt **gehervalueerd** in functie van de resultaten die uit het bacteriologisch onderzoek ter beschikking komen. Zo mogelijk wordt er overgeschakeld naar een pathogeen gerichte antibiotische therapie.

Respiratoire infecties:

Mortaliteit door respiratoire infecties doet zich voornamelijk voor in de populatie van 65 jaar of ouder. Boven de leeftijd van 90 jaar zijn deze infecties de belangrijkste doodsoorzaak. Respiratoire infecties zijn de infecties die het vaakst aanleiding geven tot hospitalisatie bij oudere personen. Een complexe interactie tussen verschillende factoren bepaalt de gevoeligheid van oudere personen voor deze infecties. Deze risicofactoren hebben te maken met veroudering, comorbiditeit, leefgewoonten, functionele en nutritionele weerslag en de omgeving waaraan de oudere personen worden blootgesteld.

Een **respiratoire infectie** is een acute ziekte met hoest, sputa, dyspnoe, wheezing, thoracale pijn en zonder oorzaak voor deze symptomen.

Vormen zijn:

- **Acute bronchitis** is een bronchopulmonale infectie zonder symptomen of evidentie van een pneumonie en zonder onderliggend chronisch obstructief longlijden (COPD).
- **Acute exacerbatie van chronisch obstructief longlijden (AECOPD)** is eveneens een bronchopulmonale infectie met een onderliggende COPD en zonder symptomen of evidentie voor een pneumonie.
- Men kan een **pneumonie** vermoeden bij een bronchopulmonale infectie met koorts of focale bevindingen bij het klinisch longonderzoek. Indien bovendien een nieuw infiltraat aanwezig is op de RX-thorax is de diagnose zeker.
- **Aspiratiepneumonie** is een pneumonie met symptomen die meer dan 24 uur persisteren en een infiltraat tonen op RX-thorax.

Vaccinaties:

Bij elke 65-plusser wordt een **pneumokokkenvaccinatie** aangeraden met een éénmalige hervaccinatie na 5-7 jaren.

Urinaire infecties:

- **Urineweginfecties** zijn de meest frequente infecties bij oudere personen. Oudere personen zijn meer vatbaar voor urineweginfecties ten gevolge van comorbiditeit, functionele abnormaliteiten van de urinewegen, medicatie, gebruik van antibiotica en urinaire katheters. Urineweginfecties komen frequenter voor bij ouder vrouwen dan bij mannen. [Zie zorgplan- portaalsite](#)
- **Pyelonefritis**: opstijgende urineweginfecties met hoge koorts en pijnklachten in de nierstreek, algemeen ziek zijn,...

Gastro-intestinale infecties:

- **Gastro-enterocolitis**: meestal viraal.

- **Clostridium difficile enterocolitis:** zie [portaalsite- zorgprocedures- ziekenhuishygiëne- isolatierichtlijnen](#)
- **Cholecystitis, cholangitis:** zie [zorgplan- portaalsite](#)
- **Pancreatitis**
- **hepatitis**

Septicemieën:

- **Kathetersepsis**
- **Urosepsis**
- **Respiratoire sepsis**
- **Endocarditis**

Huidinfecties:

- **Cellulitis**
- **Erysipelas:** zie [zorgplan- portaalsite](#)
- **Tromboflebitis**

Gewrichtsinfecties:

- **Arthritis**

Behandeling: zie [sites- antibioticabeleid- richtlijnen](#)

V.3. Ondervoeding bij geriatrische patiënten/ nutritioneel advies op geriatrie:

Screening opgenomen geriatrische patiënten

Antropometrie

De lengte, het gewicht en de gewichtsevolutie van de patiënt worden nagegaan. Ook wordt systematisch de body mass index (BMI) berekend. Meting van de BMI geeft de diëtiste een onmiddellijk beeld van de voedingstoestand.

Voedingsscores

Op de geriatrische verpleegafdelingen worden voedingskwadranten bijgehouden, dit wil zeggen dat er dagelijks een maaltijdscore wordt ingevuld voor ontbijt, middagmaal en avondmaal. Zo heeft de diëtiste na een aantal dagen een duidelijk beeld van de voedingsinname van de patiënt.

Kort overzicht verloop praktijk

- Wegen en meten van patiënt bij opname en nadien wekelijks, bespreking van lengte en gewicht (en dus BMI: gewicht/lengte * lengte) op het MDO.
 - ➔ onverklaarde gewichtsverandering, BMI < 18 : melden aan arts, opstarten medische investigatie, inschakelen diëtiste en individueel voedingsplan.
- Screenen van alle ptn. met NRS-2002 bij opname:

Screening (NRS deel I)

- Meten en wegen bij opname door de verpleegkundige

- Eerste screening: 4 vragen (BMI, gewichtsverlies, ernst van de ziekte/therapie, voedselinname) door afdelingsverpleegkundige
- Anamnese voedingsgewoonten van de patiënt door diëtiste bij elke nieuwe opname
- Systematische NRS-afname (deel I + II) bij elke patiënt door diëtiste

Evaluatie voedingsrisico (NRS deel II)

Er worden 2 scores berekend. De ene score wordt bepaald door de verzwakte voedingsstatus/ondervoeding na te gaan. De andere score wordt berekend voor de "ernst van de ziekte". Deze 2 scores maken deel uit van de eindscore. De voedingsstatus wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI), gewichtsverlies en een verminderde voedselinname (d.m.v. een voedingsbalans). Onder de ernst van de ziekte-toestand worden verscheidene ziektebeelden aangegeven.

Een gevorderde leeftijd wordt als risicofactor beschouwd. Daardoor wordt bij patiënten die 75 jaar zijn of ouder één punt bijgeteld bij de totale score.

Een score meer of gelijk aan 3 is een indicatie om een voedingsplan op te starten.

NRS = 0: geen voedingsplan nodig

NRS = 1: licht risico op ondervoeding

NRS = 2: matig risico op ondervoeding

NRS = 3: hoog risico op ondervoeding en opstarten individueel voedingsplan

- Van alle patiënten wordt de voedingsinname bedside genoteerd via een score van 0 (geen voedingsinname) t.e.m. 4 (alles opgegeten).

Stappenplan voeding vanaf opname patiënt

- **Bij opname:**

Er gebeurt een elektronische maaltijdbevraging aan bed. Hierin geven we de voedselvoorkeuren in van elke patiënt. Bv. aantal boterhammen, keuze beleg, etc. Ook consistentie en dieet wordt bevestigd.

Elke patiënt screenen op ondervoeding aan de hand van de NRS-2002 (Nutritional Risk Screening - 2002)

Gewicht noteren en lengte nemen van elke patiënt. BMI berekenen van de patiënt.

- **Tijdens de opname:**

Logopediste en diëtiste hebben een nauwe samenwerking. Logopediste geeft de consistentie door aan de diëtiste (bijvoorbeeld gemalen, mals, halfvloeibaar, korstloos brood, enz.) Aan de hand hiervan bepaalt de diëtiste welke voedingsmiddelen toegestaan zijn.

Aan de hand van de score op ondervoeding wordt individuele voedingsbegeleiding gegeven aan de patiënt. Patiënten die moeilijk kunnen eten, worden zo goed mogelijk bevestigd. Er wordt aan hun de mogelijkheid gegeven om voor extra calorierijke of smaakvolle voedingsmiddelen te kiezen (sandwiches, een eitje, een pasta ...). Als diëtiste zullen we ook bijvoeding voorstellen aan patiënten die ondervoed zijn en die hier

nood aan hebben. Het is dan ook belangrijk deze patiënt goed op te volgen. Dit houdt in regelmatig navragen bij de patiënt wat ze ervan vinden, andere smaken proberen, nakijken of er bijvoedingen op het nachtkastje blijven staan, enz.

Ondersteuning van de maaltijden: patiënten helpen met eten geven, alert zijn naar portiegroottes, voedingsvoorkeuren, enz.

Deelnemen aan het wekelijkse MDO (multidisciplinair overleg). Tijdens dit overleg worden alle patiënten besproken met de verschillende disciplines van de afdeling. De diëtiste meldt het gewicht van de patiënt, score van de NRS-2002, klachten met betrekking tot de voeding en de voedingsinname.

Gewichten 1 tot 2x per week evalueren (gewichten evalueren uit vorige opnames via database).

Opvolgen voedingsinname. Nagaan of de patiënt goed eet, dingen niet graag lust, bepaalde voeding niet kan eten, misselijk is ...

- **Bij ontslag:**

Dieetuitleg aan de patiënt (restenarme voeding, galblaassparend dieet, enz.).

Advies geven over bijvoeding, om dit thuis zo goed mogelijk verder te zetten.

