



AZ Voorkempen

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Pluridisciplinair geriatrisch handboek



Bart Bockx
06/12/2022

Inhoud

1	Inleiding.....	4
2	Doelgroep.....	5
2.1	Situering ouderen en hun zorg	5
2.2	Opname criteria	5
3	Missie AZ Voorkepen Malle (onderdeel Emmaüs groep en binnen het samenwerkingsverband Helix ziekenhuizen)	6
3.1	Missie van het zorgprogramma geriatrie	6
3.2	Doelstellingen	6
3.3	Waarden	7
4	Beschrijving van het zorgprogramma.....	8
4.1	Erkende dienst voor geriatrie (G).....	8
4.2	Geriatrisch consult.....	8
4.3	Geriatrisch dagziekenhuis	8
4.4	Interne liaison	9
4.5	Externe liaison	9
5	Werking van de dienst geriatrie.....	9
5.1	Opname.....	9
5.1.1	<i>Opnamecriteria</i>	9
5.1.2	<i>Opname via spoedgevallen</i>	10
5.1.3	<i>Opname via spoed: Fast-track methode</i>	11
5.1.4	<i>Geplande opname</i>	11
5.1.5	<i>Overname van een andere afdeling</i>	13
5.1.6	<i>Opname via consultatie</i>	13
5.1.7	<i>Opname op de palliatieve kamer</i>	13
5.2	Ontslag naar huis of WZC	14
5.3	Multidisciplinair overleg	14
6	Werking van het geriatrisch daghospitaal	15
6.1	Opname.....	15
6.2	Zorgaanbod.....	15
6.3	Organisatie van de zorgverlening.....	15
7	Werking van de interne liaison geriatrie (ILG)	16
7.1	Doel	16
7.2	Screeningsinstrument: Geriatrisch Risico Profiel (GRP).....	16
7.3	Werking Interne Liaison Geriatrie (ILG)	17
7.3.1	<i>Assessment</i>	17
7.3.2	<i>Adviesverlening</i>	17
7.3.3	<i>Multidisciplinair overleg</i>	17
7.4	Organisatie van de interne liaison	17
7.5	Programma van het Comprehensive Geriatric Assessment die gebruikt worden in de verschillende delen van het zorgprogramma. (Indien dit voor de betreffende pat. van toepassing is)	18

7.6	Pluridisciplinair zorgplan	18
8	Werking van de externe geriatrische liaison	18
8.1	Doelgroep	18
8.2	Organisatie	18
8.3	Formele samenwerking	19
9	Gehanteerde onderzoeks- en behandelingsprotocollen	22
9.1	Pijn	22
9.2	Braken	22
9.3	Diarree	22
9.4	Constipatie	22
9.5	Urineretentie	23
9.6	Temperatuur/koorts.....	23
9.7	Hypotensie	23
9.8	Hypertensie	24
9.9	Hypoglycaemie	24
9.10	Hyperglycaemie	24
9.11	NEWS = National Early Warning Score.....	25
10	Kwaliteitsbewaking	25
10.1	Competentiebeleid	25
10.2	Indicatoren	25
10.3	Kwaliteitsverbetering	26
11	Beleid rond dementie	26
12	Vrijheidsbeperkende maatregelen.....	27
12.1	Visie omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen	27
12.2	Redenen voor vrijheidsbeperkende maatregelen	27
12.3	Fixatiemiddelen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen	27
12.4	Procedure bij fixatie	28

1 Inleiding

Geachte lezer,

In AZ Voorkepen leveren deskundige teams samen kwalitatieve, patiëntveilige en persoonlijke zorg in een vertrouwde omgeving aan een transparante competitieve prijs. Respectvolle behandeling van de individuele patiënt en vlotte communicatie naar alle interne en externe betrokkenen staan centraal.

Wij bieden een financieel gezonde organisatie en werkklimaat waarin geëngageerde mensen graag komen werken. AZ Voorkepen is een organisatie waar medewerkers en artsen correct geïnformeerd worden, voldoende personele en materiële middelen krijgen en in respect voor mekaar nauw samenwerken en geapprecieerd worden voor geleverd werk.

Binnen de regio onderhouden wij bevoorrechte relaties met alle zorgactoren en spelen we proactief in op het voortdurend wijzigende zorgklimaat.

De doelstellingen die we vooropgesteld hebben, helpen ons deze missie dag in dag uit waar te maken.

- Wij willen binnen Vlaanderen de referentie zijn in de optimale combinatie van professionele zorg en warme omgang.
- Wij willen een team zijn van geëngageerde en professionele medewerkers die ambassadeurs zijn in onze regio.
- Wij willen een financieel autonoom ziekenhuis zijn met voldoende ruimte om onze kwaliteitsambities waar te maken.

Het ziekenhuis heeft in totaal 250 erkende bedden. Hiervan zijn er 48 erkende geriatrische bedden en 1 palliatief bed verdeeld over 2 afdelingen. Binnen de afdeling worden er jaarlijks 1.300 patiënten opgenomen en behandeld.