Er wordt een verslag van de voedingstoestand meegegeven (een Excel document) aan de patiënt. Op deze manier weten partners, familie, rusthuizen, enz. ook op welk dieet de patiënt in het ziekenhuis stond, of de patiënt bijvoeding kreeg, welke bijvoeding en hoeveel keer per dag.

Indicaties van diëten op geriatric

Alle diëten zijn gebaseerd op de voedingsdriehoek met name op het streven naar een gezonde, evenwichtige en gevarieerde voeding. De voornaamste dieetvoedingen worden geordend aan de hand van de categorieën hart - en vaatziekten, obesitas en diabetes type 2, diabetes type 1, nefrologie, gastro-enterologie en andere diëten.

Voedingsadvies bij ouderen in het kader van slikproblemen

- **Wat is ondervoeding?**

Ondervoeding is een onderschat probleem binnen de gezondheidszorg. Binnen de medische wereld groeit gelukkig het besef dat een slechte voedingstoestand een bijzonder negatieve impact heeft op de totale gezondheidstoestand en vooral ook op het herstel van de patiënt.

Ondervoeding komt in een ziekenhuis bij 20 – 62 % van de patiënten voor. In een verzorgingstehuis bedraagt dit percentage 50 – 90 % en bij patiënten in de thuiszorg bedraagt dit slechts 4 – 10 %.

Ondervoeding wordt soms ook benoemd als klinische tekorten, ondergewicht of ongewild gewichtsverlies. Welke benaming er ook gebruikt wordt, er is altijd sprake van een negatieve balans tussen wat er ingenomen wordt en wat het lichaam nodig heeft aan voedingsstoffen om goed te kunnen functioneren.

- **Hoe ondervoeding screenen?**

Een goede voedingstoestand is een essentiële voorwaarde voor verschillende zaken: het bereiken en handhaven van de gezondheid, goede wondheling, het verhogen van de weerstand en wat zeer belangrijk is dat de patiënt zich goed voelt.

Een slechte voedingstoestand en ondervoeding moeten op een correcte manier vastgesteld worden. Hiervoor beschikt de diëtiste van het Sint-Trudo ziekenhuis over een screeningsdocument.

Wat voor de meeste patiënten moeilijk te begrijpen is, is het feit dat een hoge BMI (Body Mass Index) geen garantie is voor een goede voedingsstatus. Ook personen met overgewicht kunnen te maken krijgen met ondervoeding. Tijdens de screening naar ondervoeding wordt er daarom niet alleen rekening gehouden met de BMI, maar ook met het gewichtsverlies tijdens de afgelopen maanden. Daarnaast is de eetlust van de patiënt een goede referentie om het risico op ondervoeding vast te stellen.

Wanneer de patiënt ondervoed is, wordt de voedingstoestand door een multidisciplinair team van het ziekenhuis opgevolgd. In dit team zit dan steeds een arts, verpleegkundigen, diëtiste en andere gezondheidsmedewerkers waar de patiënt tijdens het verblijf in het Sint-Trudo ziekenhuis mee in contact gekomen is.

- **Bepalen voedingstoestand patiënt**

Via een intakegesprek en een anamnese kan de diëtist de voedingstoestand van de patiënt bepalen. Deze wordt ingevuld in de zorgmodule onder voedingstoestand en afhankelijk van het resultaat zal er een aangepast voedingsplan opgesteld worden. Indien een intake en anamnese niet mogelijk zijn, kan de diëtist de voedingstoestand evalueren aan de hand van de NRS – 2002. De diëtisten staan in voor de beoordeling van de categorieën "verminderde voedingstoestand" en "ernst van de aandoening". Aan de hand van het resultaat van deze beoordeling wordt een voedingsplan opgesteld.

De taak van de diëtiste

De diëtiste volgt nauwgezet de voedingsinname van de patiënt op en screent de patiënt op ondervoeding bij opname. Wanneer de patiënt ondervoed is, heeft de diëtiste tips om ondervoeding te bestrijden of te vermijden. Deze tips worden verder opgesomd.

De diëtiste gaat ook bijna dagelijks bij de patiënt langs om te horen wat de patiënt graag eet en zo de patiënt te motiveren om beter te eten.

De diëtiste werkt nauw samen met de verpleegkundigen zodat de voeding van de patiënt snel bijgestuurd kan worden en nieuwe problemen snel gesignaleerd kunnen worden. Verder wordt ook het gewicht van de patiënt nauw opgevolgd.

V.4. Urinewegincontinentie bij geriatrische patiënten:

Incontinentie voor urine (UI) wordt gekenmerkt door onvrijwillig verlies van urine en is een frequent probleem op hoge leeftijd. Het is geen acuut levensbedreigende aandoening maar is wel een aandoening met ongunstige implicaties op lichamelijk en psychosociaal vlak. Zo is UI een gekende risicofactor voor recidiverend vallen. Ook brengt het een

economische meerkost met zich mee. Patiënten met dit probleem blijken vaker opgenomen te worden in een verzorgingsinstelling.

Meest kwetsbaar zijn 80-plussers. Deze vertonen immers heel wat comorbiditeit die aan de basis kan liggen voor het ontstaan of onderhouden van UI. Er zijn verschillende oorzaken die UI in de hand werken. Vaak gaat het om oorzaken van omkeerbare of voorbijgaande aard. Deze dienen in eerste instantie actief te worden opgespoord en te worden behandeld. Een delirium, urineweginfectie, bepaalde medicatie, psychiatrische problematiek, verhoogde urinaire output, beperkte mobiliteit en faecale impactie zijn gekende oorzaken. Zo deze uitgesloten zijn, dient gedacht te worden aan de drie vormen van UI die blijvend van aard zijn: stress-, urge- en overloopincontinentie. Mengbeelden kunnen ook voorkomen en bovenvermelde omkeerbare oorzaken kunnen een reeds bestaand probleem van incontinentie verergeren.

Een **stress-incontinentie** wordt uitgelokt wanneer het afsluitingsmechanisme van de blaas het begeeft onder toegenomen intra-abdominale druk zoals bij persen. Frequente oorzaken voor stress-incontinentie bij oudere vrouwen zijn onder andere hysterectomie en atrofische urethritis. Bij mannen ligt de oorzaak vaak in een vroegere radicale prostaatchirurgie met beschadiging van sfincter of blaashals.

De meest frequente oorzaak van persisterende UI bij de ouderen is **urge-incontinentie**. Het gaat hier om een plots opkomende en niet te controleren mictiedrang met onmiddellijk urineverlies tot gevolg. Ook 's nachts zijn er problemen van nycturie en incontinentie. De onderliggende verklaring is vaak een blaasinstabiliteit. Deze kan ontstaan op idiopathische basis maar ook medicatie, een vroegere beroerte of een outflow-obstructie kunnen aan de basis liggen.

De laatste oorzaak voor een persisterende UI is **overloopincontinentie**. Er is dan over het verloop van de urethra een obstructie aanwezig. Bij de oudere man gaat het hier vaak om prostaatproblematiek, bij de vrouw zijn incontinentiechirurgie, cystocoele of faecale impactie de meest voor de hand liggende verklaringen.

Een correcte diagnose vloeit voort uit de combinatie van een specifieke anamnese, een gericht klinisch onderzoek en aanvullend technisch onderzoek, met name een eenvoudig urineonderzoek met sediment en cultuur en het bepalen van post-mictioneel residu. Deze handelingen zijn bedside uitvoerbaar. Meer doorgedreven onderzoeken zoals een uroflow-evaluatie of een cystoscopie dienen overgelaten te worden aan een uroloog.

V.5. Bloedarmoede bij geriatrische patiënten:

Bloedarmoede (**anemie**) wordt gedefinieerd als een daling van het totale volume aan rode bloedcellen in de circulatie en is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij bejaarden. In de praktijk wordt anemie gedefinieerd als een haemoglobinewaarde onder een bepaalde drempelwaarde maar er bestaat geen standaardreferentiewaarde. De cruciale vraag blijft vanaf welke haemoglobinewaarde een onderzoek naar de onderliggende oorzaak dient gestart te worden. Er is geen algemeen geldend antwoord. Niet alleen het laboratorium maar ook de patiënt en de hele lichamelijke en psychosociale context moeten worden betrokken in de besluitvorming over het al dan niet starten van verder onderzoek. Bij ouderen zijn niet-hematologische oorzaken (chronische ontsteking en infectie, tumoren, gastro-intestinale letsels en chronische nierinsufficiëntie) belangrijker dan de klassieke hematologische aandoeningen.

Behandeling op indicatie arts.

V.6. Syncope bij geriatrische patiënten:

Dit wordt gedefinieerd als een plots verlies van bewustzijn, vergezeld van verlies van posturale tonus en gevolgd door een snel en volledig herstel. Het meemaken van een syncope is alarmerend zowel voor de persoon zelf als voor diegene die getuige zijn van deze gebeurtenis. Hoewel syncope een symptoom kan zijn van een ernstige onderliggende aandoening, is het meestal goedaardig en zelflimiterend.