Dit kwaliteitshandboek heeft als doel een duidelijk beeld te schetsen van de interdisciplinaire samenwerking binnen het totale geriatrische zorgprogramma van AZ Voorkepen. Het geriatrisch handboek beschrijft de verschillende onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma zoals deze van toepassing zijn in het AZ Voorkepen:

- Interne werking op de verpleegafdeling
- Samenwerking met de externe actoren
- Kwaliteitsbeleid
- Therapieën

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht om via een multidisciplinaire aanpak het diagnostische proces te doorlopen en nadien te streven naar een herstel of verbeteren van de lichamelijke functies, een zo groot mogelijke zelfredzaamheid te bereiken en de levenskwaliteit te verbeteren. Het tracht in samenspraak met de huisarts en andere zorgverstrekkers de continuïteit van de zorg te verstrekken zowel intramuraal als extramuraal.

Dit handboek is ter beschikking van alle medewerkers binnen het zorgprogramma geriatricie en ter inzage voor allen die direct of indirect bij de geriatrische zorg betrokken zijn.

2 Doelgroep

2.1 Situering ouderen en hun zorg

De babyboom van de jaren '60 zorgde voor een grote expansie van de Belgische bevolking. Hierdoor wordt de bevolkingspiramide momenteel gekenmerkt door een zware top en een smalle basis.

Momenteel is de groep van 55- tot 59-jarigen de grootste leeftijdscategorie. Dit maakt dat er de komende jaren een toename zal zijn binnen de geriatrische populatie. Daarnaast zorgt onze geavanceerde geneeskunde ook voor een langere levensduur. Zo steeg de levensverwachting bij de geboorte in Vlaanderen van 82,0 jaar in 2020 naar 82,7 jaar in 2021. De huidige leeftijdsgroep van honderdjarigen telt momenteel meer dan 1.400 leden.

Het verouderingsproces kent dan ook steeds meer en meer uitdagingen. Door de toenemende levensduur is er meer aanwezigheid van chronische ziekten (diabetes, COPD...) en een complexer ziektebeeld. Dankzij de vele zorgactoren binnen de huidige maatschappij is het voor de oudere populatie mogelijk om, ondanks polypathologie, voor een lange tijd in de thuisomgeving te blijven. Dit biedt veel voordelen voor de oudere zorgvrager, maar dit is nu ook een belangrijk aspect om aandacht voor te hebben binnen de zorgplanning. Gedurende het verblijf kunnen er dus veel aandachtspunten zijn bij deze doelgroep. Tijdens de ziekenhuisopname wordt er dan ook niet enkel curatief gewerkt, maar wordt er geruime aandacht geschonken aan een preventieve werking.

2.2 Opname criteria

Conform Art. 3 van het KB 18 april 2014 richt het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt zich tot de populatie geriatrische patiënten ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om verschillende van de hierna vermelde redenen:

1° fragiliteit en beperkte homeostase (het in evenwicht zijn van alle functies in het lichaam, zoals het constant houden van de bloeddruk, de zuurtegraad, de lichaamstemperatuur...);

2° actieve polypathologie;

3° atypische klinische beelden; 4°

verstoorde farmacokinetiek;

5° gevaar van functionele achteruitgang;

6° gevaar voor deficiënte voeding;

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

8° psychosociale problemen.

Elke gehospitaliseerde patiënt jonger dan 75 jaar die één of meer van bovenstaande kenmerken vertoont, kan eveneens opgenomen worden in het geriatrisch zorgprogramma.

3 Missie AZ Voorkepen Malle (onderdeel Emmaüs groep en binnen het samenwerkingsverband Helix ziekenhuizen)

Vriendelijke en kwaliteitsvolle zorg bieden met wederzijds respect tot tevredenheid van allen: de patiënten, familie, huisartsen, geriaters, verpleegkundigen en zorgkundigen.

- Vriendelijkheid: beleefd en correct zijn
- Kwaliteit: werken volgens wetenschappelijk ondersteunde methoden
- Wederzijds respect: respect hebben voor patiënt/familie, respect krijgen van de patiënt/familie
- Tevredenheid: tijdens en na het verblijf referentie afdeling zijn, goede beoordeling krijgen

3.1 Missie van het zorgprogramma geriatric

De missie van het zorgprogramma richt zich op diagnostiek, preventie en behandeling van aandoeningen bij de oudere patiënt. Hiermee willen we een bijdrage leveren in de levenskwaliteit van de oudere patiënt die afgestemd is op het levensdoel en persoonlijke behoefte van deze. Hierbij wordt gepoogd de meest optimale gezondheidstoestand te bekomen, te behouden of te streven naar comfort. Het is via een multidisciplinaire samenwerking en een holistische kijk op de oudere patiënt dat we trachten deze missie te bereiken.

Het zorgprogramma omvat 5 pijlers:

1. Twee erkende diensten geriatric
2. De geriatriche consultatie
3. De daghospitalisatie voor de geriatriche patiënt
4. De interne liaison
5. De externe liaison

3.2 Doelstellingen

De doelstellingen die we vooropgesteld hebben, helpen ons deze missie dag in dag uit waar te maken.

- Wij willen binnen Vlaanderen de referentie zijn in de optimale combinatie van professionele zorg en warme omgang.
- Wij willen een team zijn van geëngageerde en professionele medewerkers die ambassadeurs zijn in onze regio.
- Wij willen een financieel autonoom ziekenhuis zijn met voldoende ruimte om onze kwaliteitsambities waar te maken.

3.3 Waarden

Binnen de afdeling staan de patiënten centraal. We trachten voor onze patiënten een goede zorg te verlenen en naar een hoge tevredenheid te streven.

Ons dagelijks werk is "evidence based". We zoeken vanuit alle betrokken zorgprofessionals naar wetenschappelijk, ondersteunde oplossingen voor onze patiënten. Deze oplossingen worden aangereikt door onze geriater, onze consulterende specialisten, door referentiegroepen binnen het ziekenhuis en door de collega's.

Communicatie is een sleutelwoord in goede zorg. Het bereiken van een voortreffelijke zorg en bejegening van onze patiënten is enkel mogelijk met een goede communicatie. Deze waarde streven wij na aan de hand van verschillende manieren. De geriater en zijn ondersteunende zaalartsen hebben wekelijks verschillende momenten vrij voor familiegesprekken (eventueel met patiënt). Hiervoor moeten de families en patiënten een afspraak maken. Zij krijgen de mogelijkheid om het verloop van de opname te bespreken met de behandelende geneesheer. Bij alle communicatie met de patiënt of familie staat vriendelijkheid, positivisme en eerlijkheid centraal. Indien de behandelende arts bezet is (omwille van drukte/weekend/geen afspraak) kan er steeds aan de verpleging informatie gevraagd worden. Zo zijn er dagelijks 2 verpleegkundigen die rondgaan met de arts om alle patiënten te zien en bespreken. Gezien zij de huidige toestand met de verantwoordelijke arts bespreken, kunnen zij vaak ook uitgebreidere informatie geven. Tot slot staan de verantwoordelijke verpleegkundigen op dienst steeds open voor vragen met betrekking tot de actuele toestand van het opgenomen familielid.

Optimale communicatie naar de patiënt en zijn naasten wordt ook nagestreefd aan de hand van de bed-side briefing. Met de briefing die op de kamer van de patiënt gebeurt, wordt gepoogd om de patiënt zoveel mogelijk bij zijn zorgproces te betrekken. Indien er naasten of familie aanwezig zijn, kunnen zij ook de nodige vragen stellen of bezorgdheden uiten. De bed-side briefing heeft tot slot ook nog het doel om de collega's van de late shift voor te stellen. Hiermee is er steeds een duidelijk aanspreekpunt voor de volgende shift. Een bed-side briefing wordt elke weekdag gedaan van de vroege shift naar de late shift.

Centralisatie van de patiënt wordt ook door specifieke acties binnen de afdeling bereikt. Zo worden de patiënten en hun familie zoveel mogelijk geïnformeerd door over de onderzoeken en therapieën die zij krijgen. Naast de zorgverleners die de uitleg verschaffen, zijn er ook steeds infobrochures beschikbaar die tijdig worden uitgedeeld. Daarnaast werkt de afdeling ook met een ethilokkast. De ethilokkast is een medicatiekast die een breed spectrum aan medicatie bevat. Gezien de meest voorkomende medicatie reeds op dienst aanwezig is binnen deze kast, kan de medicatietherapie van de patiënt zo snel mogelijk hervat worden. Tot slot kent de afdeling verschillende werkgroepen en referentieverpleegkundigen die zich dagelijks inzetten voor de verbetering van de afdeling ten voordele van de patiënt.

4 Beschrijving van het zorgprogramma

4.1 Erkende dienst voor geriatrie (G)

Het AZ Voorkampen heeft 48 erkende G-bedden verdeeld over 2 afdelingen: Parel en Diamant.

Geriatrische patiënten die worden verwezen naar de geriater worden bij voorkeur opgenomen op de afdeling geriatrie.

Het pluridisciplinair team van geriatrie bestaat uit:

- Geriaters
- Zaalartsen
- Een hoofdverpleegkundige voor beide afdelingen. Deze is in het bezit van een beroepstitel geriatrie
- 2 adjunct-hoofdverpleegkundigen
- Verpleegkundigen
- Zorgkundigen
- Logistieke medewerkers
- Ergotherapeuten
- Logopedist
- Kinesisten
- Maatschappelijk werker
- Diëtist

Er kan beroep gedaan worden op psychologen en/of pastorale medewerkers.

4.2 Geriatrisch consult

Het geriatrisch consult laat toe, bij voorkeur op verzoek van de behandelend huisarts, een geriatrisch advies te verstrekken.

4.3 Geriatrisch dagziekenhuis

Het geriatrisch dagziekenhuis heeft 6 plaatsen (zetels/bedden) en is gesitueerd in het dagziekenhuis volwassenen.

Het dagziekenhuis is beschikbaar voor geriatrische patiënten en richt zich naar diagnostiek, ambulante therapie en revalidatie.