Klassieke **orthostatische hypotensie** kan bij de meerderheid van syncopes bij ouderen als verantwoordelijke factor aangeduid worden. Het voorkomen van orthostatisme neemt toe met de leeftijd. Bepaalde medicatie zoals alfablokkers of diuretica kunnen dit fenomeen uitlokken of doen toenemen.

Het belangrijkste doel bij de evaluatie van patiënten met syncopes is het uitsluiten van een cardiale oorzaak, gezien dit de enige oorzaak van syncope is die gepaard gaat met een verhoogde mortaliteit en een risico op plots overlijden.

Technische onderzoeken:

- Het **ECG** wordt steeds aangevraagd.
- Een **laboratoriumonderzoek** bij ouderen: elke ziekte kan zich atypisch presenteren. Zo kan syncope dus een eerste uiting zijn van anemie of sepsis. Daarom is een screeningslaboratoriumonderzoek bij ouderen zeker nuttig.
- Een **holter-monitoring** wordt standaard verricht bij ouderen met onverklaarbare syncopes.
- Bij vermoeden van een cardiale oorzaak van de syncope is een **echocardiografie** nuttig om de functionele status van het hart na te gaan.
- Bijkomende testen worden uitsluitend verricht op indicatie zoals telemetrie.

De behandeling van syncope is niet altijd eenvoudig. Bij een duidelijke diagnose wordt de onderliggende oorzaak behandeld. Vaak is syncope echter multifactorieel bepaald. Aandacht aan het algemene gezondheidsbeeld is dan ook nodig.

V.7. Screening bij geriatrische patiënten:

Alle medische handelingen die systematisch bij de hele geriatrische patiëntenpopulatie worden uitgevoerd, worden als medisch-geriatrische screening gedefinieerd.

Screening bij oudere personen is nuttig omwille van diverse redenen. Per definitie heeft de geriatrische patiënt meerdere actieve medische problemen. Het systematisch opzoeken van risicofactoren en aandoeningen die frequent voorkomen bij ouderen en aanleiding geven tot verhoogde morbiditeit en mortaliteit maakt het mogelijk om bepaalde ziekten te voorkomen en/of te behandelen in een vroegtijdig stadium. Dit reduceert morbiditeit, hospitalisaties en mortaliteit bij de doelpopulatie. De presentatie van aandoeningen bij ouderen is eerder atypisch. Klassieke symptomen van ziekten komen minder frequent voor (zoals koorts en dysurie) en andere symptomen treden naar de voorgrond (zoals vallen en verwardheid). Een screening naar frequent voorkomende ziektebeelden leidt tot een snellere diagnostiek en behandeling en kan de overleving verbeteren.

Medische screening: anamnese, klinisch onderzoek, laboratoriumaanvragen, technische onderzoeken, medisch dossier en ontslagdocument.

Patiëntenpopulatie: alle patiënten die gehospitaliseerd zijn voor de drie diensten geriatrie (plus alternatieve bedden) en de patiënten die gehospitaliseerd zijn op niet-geriatrische diensten waarbij een medisch consult door de dienst geriatrie wordt uitgevoerd.

De screening vormt de basis waarop **aanvullend onderzoek** geïnitieerd wordt. De medische screening maakt deel uit van een bredere geriatrische standaardevaluatie die eveneens de verpleegkundige, paramedische en sociale screening omvat.

De gerichte medische evaluatie verloopt geïndividualiseerd op basis van de specifieke anamnestiche, klinische, biochemische en technische bevindingen bij een patiënt.

Bij oudere patiënten op niet-geriatrische diensten bij wie voor een medisch consult beroep wordt gedaan op het geriatrisch supportteam (GST), is een voorafgaande zelfde prescreening vereist maar dan door de verantwoordelijke arts op de betrokken eenheid.

V.8. Fractuurrevalidatie bij geriatrische patiënten:

Perifere fracturen bij ouderen leiden vrijwel onvermijdelijk tot hospitalisatie. Een multidisciplinaire revalidatie is bij deze patiënten aangewezen. De patiënten met volgende fracturen worden volgens een klinisch pad behandeld op de afdeling geriatric:

- Een proximale humerusfractuur
- Indeukingsfracturen
- Bekkenrandfracturen en pubistakfracturen
- Heupfractuur
- Femurhalsfractuur
- **Pertrochantere fractuur**

[Zie portaalsite-klinisch pad heupfractuur](#)

V.9. Pijnbehandeling bij geriatrische patiënten: op advies arts, zo nodig [zie portaalsite- algologisch team](#)

V.10. Slikstoornissen:

Bij elke nieuw opgenomen patiënt op geriatric wordt een screening gedaan door de logopediste. Door de logopediste worden in de eerste plaats de mond-motorische mogelijkheden van de patiënt geëvalueerd. Zo worden beoordeeld: mate van beweeglijkheid en kracht, coördinatie en symmetrie van de bewegingen en gevoeligheid van lippen, kaken, tong, mondbodem, wangen, hard en zacht verhemelte en larynx. Op basis van deze gegevens worden de mogelijkheden ingeschat in verband met voedselverwerking en bolusvorming, voedseltransport en verwerking van de bolus naar de larynx. Een volgende stap is de observatie van de slikfunctie aan de hand van een kleine hoeveelheid water. Door de logopediste worden snelheid, coördinatie en efficiëntie van het slikproces beoordeeld. Ook is het mogelijk om de larynxheffing en het ontspannen van de mondbodemspieren te voelen. Daarnaast is het belangrijk om de hoestreflex van de patiënt na te gaan en te beoordelen of hij zichzelf kan beschermen tegen aspiratie. Patiënt wordt gevraagd om op bevel te hoesten. De maaltijd is uiteraard de situatie waarin slikproblemen zich het meest uiten. Het is dan ook zeer belangrijk voor verpleegkundigen om mee alert te zijn voor een aantal tekenen.

Consistentie-aanpassingen zijn een onderdeel van het behandelplan. Daar de lichaamshouding een invloed heeft op de verwerking van voedsel en drank dient ook hier aandacht aan gegeven te worden. Optimaal is een goede zithouding waarbij heupen en hoofd een hoek hebben van 90° en de voeten op de grond steunen. Indien er wordt gekozen om de patiënt in bed eten en drinken aan te bieden, moet er eveneens gestreefd worden naar een optimale en veilige houding

V.11. Recidiverend vallen: zie portaal-site beleidsnota vallen

Een valincident wordt omschreven als een plotse onverwachte verandering in positie waarbij een persoon op een lager niveau terechtkomt, op een object of op de grond met uitsluiting van een plotse verlamming, epilepsie of een overweldigende externe kracht.

Opsporen van hoog-risicopatiënten verloopt via twee sporen. Enerzijds dienen valgeschiedenis en omstandigheden van de val bevestigd te worden, anderzijds worden evenwicht en mobiliteit beoordeeld met behulp van de *timed-up-and-go*-test. Men kan risicopatiënten detecteren als er sprake is van een eenmalige val met letsels tijdens het afgelopen jaar of als er meerdere valincidenten zijn geweest tijdens het afgelopen jaar.

Medicatie: omwille van onderlinge interactie kan polyfarmacie een belangrijke rol spelen in het uitlokken van valincidenten bij ouderen. Daarnaast bestaan er een aantal risicovolle geneesmiddelen die het valrisico verhogen. Concreet telt men het aantal voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen die de patiënt per dag neemt. Bij 4 of meer verschillende is sprake van polyfarmacie. Vervolgens wordt nagegaan of de oudere één of meer risicovolle geneesmiddelen neemt. (sedativa, neuroleptica, antidepressiva, digitalis, diuretica, antiaritmica)

Orthostatische hypotensie: men vraagt aan de oudere of er bij rechtkomen of bukken een duizeligheid optreedt. Zo ja, dan neemt men de bloeddruk liggend om nadien de oudere te laten rechtstaan en opnieuw de bloeddruk te controleren.

Voeten en schoeisel: voetproblemen of het dragen van risico-verhogend schoeisel kunnen eveneens tot het optreden van een valincident bijdragen. Men gaat bepaalde aandoeningen en afwijkingen na en spoort open wonden en diabetes met aantasting van de diepe gevoeligheid op. Kenmerken van risicoschoeisel zijn onder andere onvast schoeisel, schoeisel open aan de achterkant of met een hoge hak of gladde zool.

Omgeving en gedrag: nagevraagd wordt of in de thuissituatie factoren aanwezig zijn om het risico op vallen te verhogen (zoals opstapjes, tapijten, wc buitenshuis,...). Ook wordt gevraagd naar eventuele onveilige activiteiten zoals bijvoorbeeld zich snel willen begeven naar de voordeur.

Valangst: dit kan variëren van een normaal vermijden van risico in de omgeving tot een verlammende bekommernis die ertoe kan leiden dat een persoon bepaalde activiteiten niet meer zal uitvoeren die hij/zij eigenlijk nog kan. Ouderen kunnen dan zo angstig zijn om te vallen dat ze minder mobiel worden waardoor hun valrisico en hun risico op letsels nog toeneemt. De gevolgen van valangst zijn toename van het valrisico, afname van de sociale interactie, toegenomen risico op isolatie en op depressie en een daling van de kwaliteit van leven.

Aanvullende onderzoeken op indicatie:

Een multifactoriële interventie gericht op de tijdens de evaluatie geïdentificeerde risicofactoren vormt de kern van valpreventie. Men moet evenwel ook aandacht schenken aan de behandeling van een acuut ziektebeeld, aan een aangepaste therapie voor chronische aandoeningen en aan de indicatiestelling voor een pacemaker. Ook zijn er een aantal standaardmaatregelen die men kan nemen in het ziekenhuis om het valrisico te beperken zoals stimuleren van de zelfredzaamheid, aandacht besteden aan het behoud en herstel van een normale blaas- en darmfunctie, zorgen voor een veilige omgeving, beperkte fysieke fixatie, oriëntatie van de patiënt en voldoende hulp bij transfers.

Interventies:

- Correct loop- hulpmiddel
- Kinesitherapeutische oefeningen
- Aanpassen van onderhoudsmedicatie: verminderen van het aantal geneesmiddelen, starten van calcium en vitamine D
- Tips in verband met aanpak orthostatische hypotensie
- Verwijzing naar oftalmologie
- Verwijzing naar podoloog
- Verdere investigatie bij cognitieve achteruitgang
- Verwijzing naar urologie bij drangincontinentie
- Behandeling van osteoporose

V.12. Dementie:

Het is één van de belangrijkste cognitieve syndromen in de geriatrie met belangrijke implicaties op individueel, familiaal en socio-economisch vlak. Hierbij is het belangrijk het syndroom waarvoor verschillende oorzaken bestaan als dusdanig te onderkennen en niet als een normaal verouderingsverschijnsel te interpreteren. Dementie wordt primair gekenmerkt door het optreden van cognitieve stoornissen met een negatieve impact op het beroepsleven of sociaal functioneren. Daarnaast kunnen neuropsychiatrische symptomen optreden. De stoornis mag niet uitsluitend tijdens een delirium voorkomen en niet te wijten zijn aan een andere "as-I-stoornis" zoals depressieve stoornis of schizofrenie. Dit is de definitie volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-criteria*.

Cognitieve stoornissen uiten zich bij de patiënt door het vertonen van geheugenstoornissen en kenmerken van afasie, apraxie, agnosie en/of executieve dysfuncties.

V.I. Verpleegkundige en paramedische richtlijnen: [zie portaalsite- HR](#)

V.II. Organisatie van interne patiëntenzorg

Een patiënt is geen geriatrische patiënt op basis van leeftijd alleen. Op de dienst geriatrie worden (tenzij met expliciete toestemming van de geriater) patiënten opgenomen van gemiddeld 75 jaar die beantwoorden aan het geriatrisch profiel, met name kwetsbare ouderen waarbij een multidisciplinaire benadering een meerwaarde biedt. Hieronder een overzicht van het geriatrisch profiel zoals het gedefinieerd wordt in het Koninklijk Besluit (KB) van 29/01/2007 in verband met het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Actieve polyopathie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorte farmacokinetica
- Gevaar voor functionele achteruitgang
- Gevaar voor deficiënte voeding
- Neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven
- Psychosociale problemen

Het KB van 29/01/2007 definieert het "zorgprogramma voor de geriatrische patiënt" en dit zorgprogramma is bindend voor alle algemene ziekenhuizen met een erkende dienst geriatrie. Een link naar het KB vindt men op de website van de Belgische Vereniging voor

Gerontologie en Geriatrie (www.geriatrie.be). Op 26/03/2014 verscheen er een KB met wijzigingen. Ook deze zijn terug te vinden op de website. De onderdelen van het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt zijn weergegeven in de onderstaande tabel.

- Erkende dienst geriatrie
- Geriatrie raadpleging
- Geriatrie dagcentrum
- Geriatrie interne consultfunctie
- Geriatrie externe netwerking

Het zorgprogramma omvat ook kwaliteitsparameters zoals het geriatrie handboek, pluridisciplinair zorgoverleg en de continuïteit van zorg.

GERIATRISCH DOSSIER:

Bij elke voor geriatrie gehospitaliseerde patiënt dient het **KWS-opname-assessment** ingevuld te worden binnen de 24 uur na opname in het ziekenhuis.

Het besluit van **de ontslagbrief** bestaat uit een punctuele probleem-lijst met onder elk item een kort verslag rond dit probleem of diagnose. Achtereenvolgens komen aan bod: de medische problemen tijdens hospitalisatie, actieve medische problemen uit de voorgeschiedenis en resultaten van de medisch-geriatrie screening. Het laatste verslag van het MDO wordt eveneens toegevoegd. De brief wordt gericht aan de huisarts van de patiënt.

Medisch-geriatrie screening bij ouderen is nuttig om diverse redenen. Per definitie heeft de geriatrie patiënt multiple actieve medische problemen. Het systematisch opzoeken van risicofactoren en aandoeningen die frequent voorkomen bij ouderen en aanleiding geven tot verhoogde morbiditeit en mortaliteit maakt het mogelijk om bepaalde ziekten te voorkomen en/of te behandelen in een vroegtijdig stadium. Dit reduceert morbiditeit, hospitalisaties en mortaliteit bij de doelpopulatie. De presentatie van aandoeningen bij ouderen is eerder atypisch. Klassieke symptomen van ziekten komen minder frequent voor (zoals koorts) en andere symptomen treden aar de voorgrond (zoals vallen en verwardheid). Een screening naar frequent voorkomende ziektebeelden leidt tot een snellere diagnostiek en behandeling en kan de overlevingskansen verbeteren. Daarnaast is het aangewezen om bij klinisch onderzoek het slikken te testen met een glas water.

Een **code omtrent beperking therapie** is essentieel om therapeutische hardnekkigheid te vermijden. Het formulier is een document met afspraken rond het niet starten of staken van levensverlengende medische behandelingen. Meer informatie omtrent de code voor beperking van therapie is te vinden [op de portaal-site via de zoekfunctie](#). Er zijn 4 mogelijkheden: code 0 (geen therapiebeperking), code 1 (niet reanimeren), code 2 (therapie niet uitbreiden) en code 3 (therapie afbouwen). Er wordt naar gestreefd om aan elke patiënt binnen de dienst geriatrie zo snel mogelijk een code toe te kennen. De overweging om specifieke levensverlengende behandelingen niet te starten of te staken moet in principe met de patiënt (indien hij/zij wilsbekwaam is) of zijn vertegenwoordiger (indien de patiënt wilsonbekwaam is) besproken worden. Het toekennen van een code kan enkel door de waarnemende arts gebeuren.

Een tijdige melding van de **ontslagplanning** voor onze patiënten in de *patient-management-KWS-module* is uiterst belangrijk en laat de opnamedienst toe efficiënt de beschikbare bedden-capaciteit van de dienst geriatrie te benutten. Van bij opname wordt naar het ontslag toe gewerkt. Indien terugkeer naar huis niet mogelijk lijkt, wordt zo snel mogelijk de sociale dienst verwittigd. Eventuele

ontslagproblemen komen ook aan bod tijdens de wekelijkse teamvergadering. Gezien het ontslag van een geriatrische patiënt vaak een complexe aangelegenheid is (verwittigen familie, organiseren transport, verwittigen thuishulp en voorzien van hulpmiddelen) is het belangrijk dat het tijdstip van ontslag tijdig gecommuniceerd wordt aan de sociale dienst. Die zal dan verdere stappen ondernemen om het ontslag praktisch te organiseren.

Bij ontslag naar een **residentiële instelling** wordt minstens 24 uur op voorhand de instelling verwittigd. De toestand van de patiënt wordt telefonisch doorgebriefd door de verpleegkundige.

Patiënten waarbij een **ambulante geriatrische opvolging** gepland wordt, komen terug op dagzaal geriatrie.

Multidisciplinaire werking en **teamvergadering (MDO)**: het verzorgen van een geriatrische patiënt is een complex gebeuren en vereist een multifactoriële aanpak. Geriatrische teams zijn dan ook pluridisciplinair en typisch samengesteld uit arts, verpleegkundigen, sociaal assistent, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, psycholoog en pastorale medewerker. Elke verpleegeenheid geriatrie organiseert wekelijks een intern zorgoverleg.