Het pluridisciplinair team van het geriatrisch daghospitaal bestaat uit:

- Geriaters
- specialisten
- Een hoofdverpleegkundige
- Verpleegkundigen
- Logistieke medewerkers
- Ergotherapeuten
- Kinesisten
- Maatschappelijk werker

Er kan beroep gedaan worden op psychologen en/of pastorale medewerkers.

4.4 Interne liaison

Het aantal patiënten op niet-geriatrie diensten neemt toe. Vaak kunnen ze omwille van hun pathologie of omwille van het aantal beschikbare bedden niet worden opgenomen op de dienst geriatrie.

De interne liaison maakt het mogelijk de geriatrie principes en de geriatrie pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend geneesheer-specialist en de teams, en dit voor alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrie patiënten.

De interne liaison bestaat uit een pluridisciplinair team:

- interne liaison verpleegkundige,
- ergotherapeuten,
- logopediste,
- diëtisten,
- kinesisten,
- maatschappelijk werkers,
- Geriater (andere disciplines kunnen altijd in consult geroepen worden).

Elke afdeling waar mogelijks geriatrie patiënten worden gehospitaliseerd beschikt over minstens 1 referentieverpleegkundige geriatrie.

4.5 Externe liaison

De externe liaison heeft als doel de geriatrie principes en de geriatrie pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep. Ze streeft naar de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.

Er zijn 2 ontslagmanagers werkzaam in het ziekenhuis. De ontslagmanagers behoren tot de sociale dienst.

5 Werking van de dienst geriatrie

5.1 Opname

5.1.1 Opnamecriteria

- Leeftijd in principe ≥ 75 jaar en/of GRP(geriatrie risicoprofiel) ≥ 2 .
- Niet specifiek verwezen patiënten > 75 jaar met onduidelijke pathologie en/of polyopathie, voor diagnostische en therapeutische opname.
 - Frailty (broosheid)
 - Polyopathie
 - Vertraagd en/of onvolledig herstel na een chirurgische ingreep
 - Cardio vasculaire aandoeningen
 - Cerebrale insufficiëntie met verminderd cerebraal/mentaal functioneren
 - Infecties van de luchtwegen
 - Algemene infecties
 - Toegenomen zwakte van alle oorsprong
 - Toegenomen immobiliteit
 - Plotse verwardheid
- Specifieke door de huisarts verwezen bejaarde patiënten (of op eigen initiatief) met zelfde problemen als punt 2, of met welbepaalde pathologie.
- Orthopedische pathologie bij bejaarden:
 - Alle bekkenfracturen (enkele of dubbele, uni- of bilaterale pubistak; sacrumfractuur)

- mogen op geriatrie worden opgenomen in samenspraak met deorthopedisten.
 - Onverwikkelde **ribfracturen** (zonder pneumothorax) mogen eveneens op geriatrie worden gehospitaliseerd.
 - Voor **kleine fracturen** (pols, enkel, elleboog) en zeker voor humeruskopfractuur: **altijd eerst een geschreven orthopedisch advies** vóór patiënt naar de afdeling wordt gebracht.
 - **Grotere fracturen** (heup, femur, tibia...) en a fortiori complexe fracturen horen niet thuis op geriatrie, ook al is er geen ingreep gepland.
 - **Wervelindeukingen** (tgv val) treden meestal op, op onderliggende osteoporotische basis, en worden best op geriatrie opgenomen, tenzij neurologischeuitval dreigt.
 - **Schedelbreuken (+/- commotio)** worden best opgenomen op neuro (ofintensieve/Mizo/Heelkunde/orthopedie).
- Patiënten voor palliatieve zorg

Alle patiënten die op geriatrie worden opgenomen krijgen eerst een **internistische screening**: d.w.z. **labo, ecg en RX thorax en urinecultuur**.

5.1.2 Opname via spoedgevallen

- De meeste patiënten worden via de spoedgevallen opgenomen, dit komt wegens acute ziekte van de patiënt in zijn woonsituatie (zelfstandig wonen, serviceflat, WZC, RVT, inwonen bij een familielid...). Dit kan na oproep van de ziekenwagen, na een verkeersongeluk, acute ziekte in het WZC, ziekte thuis.
- de patiënt meldt zich aan bij de dienst spoedgevallen. Hier wordt bij elke patiënt een ID-bandje aangedaan.
- zie procedure opname spoedgevallen
- de spoedarts neemt contact op met de geriater wanneer een opname noodzakelijk is voor de afdeling
- indien een opname noodzakelijk is, wordt de patiënten ingeschreven via de spoedgevallen op naam van de behandelende geriater
- in afspraak met de geriater worden enkele, beperkte onderzoeken gepland op de spoedgevallen
- de afdeling wordt verwittigd door de spoedgevallen verpleegkundige of opname verantwoordelijke: vermelding van naam en voornaam, geboortedatum en reden van opname en/of voorlopige diagnose, kamerkeuze
- de geriater kan de patiënt onderzoeken op de spoedgevallen (bij voorkeur) of bij aankomst op de afdeling
- Een afschrift van het E-care dossier wordt meegegeven naar de afdeling
- de meeste courante onderzoeken zijn: routine bloedname, RX Thorax, RX abdomen, ECG, urinesediment,
- meer specifieke onderzoeken zijn: aanvullende CT, bloedculturen, culturen van urine, specifieke RX onderzoeken, dringende consultaties specialisaties, EEG,
- op de spoedgevallen wordt het anamneseformulier volledig ingevuld en gehandtekend door patiënt of familie. Het belangrijkste hiervan zijn de contact telefoonnummers van de familie. Dit kan tijdens het wachten tijdens het klinisch onderzoek en de onderzoeken die worden gepland op spoedgevallen.
- Patiëntendossier (afdruk van het E-care dossier) en het gehandtekend anamnese