Op de wekelijkse teamvergadering zijn minstens de arts, hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, kinesist, ergotherapeut, diëtiste en sociale dienst aanwezig.

Het is wettelijk verplicht om een verslag te maken van deze vergadering. Dit verslag bestaat uit medische, verpleegkundige, paramedische en sociale informatie en planning.

V.III. ORGANISATIE VAN EXTERNE CONSULTONDERSTEUNING

Werking sociale dienst voor geriatrische diensten

Voorstelling

De sociale dienst wil een brug zijn tussen wat voor de zorgvrager als 'thuis' kan bestempeld worden en het ziekenhuis. 'Ziek zijn' raakt mensen en hun omgeving immers in alle domeinen van het dagelijks leven.

Wie kan een beroep doen op de sociale dienst:

- de patiënt en zijn directe omgeving,
- de huisarts, gespecialiseerde arts van het ziekenhuis,
- de thuisverpleegkundige diensten en thuiszorgdiensten,
- ...

Algemene taken

Patiënten en hun familie kunnen bij de sociale dienst terecht voor:

- Psychosociale begeleiding en ondersteuning
- Ontslagvoorbereiding (wat is er nodig om de thuissituatie haalbaar te maken, te optimaliseren ...)
- Organisatie van de thuiszorg (thuisverpleging, gezinshulp, warme maaltijden ...)
- Wegwijs in de sociale voorzieningen:
 - *Zorgverzekering:*
Wie zwaar zorgbehoevend is, kan via de Vlaamse zorgverzekering een tegemoetkoming krijgen in de kosten voor niet-medische verzorging

(gezinszorg, poetshulp, aankoop hulpmiddelen, mantelzorg, verblijfskosten in rusthuis of instelling ...)

- *Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden:*
De tegemoetkoming hulp aan bejaarden is een financiële tegemoetkoming voor ouderen (+65 jaar) met een verminderde graad van zelfredzaamheid. Het is bedoeld voor mensen die niet over (voldoende) eigen middelen beschikken om in hun levensonderhoud te voorzien. De toekenning is dan ook afhankelijk van een inkomensonderzoek. Naargelang de afhankelijkheidsgraad van de gehandicapte onderscheidt men een aantal categorieën. Hoe zwaarder de handicap, hoe hoger het bedrag dat eventueel kan worden toegekend.
- *Mantelzorgpremie*
Het OCMW kent een mantelzorgpremie toe aan personen die (thuis) een zorgbehoevend persoon verzorgen.
- *Incontinentie forfait*
Het is een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten voor incontinentiemateriaal van zwaar zorgbehoevenden.
- *Palliatieve thuiszorgpremie*
Het forfait is een tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen die vereist zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten.
- *Verhoogde tegemoetkoming*
De verhoogde tegemoetkoming geeft recht op een verhoogde financiële tussenkomst van het ziekenfonds bij bijvoorbeeld doktersconsultatie, hospitalisatie of medicatie. In dit geval betalen zij voor sommige geneesmiddelen een lagere prijs, of krijgen zij een hoger bedrag terugbetaald op de ligdagprijs in een ziekenhuis.
- Hulp bij administratie (ziekteverzekering, hospitalisatieverzekering ...), eventueel in samenwerking met meer gespecialiseerde diensten (bv. dienst maatschappelijk werk mutualiteit).
- Praktische vragen (vervoer, tolken, uitleenmateriaal ...).
- Doorverwijzing naar andere, meer gespecialiseerde diensten, naar residentiële opvang (rusthuis, revalidatiecentrum, hersteloord ...).

Concrete taken

1. Bij opname:

In kaart brengen van het sociale netwerk en de bestaande hulpverlening. We doen dit door de bevraging van de patiënt, zijn familie, de huisarts, thuisdiensten en collega's van andere disciplines.

2. Tijdens het verblijf:

- zichtbaar maken van de thuissituatie;
 - Hoe verliep de hulpverlening tot aan het moment van opname?
 - Wat is de draagkracht van de mantelzorger?
 - Waar en hoe kan er bijgestuurd worden?
- deelname aan het MDO op de afdeling;
 - Wat is de zorgplanning?
 - Wat is het toekomstperspectief?
 - Is de thuiszorg nog haalbaar?
- interdisciplinair consult (psychologen, pastors ...);

- opvang en ondersteuning van patiënt en familie in de veranderde levenssituatie, overleg rond palliatieve zorg, rouwbegeleiding.

3. Bij ontslag

- overleg met patiënt en familie, huisarts, thuisdiensten, rusthuis;
- inschakelen van (bijkomende) huishulp;
- praktische en materiële regelingen (vervoer, uitleenmateriaal, zuurstof ...);
- regeling opname elders (revalidatie, kortverblijf, hersteloord ...).

4. Andere taken

- doorverwijzing naar meer gespecialiseerde diensten;
- deelname aan overleg, vergaderingen met externe diensten, werkgroepen;
- aanvragen tolken;
- bemiddelen bij openstaande rekeningen of mutualiteit die niet in orde is;
- bijhouden van een sociaal dossier van elke patiënt
- aanvragen voorlopige bewindvoering (wanneer er geen familie is).

Lijst van samenwerkende woon- en zorgcentra

Plaats	Naam	Straat	Post code	Telefoonnr.
ALKEN	RUSTOORD SINT-CECILIA	Parkstraat 9	3570	011 59 92 20
BEKKEVOORT	HOF TER HEYDE	Oude Leuvensebaan 97	3460	016 63 22 29
BORGLOON	WZC BLOESEMHOFF	Graethempoot 3	3840	012 67 07 22
BOUTERSEM	RUSTOORD VONDELHOF ARMONEA VZW	Leuvensesteenweg 215	3370	016 73 31 30
HANNUT	LA TONNELLE	Rue de Landen 107	4280	019 63 06 00
HASSELT	GAERVELD	Runkstersteenweg 212	3500	011 23 32 00
HASSELT	SINT-ELISABETH	Demerstraat 80	3500	011 22 40 71
HASSELT	SALVATORRUSTHUIS	Salvatorstraat 20	3500	011 27 29 21
HASSELT	ZONNESTRAAL	7-Septemberlaan 13	3500	011 30 87 07
HASSELT (Kermt)	HUIZE VINKENBOSCH	Lindekensveldstraat 56	3510	011 85 83 10
HEERS	BERKENHOF RUSTHUIS nv	Paardskerkhofstraat 59	3870	011 48 41 11
HEERS (Klein Gelmen)	DE VIER SEIZOENEN	Groene Schild 31	3870	011 74 87 67
HERK-DE-STAD	WZC SINT-URSULA	Diestersteenweg 1	3540	013 35 02 20
HERK-DE-STAD	RESIDENTIE 'DE BLEUK'	Endepoelstraat 4	3540	013 35 58 58
HOEGAARDEN	VILLA HUGARDIS	Maagdenblokstraat 21	3320	016 80 40 00
KORTENAKEN	t HUIS DELLEBRON	Mounstraat 21	3470	011 88 89 00

Plaats	Naam	Straat	Post code	Telefoonnr.
LANDEN	RUSTHUIS "OLEYCK"	O.Huysecomlaan 2	3400	011 88 02 35
LANDEN - WALSHOUTEM	HUIZE ZEVENBRONNEN vzw	Walshoutemstraat 75	3401	011 88 05 60
LEUVEN	DE WINGERD WZC	Noormannenstraat 68	3000	016 28 47 90
LINTER - ORSMAAL	RESIDENTIE SORGVLIET	Helen-Bosstraat 60	3350	011 70 59 30
LUMMEN	MEERLEHOF	Meerlestraat 15	3560	013 52 13 54
MONTENAKEN	RUSTHUIS H. HART	Hellebronstraat 8	3890	011 69 33 50
NIEUWERKERKEN	HUIZE SINT-JOZEF	Kloosterstraat 26	3850	011 68 31 14
RACOUR	SAINT-JOSEPH	Rue de Landen 29	4287	019 63 03 00
SINT- TRUIDEN	RESIDENTIE AMARYLLIS	Ridderstraat 36	3800	011 67 11 90
SINT- TRUIDEN	SENIORIE "LA MADRUGADA"	Prins Albertlaan 61	3800	011 69 44 22
SINT- TRUIDEN	RUSTHUIS 't MEILAND	Schurhoven 74	3800	011 68 48 71
SINT- TRUIDEN	SINT-LAURENTIUS O.C.M.W.	Brustemdorp 125	3800	011 68 31 50
SINT -TRUIDEN	HOME ELISABETH	C. Cartuyvelsstraat 17	3800	011 68 30 38
SINT -TRUIDEN	"DEN AKKER" SENIORENCENTRUM	Montenakenweg 51a	3800	011 69 39 39
SINT -TRUIDEN (VELM)	TRIAMANT	Halingenstraat 76	3806	011 88 68 85
TIENEN	HUIZE NAZARETH	Goetsenhovenplein 22	3300	016 80 20 11
TIENEN	KEIENHOF	Keienbergstraat 71	3300	016 80 18 11
TIENEN	RUSTOORD SINT-ALEXIUS	Aarschotsesteenweg 3	3300	016 81 59 02
TONGEREN	WZC SINT-FRANSISCUS	Wijngaardstraat 16	3700	012 23 15 45
TONGEREN	SENIORENHOF	Bilzersteenweg 306	3700	012 23 60 55
TONGEREN	DE KLEINE KASTEELTJES	Koninksemsteenweg 66	3700	012 39 81 81
TONGEREN	RUSTOORD ST.-JACOBUS	Dijk 120	3700	012 23 09 95
VLIERMAAL-KORTESSEM	HUYSE FLIEDERMAEL	Kersendaelstraat 11	3724	012 39 18 00
WAREMME	LE REPOS	Rue des Combattants 6	4300	019 32 61 30
WELLEN	WZC DE BLOKEN	Blokenstraat 15 A	3830	012 44 15 87
ZELEM-HALEN	SINT-LAMBERTUS'BUREN vzw	Dorpsstraat 70	3545	013 44 23 00
ZOUTLEEUW	O.L.VROUW VAN LOURDES	Stationsstraat 36	3440	011 78 91 08

Plaats	Naam	Straat	Post code	Telefoonnr.
ZOUTLEEUW	HUIZE PHILEMON en BAUCIS	Zoutleeuwsesteenweg 11	3440	011 78 22 66
ZOUTLEEUW	DE VESTEN	Tiensestraat 41	3440	011 78 92 10

Het Sint-Trudo Ziekenhuis heeft een samenwerkingsakkoord met de volgende RVT's:

Berkenhof NV	15/5/2002	011 48 41 11
VZW RVT Religieuzen Ursulinen Hasselt	4/007/2001	011 22 40 71
OCMW-rusthuizen 't Meiland en Sint-Laurentius	23/02/2006	011 68 48 71 011 68 31 50
Rustoord Oleyck	13/03/2006	011 88 02 10
VZW Philemon en Baucis Woon- en Zorgcentrum	1/07/2003	011 78 22 66
Home Elisabeth	10/04/2008	011 68 30 38
Triamant Haspengouw	20/12/2010	011 88 68 85

Lijst van samenwerkende thuiszorgdiensten

De thuiszorgdiensten vormen een waaier van dienstverlening die mensen in staat stelt om langer en in meer comfortabele omstandigheden thuis te blijven. Zij hebben als doel om mensen met een verminderde zelfredzaamheid, op een menswaardige manier in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. Hieronder worden de meest geraadpleegde diensten besproken.

1. Gezins- en bejaardenhulp/poetsdienst

De gezins- en bejaardenhulpster is een verzorgende die zorgt voor alle huishoudelijke taken (was, strijk, poets, koken ...) en de verzorging van de zorgbehoevende. Zij geeft eveneens sociale en morele ondersteuning. De poetsvrouw zorgt 'enkel' voor de onderhoudsbeurt van het bewoonde deel van het huis. (Bv. Familiehulp, Landelijke Thuiszorg, OCMW, Solidariteit voor het gezin ...).

2. Dienstencheques

Het werken met dienstencheques is een initiatief van de federale overheid dat aan particulieren de mogelijkheid biedt om aan een erkende onderneming thuishulp te vragen van huishoudelijke aard (poetsen, wassen, strijken, maaltijden bereiden, kinderopvang), boodschappendienst, strijkdienst en minder mobiele centrale. Deze ondernemingen/interim-kantoren werken met niet-gekwalficeerde werknemers. De waarde van één dienstencheque werd vastgelegd op € 9,00, is fiscaal aftrekbaar en kan gebruikt worden voor één uur dienstverlening (bv. OCMW, PWA, Flex Point ...).

3. Maaltijden aan huis

Maaltijden worden ofwel warm aan huis gebracht ofwel om zelf op te warmen (diepvries-maaltijden/vacuüm). De kostprijs voor een maaltijd van het OCMW wordt berekend op basis van het inkomen. De privé leveranciers hanteren een vaste prijs per maaltijd. (bv. OCMW, privé traiteur).

4. Ziekenoppasdienst/dag

De ziekenoppas houdt de patiënt gezelschap tijdens de dag en zorgt voor hem zoals de familie dat zou doen. De dienst kan ingeschakeld worden voor een zorgbehoevende die niet meer zonder toezicht kan blijven. Het ontlast tevens de mantelzorg. De ziekenoppas verricht geen huishoudelijke taken (bv. Zorgende handen, Inzet, Gezinsbond ...).

5. Ziekenoppasdienst/nacht

De ziekenoppas houdt toezicht op de patiënt tijdens de nacht en zorgt voor hem zoals de familie dat zou doen. De dienst kan enkele nachten per week ingeschakeld worden voor een zorgbehoevende die niet zonder toezicht kan blijven tijdens de nacht. Het is tevens een ontlasting van de mantelzorg (bv. Zorgende handen, Inzet, Gezinsbond, ...).

6. Personenalarmsysteem

Als bellen niet meer lukt en je hebt dringend hulp nodig (bv. na een val ...) dan kan men met een simpele druk op de knop van het personenalarmsysteem een beroep doen op de hulp van familie, buur of anderen die kunnen helpen. Zij worden verwittigd via de alarmcentrale die 24 uur op 24 uur werkt (bv. OCMW, Mutualiteit ...).

7. Thuisverpleging

Thuisverpleegkundigen geven verpleegkundige zorgen aan huis. Deze zorgen zijn 'kosteloos' voor alle patiënten die aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering (mutualiteit) (bv. WGK, Zelfstandige TVP ...).

8. Uitleendienst

Bij de uitleendienst kan men terecht voor het huren van materiaal, orthopedisch en ander, om de verzorging in de thussituatie op een comfortabele en professionele wijze verder te zetten (mutualiteiten, Rode Kruis ...).

9. Vervoer

De Minder Mobielen Centrale heeft tot doel om sociale redenen mensen te vervoeren, die moeilijkheden ervaren om zich te verplaatsen door ouderdom, ziekte of handicap en een beperkt inkomen hebben. Hiervoor kan men dienstencheques gebruiken.

10. Advies en hulp bij woningaanpassing

Voor woningaanpassingen omwille van een handicap, kan men terecht bij de ergotherapeut van de dienst 'ons zorgnetwerk'. Aan de hand van een huisbezoek geeft deze gespecialiseerd advies over de aanpassingen teneinde het comfort voor de patiënt en zijn omgeving te maximaliseren. De ergotherapeut zal het dossier van het begin tot het einde opvolgen, de werken coördineren en de mogelijke terugbetalingen organiseren.

11. Klusjesdienst

De klusjesdienst knapt klusjes op die de patiënten zelf niet meer kunnen doen omwille van gezondheidsproblemen (gras maaien, afval naar containerpark, behangen, stopcontact verplaatsen ...). Hiervoor kunnen ook dienstencheques

gebruikt worden.

12. Centra voor algemeen welzijnswerk van de mutualiteit

Patiënten kunnen terecht bij een maatschappelijk assistent van de mutualiteiten voor psychosociale ondersteuning bij verwerkingsproblemen van ziekten, handicap ... Daarnaast bieden zij informatie, advies en hulp bij financiële en sociale problemen en voordelen t.g.v. ouderdom, ziekte en handicap. Zij komen ook aan huis indien er problemen zijn om zich te verplaatsen.

13. Centra voor dagopvang (DO) en kortverblijf (KO)

Dagopvang is bestemd voor ouderen die graag thuis willen blijven wonen en gedurende de dag in meer of mindere mate verzorging nodig hebben. Deelnemers bezoeken de afdeling een aantal dag(delen) per week. Zij volgen een gestructureerd dagprogramma dat gericht is op activering en revalidatie. Ook wordt steun geboden aan partner en familie. Dagverzorging kan een verlichting voor de thuissituatie betekenen.

De taak van het centrum voor kortverblijf bestaat voornamelijk uit het ondersteunen van de mantelzorger waardoor ouderen langer in hun thuissituatie kunnen blijven en het verhuizen naar een rusthuis kan worden uitgesteld. Een centrum voor kortverblijf kan ook plaatsen aanbieden als hulp bij revalidatie na hospitalisatie. De oudere kan er maximum 90 dagen per jaar verblijven.