formulier, medicatielijst, briefje verwijzende huisarts, begeleidende brief WZC / RVT/ serviceflat, uitslagen van onderzoeken zowel van thuis als van de spoedgevallen, ECG. Op alle papieren is er een duidelijke naam en voornaam met geboortedatum van de patiënt. Dit kan met een identificatie sticker of geschreven worden.

- Op weekdays tussen 13 en 17 uur kan er een apothekassistente langskomen om samen met de patiënt zijn naasten een medicatielijst met de actuele medicatie op te stellen. Aan de hand van deze medicatieverificatie kan de patiënt (met zijn familie) een overzicht geven wat een snellere heropstart van de thuisterapie garandeert.

5.1.3 Opname via spoed: Fast-track methode

De Fast-track geriatrie heeft tot doel om de doorstroomtijd van geriatrische patiënten van spoed naar de afdeling geriatrie te beperken tot 60 minuten om zo de kwaliteit van zorg en het comfort van de patiënten te verbeteren. De patiënten die hiervoor in aanmerking komen zijn patiënten die doorverwezen worden door de huisarts of aangekondigd zijn door de geriater. De Fast-track methode kan enkel gestart worden op weekdays tussen 8u en 16u.

5.1.4 Geplande opname

Een minderheid van de patiënten worden gepland opgenomen. Een geplande opname kan wanneer een huisarts contact opneemt met de afdeling (verpleegkundige, zorgkundige, secretaresse, geriater, sociale dienst). Er kan ook een tweede opname gepland worden in de toekomst. (bv. pre operatieve screening) Dit is mogelijk na eeneerste opname van de patiënt, waar een tweede opname noodzakelijk voor een latere behandeling. Deze patiënten komen normaal niet via de spoedgevallen binnen.

Enkel wanneer deze patiënten worden opgenomen met een liggend vervoer (door de ziekenwagen of ziekenvervoer), zullen zij langs de spoedgevallen komen maar dadelijk doorverwezen worden naar onze afdeling. Zij worden ingeschreven via het onthaal van de spoedgevallen maar worden niet door een spoedarts of spoedverpleegkundige behandeld. Dat is enkel administratief voor de opname van de patiënt. De spoedgevallen (evt. onthaal) belt naar de afdeling om deze op de hoogte stellen van de aankomst van de geplande patiënt. De ambulanciers worden verwezen naar de afdeling en rijden met brancard en patiënt en/of familie naar de afdeling.

- De huisarts van de patiënt belt voor opname.
- De huisarts beschrijft kort de reden van opname en zijn bevindingen en de verpleegkundige / secretaresse / geriater noteert deze gegevens.
- Vraag de naam en voornaam van de patiënt en zijn geboortedatum en noteer deze gegevens. Vraag ook naar de kamerkeuze van de patiënt.
- Bespreek i.f.v. de drukte en geplande ontslagen in de toekomst wanneer de opname mogelijk is voor de afdeling. Indien er toch een dringende reden voor een directe opname, wordt de patiënt verwezen naar de spoedgevallen. Er worden geen bedden vrij gehouden voor opnames die >24u later worden verwacht.
- Indien er twijfel is over opname, dan wordt de dag verantwoordelijke of de geriater opgebeld voor een oplossing.
- Laat de patiënt i.f.v. de diagnose of reden van opname nuchter opnemen. Dit geeft de mogelijkheid om ook onderzoeken te doen waarvoor de patiënt nuchter moet zijn tijdens de eerste opnamedag.
- De gegevens van de patiënt (naam, voornaam en geboortedatum) doorbellen naar opnamecoördinator. Zij plant de opname in op de juiste dag.
- De dag van opname meldt de patiënt zich aan het ziekenhuis. De patiënt wordt

ingeschreven aan het onthaal en begeleid naar de afdeling. Aan het onthaal wordt ook het identificatiebandje aangedaan. Elke patiënt heeft vanaf de opname een ID- bandje.

- De opnamedienst belt naar de afdeling dat de patiënt aanwezig is in het AZ en reserveert de kamer, afhankelijk van de kamerkeuze, voor de patiënt.
- Als de patiënt op de afdeling is, heeft hij een kort verwijsbriefje van de huisarts met zo nodig nog uitslagen van onderzoeken bij. De opnameformulieren en identificatie stickers worden meegegeven met de patiënt en/of familie.
- De behandelende geriater wordt op de hoogte gebracht van de opname van de patiënt.
- Bij de eerste kennismaking wordt de patiënt en/of familie ontvangen op dienst.
- De verantwoordelijke verpleegkundige wordt op de hoogte gesteld van de aanwezigheid van de patiënt. Korte controle van de kamer: proper, verwarming aan in de winter, orde, ramen gesloten. Zij / hij is verantwoordelijk voor de opname.
- (Als de secretaresse aanwezig is, zal zij de patiënt en familie naar de kamer brengen.)
- De verantwoordelijke verpleegkundige of collega van dezelfde kant brengt de patiënt en/of familie naar de kamer. Daar volgt een korte briefing over de kamer, gebruik van de badkamer, kledingkast en ijskast, gebruik van het oproepsysteem en lichten van de kamer. Indien er nog vragen zijn van patiënt en/of familie worden deze beantwoord door de collega. Vragen naar het medisch aspect van de opname worden naar de dokter doorverwezen.
- Anamneseblad wordt door patiënt en/of familie ingevuld tijdens de opname op de kamer. Het anamneseblad wordt zo volledig mogelijk ingevuld en gehandtekend door de patiënt en/of familie.
- Indien de behandelende geriater op voorhand de onderzoeken heeft gepland, dan zullen deze al vermeld zijn in KWS. Alle op voorhand geplande onderzoeken zijn voorgeschreven door de behandelende geriater. Dit is enkel wanneer de huisarts bij zijn consultatie van de patiënt een definitieve diagnose heeft gesteld en de patiënt voor de behandeling ervan moet opgenomen worden.
- Indien er een observatie nodig is voor het stellen van een diagnose en/of behandeling ervan, zullen de onderzoeken niet op voorhand geschreven zijn. Hier worden de toekomstige onderzoeken afgestemd in functie van de observatie.
- In beide bovenstaande gevallen zal de patiënt door de behandelende geriater geconsulteerd, onderzocht en bevraagd worden binnen het eerste uur van de opname van de afdeling. Tenzij er praktische redenen zijn om dit later te doen (bv geen beschikbare kamer), wordt de patiënt op de hoogte gehouden van de vorderingen in de opname en wordt in de wachtruimte van de afdeling geïnstalleerd.
- De behandelende geriater en/of de begeleidend verpleegkundige geeft uitleg over de geplande onderzoeken aan de patiënt en/of familie.
- De verantwoordelijke verpleegkundige maakt een zorgdossier in KWS.
- Na de consultatie van de behandelende geriater worden de onderzoeken gepland door de dag-verantwoordelijke of de secretaresse. Niet alle onderzoeken worden op één dag gepland. Dit is voor de meeste geriatrische patiënte te belastend.
- Patiënt wordt i.f.v. de onderzoeken nuchter gehouden. Indien er geen nuchtere onderzoeken volgen mag de patiënt eten. De afdelingslogistiek wordt opgebeld door de verantwoordelijke verpleegkundige voor een reserveplateau.

5.1.5 Overname van een andere afdeling

- De behandelende arts overlegt met de geriater en stelt de reden van overname voor. De geriater beslist of de patiënt mag overkomen. Dit heeft niet enkel te maken met de beschikbaarheid van een vrij bed. Indien geen vrij bed aanwezig kan de patiënt al op naam van de geriater komen zonder een feitelijk transfert van de patiënt.
- Opnamecoördinator wordt verwittigd en belt naar de geriatrie (evt. met secretaresse). Zij plant de over te nemen patiënt op de keuze kamer in KWS.
- De behandelende arts vult het transfertblad in.
- De patiënt wordt getransfereerd door de verpleegkundigen van de vorige afdeling naar geriatrie.
- Aangekomen op geriatrie vangt de verantwoordelijke verpleegkundige (of collega) van de desbetreffende kant de patiënt en/of familie op.
- De verpleegkundige geeft een briefing aan de verantwoordelijke verpleegkundige van geriatrie.
- Hierna volgt de opname procedure zoals in punt 5.1.3.

5.1.6 Opname via consultatie

- Indicaties zijn: te ingewikkelde behandeling voor een terugkeer naar huis, medicamenteuze behandeling is enkel in het AZ mogelijk, slechte algemene toestand van de patiënt of andere bovenstaande indicaties voor opname.
- Opnamecoördinator wordt verwittigd door de geriater of de consultatieverpleegkundige dat er een nieuwe opname is voor geriatrie vanuit de consultatie. Zij plant de patiënt in KWS.
- De patiënt wordt getransfereerd door de verpleegkundige van de consultatie naar geriatrie.
- Aangekomen op geriatrie vangt de verantwoordelijke verpleegkundige (of collega) van de desbetreffende kant de patiënt en/of familie op.
- De verpleegkundige consultatie geeft een briefing aan de verantwoordelijke verpleegkundige van geriatrie.
- Hierna volgt de opname procedure zoals in punt 5.1.3.