Sommige mutualiteiten voorzien een tussenkomst in het dagverzorgingscentrum en/of het kortverblijf. En sommige centra voorzien ook vervoer voor de verplaatsing van de deelnemer van en naar het centrum.

Overzicht van georganiseerde en andere contactmomenten voor de families met de sociale dienst

Op de geriatrische diensten werken wij proactief omdat er vaak sprake is van een moeilijke of te zware thuissituatie. De sociaal werker gaat bij elke geriatrische patiënt langs en neemt met zijn of haar familie/mantelzorgers contact op.

De sociale dienst is dagelijks bereikbaar van 8.30 tot 16.30 uur.

VIII.1. Ouderenmis(be)handeling

Op ouderenmis(be)handeling rust nog steeds een taboe. Veel mensen weten of vermoeden niet eens dat ouderenmis(be)handeling bestaat. Omdat ouderenmis(be)handeling vaak achter gesloten deuren gebeurt, kan ze voor de buitenwereld verborgen blijven. Ouderenmis(be)handeling is daarom vaak een verdoken problematiek.

Omdat mis(be)handeling de waardigheid van de betrokken oudere geweld aandoet en hem of haar schade berokkent, zijn waakzaamheid en alertheid geboden.

Wat is ouderenmis(be)handeling?

Het [Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis\(be\)handeling](#) hanteert de definitie van H. Comijs uit 1996:

'Onder mis(be)handeling van een ouder persoon verstaan we al het handelen of nalaten van handelen van al diegenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid.'
(Comijs, H.: Agressie tegen en behandeling van ouderen. Een onderzoek naar mishandeling, proefschrift psychiatrie, VU, Amsterdam, 1996.)

Het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling beschouwt hierbij iemand vanaf 55 jaar of ouder als 'een ouder persoon'.

De persoonlijke en/of professionele relatie tussen het slachtoffer en degene die mis(be)handelt (dader/pleger) brengt mee dat het om een vertrouwens- en een afhankelijkheidsrelatie gaat. Dat maakt de situatie ook heel delicaat. Degene die mis(be)handelt, is vaak een kind, een familielid of een vertrouwenspersoon van het slachtoffer. Omwille van de afhankelijkheidspositie van het slachtoffer, uit schaamte of angst, of omdat 'hij of zij toch mijn zoon of dochter blijft' blijven slachtoffers doorgaans erg loyaal tegenover hun pleger, waardoor de mis(be)handeling niet aan het licht komt.

Wanneer de dader met opzet handelt en de intentie heeft om kwaad te berokkenen, dan spreken we van ouderenmishandeling. De dader is zich dan bewust van de mishandeling: hij weet dat hij de oudere schade berokkent en verdriet aandoet.

Wanneer de pleger zich hiervan niet bewust is en niet de intentie heeft om leed te veroorzaken, dan spreken we van misbehandeling. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer de pleger, als mantelzorger, onvoldoende opgeleid is om de oudere te verzorgen, wanneer hij onvoldoende kennis heeft van een ziekteproces of zorgstress ervaart, waardoor hij niet de gepaste zorg geeft.

Actieve of passieve ouderenmis(be)handeling?

De definitie van ouderenmis(be)handeling spreekt over handelen of nalaten van handelen.

We spreken van actieve ouderenmis(be)handeling als er handelingen gesteld worden die leed veroorzaken, zoals geld afpersen, slaan van de oudere, verbaal geweld gebruiken, ... Van passieve ouderenmis(be)handeling is sprake wanneer bepaalde gewenste handelingen worden nagelaten, zoals het niet nauwgezet geven van medicatie, het onvoldoende eten geven, ...

Vormen van ouderenmis(be)handeling

Meestal onderscheidt men zes verschillende vormen van ouderenmis(be)handeling: fysieke (lichamelijke), psychologische (emotionele), seksuele en financiële (materiële) mis(be)handeling, verwaarlozing en schending van de persoonlijke rechten. Soms komen meer van deze vormen samen voor.

Onder **lichamelijke of fysieke**

mis(be)handeling vallen alle mogelijke vormen van mis(be)handeling waarbij men de oudere een lichamelijk letsel berokkent: slaan (met de vuist of met een voorwerp), krabben, knijpen, van de trap duwen, vastbinden, schoppen, opsluiten, aan het haar trekken, door elkaar schudden, brand- of snijwonden veroorzaken, ... Ook een te hoge of lage medicatie toedienen (zoals pijnstillers of kalmerende middelen) valt hieronder.

Onder **psychische of emotionele mis(be)handeling** vallen woorden, gebaren en handelingen die bedreigend, onmenselijk en intimiderend zijn: roepen en tieren, schelden, bevelen, vals beschuldigen, beledigen, treiteren, sarren, voortdurend onderbreken, constant kritiek leveren, pesten, vernederen, infantiliseren, negeren, het zelfgevoel ondermijnen, ... Dit leidt bij de oudere tot gevoelens van verdriet, woede, angst, schuld, verwardheid of apathie. Door emotionele mishandeling wordt het zelfvertrouwen van de oudere ondermijnd. De oudere krijgt het gevoel een last te zijn voor zijn omgeving.

Bij **financiële of materiële mis(be)handeling** gaat het om het 'financieel kort houden' van de oudere of om het wegnemen of profiteren van de bezittingen van de oudere. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de oudere de toegang tot de eigen financiële middelen te ontzeggen of door de oudere te weinig geld te geven, door volmachten op de rekening van de oudere te misbruiken, door het wegnemen van bezittingen van de oudere (zoals juwelen, waardevolle voorwerpen, geld), door de oudere te dwingen tot een verandering van zijn testament, door giften te eisen, door het huis van de oudere te verkopen tegen de wil van de oudere in, ...

Men spreekt van **verwaarlozing** wanneer er niet voorzien wordt in de verzorging of hulp die de oudere persoon nodig heeft. Hieronder vallen onvoldoende medische zorg en hygiëne voorzien, te weinig of onaangepaste voeding geven, geen aandacht hebben voor de behoeften van de oudere (zoals de behoefte aan liefde, aandacht en ondersteuning), de oudere laten vereenzamen.

Seksuele mis(be)handeling kan slaan op grensoverschrijdend gedrag met of zonder lichamelijk contact: zich onnodig moeten uitkleden, moeten kijken naar pornografisch materiaal, ongewenste intimiteiten, betast worden, gedwongen worden om nog een seksueel leven te hebben, verkracht worden, ...

Schending van de persoonlijke rechten slaat op het beperken van de vrijheid van privacy: ongevraagd post achterhouden of lezen, brieven openen, iemand nooit alleen laten, geen bezoek toelaten, verhinderen dat de oudere het huis kan verlaten of kan telefoneren, iemand onnodig eigen beslissingen onthouden, ...

Signalen van ouderenmis(be)handeling

Er zijn meerdere signalen die kunnen wijzen op ouderenmis(be)handeling, maar een of enkele van die signalen hoeft zeker niet altijd mis(be)handeling in te houden. Deze lijst met signalen is niet exhaustief, maar geeft voorbeelden.

Signalen van **fysieke of lichamelijke mis(be)handeling** kunnen zijn: schrammen, breuken, zwellingen, blauwe plekken, krab- en bijtwonden, een blauw oog, gebroken ribben, inwendige bloedingen of breuken, striemen op armen of benen (ten gevolge van het vastgebonden worden aan de stoel of het bed), verstuikingen, builen op het hoofd, (veel) tijd tussen de verwonding en de medische behandeling, schrik om aangeraakt te worden, niet meer gewassen willen worden, ... Omdat de huid van oudere mensen dun wordt (waardoor blauwe plekken of bloeditstoringen gemakkelijker en sneller verschijnen), hun haar gemakkelijker uitvalt en hun botten brozer worden betekent de aanwezigheid van sommige signalen niet noodzakelijk dat er ook daadwerkelijk sprake is van lichamelijke mis(be)handeling.

Signalen van **psychische of emotionele mis(be)handeling** kunnen zijn: een laag zelfbeeld, angstig, passief, teruggetrokken of depressief zijn, weinig oogcontact hebben, niet vrijuit kunnen of durven spreken, vreemd gedrag vertonen in het bijzijn van een bepaalde persoon, levensmoe zijn, gebrek aan eetlust vertonen, verward zijn, onverklaarbaar wegblijven op activiteiten, ...

Signalen die kunnen wijzen op **seksuele mis(be)handeling** kunnen zijn: weigeren zich uit te kleden om gewassen te worden, klachten over buikpijn, onduidelijke gedragsveranderingen (zoals agressie of zelfverwonding), bloedingen en krassen op intieme plaatsen, ...