5.1.7 Opname op de palliatieve kamer

- De opname op K 68 kan een geplande opname zijn of een overname van een andere afdeling.
- Geplande opname zie punt 5.1.3. Meestal zijn deze opnames acuut en zullen ze niet langs de spoedgevallen passeren tenzij voor een zeer korte observatie mits overleg tussen de geriater en de spoedarts.
- Overname andere afdeling zie punt 5.1.4. Bij de overname zal het Palliatief Support Team (PST) de patiënt al kennen. Zij hebben de patiënt al geconsulteerd op de afdeling, de overname naar de palliatieve kamer besproken met de patiënt en/of familie. De briefing gebeurt al op voorhand door de coördinator van het PST: reden van overname, stop behandeling, voorgeschiedenis, familiale belangrijke situaties, ziekenzalving, geloof, kledij bij overlijden, verwachtingen.... Het PST blijft de patiënt mee opvolgen en bespreekt dagelijks de situatie met collega's geriatrie (dokter, hoofdverantwoordelijke geriatrie, verantwoordelijke verpleegkundige en andere).

- Deze briefings en communicatie zijn uitgebreider wegens de specifieke noden en verwachtingen van de palliatieve setting.

5.2 Ontslag naar huis of WZC

- De behandelende arts neemt de beslissing of patiënt in ontslag mag gaan.
 - Terug naar de thuissituatie
 - Serviceflat
 - Woonzorgcentrum
 - Revalidatie
- De definitieve datum van ontslag wordt de dag voordien beslist.
- De patiënt wordt door de arts hiervan op de hoogte gebracht.
- Familieleden worden door de afdelingssecretaresse telefonisch gecontacteerd om hen te verwittigen. Bij afwezigheid van secretaresse verwittigt de dagverantwoordelijke de familieleden.
 - Tijdens dit telefonische contact kan er worden afgetoetst of familieleden zelf de patiënt kunnen ophalen of dat er ziekenvervoer moet worden afgesproken.
- Bij patiënten die reeds verblijven in een woonzorgcentrum of serviceflat wordt ook de desbetreffende zorginstelling op de hoogte gebracht wanneer zij de patiënt kunnen verwachten.
- Op de dag van het ontslag krijgt de patiënt een ontslagbrief mee gericht aan de huisarts en een up-to-date medicatielijst.
- Bij specifieke zorgen naar de thuissituatie wordt er een verpleegkundige ontslagbrief meegegeven waarin bv wondverzorging staat uitgeschreven, specifiek dieet dat moet worden gevolgd, controle consultatie...
- Bij het ontslag naar een woonzorgcentrum wordt altijd een verpleegkundige ontslagbrief opgesteld waarin verpleegtechnische informatie kan worden uitgewisseld naar het woonzorgcentrum. Bij een eerste opname vanuit het ziekenhuis naar een woonzorgcentrum zorgen wij voor extra verslagen van de kinesisten en de ergotherapeut (ADL verslag- Katz schaal, MMSE).

5.3 Multidisciplinair overleg

- Elke dinsdag voor Diamant en donderdag voor Parel (behalve feestdagen).
- Alle patiënten worden besproken op medisch, verpleegkundig, sociaal gebied. Ook wordt de mobiliteit en zelfstandigheid besproken.
- Volgende disciplines: geneesheren, verpleegkundigen, zorgkundigen, diëtiste, kinesiste, logopediste, ergotherapeut, sociaal assistente, pastoraal medewerker, administratief medewerker, eventueel studenten, uitgenodigde andere disciplines.
- Tijdens het overleg noteert de verantwoordelijk verpleegkundige vroege dienst van elke patiënt een kort verslag in de opnameplanning.
- De administratief medewerker noteert van elke patiënt een kort verslag in het medische dossier: dit verslag bundelt de opmerkingen tijdens het overleg en de planning.
- Elke aanwezige discipline wordt geregistreerd binnen het verslag.
- Hoe verloopt de briefing tijdens MDO
 - Verantwoordelijke dagdienst zegt naam en voornaam van de patiënt
 - Behandelende dokter zegt kort de diagnose / of reden van opname indien diagnose nog niet bekend is
 - Verpleegkundige vult aan met belangrijke zorg en wondzorg
 - Kinesist vertelt over therapie kine en progressie
 - Ergotherapeut geeft gegevens over ADL en andere testing
 - Sociaal assistente bespreekt de situatie of vult aan met haar bevindingen
 - Bij slikstoornissen of afasie of CVA vult logopediste aan
 - Pastoraal medewerker wordt bevraagd voor extra informatie of gevraagd om bij patiënt langs te komen voor existentiële vragen

6 Werking van het geriatrisch daghospitaal

6.1 Opname

De opname in het geriatrisch dagziekenhuis gebeurt bij voorkeur in samenspraak met de huisarts. De huisarts neemt contact op met de geriater of kan rechteer een afspraak plannen in het ziekenhuis. Indien bepaalde onderzoeken zeker dienen te gebeuren worden deze best op voorhand afgesproken op het nummer 03/380 20 99. Dit laat een betere planning van de diensten (radiologie, nucleaire geneeskunde) toe.

Bij revalidatie is het evident dat meerdere daghospitalisaties moeten voorzien worden.