Signalen die op **financiële of materiële mis(be)handeling** kunnen wijzen, zijn: het ondertekenen van een document zonder de inhoud te begrijpen, nieuwe volmachten op bankrekeningen geven, veranderen van bankinstelling, achterstellen van betalingen (waar dit voorheen niet het geval was), het verdwijnen van waardevolle voorwerpen, de verandering van een testament, geld niet meer zelf mogen beheren, ...

Bij **verwaarlozing** zijn er vooral fysieke indicatoren: slechte persoonlijke hygiëne, een brandende urinegeur, ondervoeding of uitdroging, doorligwonden, geen bril, kunstgebit, rolstoel of hoorapparaat, een gevaarlijke of onveilige leefomgeving, ongedierte in huis, vuile kledij, de gordijnen of rolluiken blijven dicht, gebrekkig sanitair, 'vergeten' afspraken, ...

Signalen van de **schending van persoonlijke rechten** kan blijken uit het niet meer beantwoorden van post, het niet meer zelf opnemen van de telefoon, niet meer vrij op bezoek kunnen gaan, plots wegblijven op activiteiten, ... Of de pleger komt zonder kloppen de kamer binnen.

Risicofactoren

Bepaalde situaties en gebeurtenissen kunnen het risico op ouderenmis(be)handeling vergroten.

Risicofactoren bij de oudere (het slachtoffer) zijn onder meer:

- toenemende afhankelijkheid van anderen door lichamelijke en/of psychische beperkingen, door beperkte financiële middelen;
- een familiale context en geschiedenis met een ruwe of gewelddadige omgang met elkaar;
- ingrijpende gebeurtenissen, zoals een relatiebreuk, een verhuis, de dood van een betekenisvolle persoon;
- isolement, weinig sociale contacten.

Risicofactoren bij de pleger (dader) zijn onder meer:

- een te grote zorgbehoefte bij de oudere (groter dan de draagkracht van de pleger): de pleger ervaart overbelasting en stress omdat de zorg te veel wordt, omdat er een te klein (familiaal) netwerk is om de zorg voor de oudere op te nemen;
- een moeilijke persoonlijke situatie: relatieproblemen, moeilijkheden op het werk, (langdurige) werkloosheid, schulden, lichamelijke ongemakken of ziekte, slaapproblemen, oververmoeidheid;
- verslaving aan alcohol, drugs, gokken, gamen, internet;
- te weinig persoonlijke vrije tijd om de batterijen te kunnen opladen.

Steunpunten – hulplijnen

1712 – Meldpunt voor alle vormen van geweld

Slachtoffers of derden (buren, familieleden, vrienden, ...) die weet hebben van een situatie van ouderenmis(be)handeling of sterke vermoedens in die richting hebben, kunnen contact opnemen met meldpunt geweld en misbruik op het gratis nummer: 1712

www.1712.be (Hulplijn voor alle vormen van geweld)

Tele-Onthaal

Slachtoffers die nood hebben aan een luisterend oor, kunnen contact opnemen met Tele-Onthaal op het **telefoonnummer 106** (24 uur op 24 uur, 7 dagen op 7).

www.tele-onthaal.be

IX. Opleidingstrajecten

IX.1 Medisch traject

- Rondleiding ziekenhuis
- Introductie ziekenhuishygiëne
- Introductie preventie en veiligheid
- Rondleiding spoed
- Introductie Meddos
- Introductie KWS
- Introductie MCB (enkel voor assistenten)
- Arts-stagiairs & Arts-assistenten krijgen dienst-specifieke uitleg van hun stagemeester.

Het St Trudo ziekenhuis heeft een erkende dienst geriatrie waarbij het zorgprogramma geriatrie volledig ontplooid is.

Daarnaast is er een belangrijke aanwezigheid van de geriaters op de spoedgevallendienst voor wat betreft de eerste opvang van geriatrische patiënten.

Het is dan ook de bedoeling dat de assistent in opleiding in aanraking komt met alle aspecten van het zorgprogramma geriatrie.

TAKEN VAN DE ASSISTENT(E) GERIATRIE

Zaalrondes afwisselend, per 3 maanden. Eerst individueel en nadien met supervisor dagelijks alle patiënten visiteren, uitstippelen van beleid, aanvragen van onderzoeken, overleg met collega's artsen, uitleg geven aan patiënten en aan familie, interpreteren van resultaten, opmaken van ontslagbrieven voor huisartsen

De assistent is als arts verantwoordelijk voor de beslissingen die hij/zij neemt. Bij twijfel steeds contact op te nemen met supervisor. Zo nodig, mag de verpleging ook rechtstreeks contact opnemen met de supervisor. Deze manier van communiceren dient steeds laagdrempelig te zijn.

Dagelijkse briefing met verantwoordelijke verpleegkundigen.

Actieve deelname aan wekelijkse teamvergadering samen met supervisor, hoofdverpleegkundige, ergotherapeute, sociale dienst, kinesitherapeute, diëtiste, psychologe, logopediste – verslaglegging.

Tweemaal per week overlegmoment met families van opgenomen patiënten : uitleg geven over lopende onderzoeken, plan van aanpak, pathologie.

Dagelijkse opvang van geriatrische patiënten op de spoedgevallen : dagelijks, anamnese en klinisch onderzoek, opmaken van een differentiaal diagnose, instellen van het beleid in overleg met supervisor, aanvragen van onderzoeken, communicatie met patiënt en familie.

Dagziekenhuis geriatrie : geheugenkliniek, valkliniek, transfusies, dagopnames voor meerdere onderzoeken - opmaak van medisch dossier, instellen van het beleid, overleg met collega's artsen, aanvragen van onderzoeken, communicatie naar patiënt en familie, verslaglegging naar huisarts toe.

Liaison geriatrie: consultaanvragen voor geriatrische patiënten opgenomen op niet-geriatrische diensten; opmaken van medisch dossier, anamnese en klinisch onderzoek, overleg met supervisor ivm plan van aanpak, verslaglegging naar collega's artsen toe.

Raadpleging geriatrie : initieel meevolgen met supervisor, later ev. alleen opstarten en nadien overleg met supervisie; zowel controles na opname alsook nieuwe patiënten, opmaak medisch dossier; overleg met supervisor ivm verdere planning; verslaglegging.

Technische vaardigheden : aanleren van beenmergpuncties, botboorbiopsies, arteriepuncties, veneuze bloednames, infuzen prikken, ascitespuncties, pleurapuncties, kniepuncties; beginselen van echografie van het abdomen aanleren zo gewenst.

KRANSEN EN OPLEIDINGSMOMENTEN

*Iedere eerste dinsdag van de maand wordt er door de geneesheren van het ziekenhuis een middagseminarie georganiseerd voor de geneesheren, huisartsen, assistenten, stagiairs : hierbij wordt 1 onderwerp besproken door een specialist of assistent terzake met als doel praktische tips en een update omtrent richtlijnen over dit onderwerp te bezorgen aan andere artsen; er is ook mogelijkheid tot voorstelling van een interessante casus en mogelijkheid tot interactie met collega's: er wordt van de kandidaat-specialist verwacht dat hij/zij ook minstens 2x per jaar een onderwerp en/of casus zou bespreken op dit middagseminarie

*het ziekenhuis organiseert 3-4 symposia per jaar waarbij een medisch probleem/onderwerp multidisciplinair wordt voorgesteld; gewoonlijk zijn er 3-4 specialisten uit verschillende disciplines die de spreekbeurten verzorgen

*het ziekenhuis organiseert voor de huisartsen in de regio iedere 3^e donderdag van de maand een seminarie in het St Trudo ziekenhuis met als doelpubliek huisartsen, ziekenhuisartsen, assistenten en stagiairs

*dagelijkse mogelijkheid tot gratis raadplegen van UpToDate via site van het ziekenhuis

*de kandidaat –specialist krijgt een halve dag per week vrij om te besteden aan medische literatuur

IX.2 Verpleegkundig traject

Elke nieuwe verpleegkundige wordt opgevangen door een medewerker van het opleidingscentrum. Zij doorlopen drie opleidingsdagen. [LINK introductie en opvolging nieuwe medewerkers](#)

Bijlagen:

Communicatie- en educatiefolders

Onthaalbrochure geriatrie
[PF-G-O_0413_onthaalfolder_geriatrie.pdf](#)

Brochure geriatrisch dagziekenhuis
[PF-GDZH-O_0413.pub](#)

Brochure valpreventie
[PF-GDZH-VP_0413_valpreventie.pub](#)

Brochure delier
[PF-D30-AV_0513_acute_verwardheid.pdf](#)

Brochure palliatief support team
[PF-PST_0413.pub](#)

Brochure overlijden
[PF-PAS-O_0413_overlijden.pub](#)

Brochure pijn
[PF-PVK-PIJN_0513_pijn.pub](#)

Brochure geriatrisch support team
[PF-G-GST-I_0413_info.pub](#)