6.2 Zorqaanbod

In het geriatrisch daghospitaal worden bejaarde patiënten opgenomen voor:

- Diagnostiek:
 - Comprehensieve geriatrisch assessment
 - Evaluatie van metabole en geriatrische syndromen (diabetes, osteoporose, malnutritie, sarcopenie, polyfarmacie, delier)
 - Preoperatieve evaluatie
 - Diagnose van algemeen internistische problemen (anemie, ionenstoornissen, gastro-intestinale pathologie, pulmonaire klachten, hematologische aandoeningen)
 - Urinaire en fecale (in)continentieproblemen
 - Neurodegeneratieve aandoeningen en cognitieve dysfunctie (dementie)
 - Valkliniek (vallen, gangstoornissen, vertigo en orthostatisme)
 - Slikstoornissen
 - Malnutritie
 - Ondersteuning van moeilijke en belastende ambulante onderzoeken
- Revalidatie:
 - Fysieke revalidatie
 - Cognitieve revalidatie
- Behandeling:
 - Intraveneuze therapie
 - Bloedtransfusie

6.3 Organisatie van de zorgverlening

Diagnosestelling:

Het eindverslag van de arts bevat de anamnese, de geriatrische evaluatie, diagnose, ziektegeschiedenis, resultaten van onderzoeken, conclusies en voorstel van zorgplan. Dit verslag is terug te vinden in KWS en wordt elektronisch bezorgd aan de verwijzende artsen andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van deze informatie.

Revalidatie:

De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie bestaat uit een individueel revalidatieplan genoteerd in het patiëntendossier. Vooral de fysiotherapeut, de kinesist, de ergotherapeut, de logopedist zijn betrokken bij het revalidatieplan. Wekelijks worden de patiënten besproken op het multidisciplinair overleg en genoteerd in het patiëntendossier. Op het einde van de revalidatiebehandeling wordt een verslag opgemaakt waarbij de evolutie wordt weergegeven met een opvolgingsplan. Dit verslag wordt overgemaakt aan de verwijzende arts en andere zorgverleners aangeduid door de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van deze informatie.

7 Werking van de interne liaison geriatrie (ILG)

7.1 Doel

Het doel van de interne geriatrische liaison is om op alle niet-geriatrische afdelingen (behalve materniteit en pediatrie) de pluridisciplinaire aanpak van de geriatrische patiëntte ondersteunen. De klemtoon ligt vooral op het herkennen van factoren die bepalend zijn voor een beperking in de zelfredzaamheid en een verlengde hospitalisatie. Een vroegtijdige detectie van patiënten met een geriatrisch profiel maakt het mogelijk om de ziekenhuisopname en -ontslag zo optimaal mogelijk te plannen en te laten verlopen.

De interne liaison wordt gerealiseerd door het pluridisciplinair geriatrisch team. Op vraag van de behandelende arts of de (referentie)- verpleegkundige van de afdeling biedt het team ondersteuning aan het team van de vragende afdeling. Op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek wordt gezocht naar de typische kenmerken van de geriatrische patiënt. Elk teamlid formuleert in functie van zijn/haar deskundigheid de nodige voorstellen voor diagnostiek, therapie en revalidatie in het patiëntendossier.

Eenmaal per week komt het team samen voor overleg over de patiënten voor wie een tussenkomst van het pluridisciplinair geriatrisch team plaatsvond.

De bevindingen worden genoteerd in het patiëntendossier.

Het takenpakket van de referentieverpleegkundige geriatrie bestaat uit:

- signaalfunctie: opsporen van geriatrische patiënten
- sensibiliseren van de pluridisciplinaire benadering bij de geriatrische patiënten
- stimuleren van het gebruik van het aanvraagformulier voor interne liaison (KWS)

pluridisciplinair team van de geriatrische liaison staat in voor:

- Het evalueren of patiënten na screening al dan niet een geriatrisch profiel vertonen.
- Het verslag van deze evaluatie wordt opgenomen in het patiëntendossier en aan de behandelende huisarts overgemaakt. Huisartsen kunnen het volledig assessment altijd opvragen.
- Het evalueren van patiënten met een geriatrisch profiel via een geriatrisch assessment.
- Het geven van aanbevelingen (genoteerd in het patiëntendossier) aan het zorgteam en behandelend arts tijdens de hospitalisatie.
- Het opstellen van aanbevelingen (indien nodig) voor de huisarts om een heropname en ontslag te vermijden.
- Het verspreiden van de geriatrische benadering: aanmoedigen om systematisch te screenen, 3 à 4 jaarlijks overleg met de referentieverpleegkundigen en aanbieden van informatie in verband met de samenwerking en het functioneren van de disciplines die verbonden zijn aan de geriatrische interne liaison. (logo, ergo, diëtiste, kiné,...)

7.2 Screeningsinstrument: Geriatrisch Risico Profiel (GRP).

7.2.1 Omschrijving

Het screeningsinstrument dat gebruikt wordt is het "Geriatrisch Risico Profiel" (GRP). Dit is een instrument voor identificatie van geriatrische patiënten op niet geriatrische diensten.

Het komt automatisch bij iedere 75+ in de zorgmodule tevoorschijn. Het

screeningsinstrument bevat 5 items:

- Aanwezigheid van cognitieve stoornis
- Alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/familie
- Moeilijkheden bij het stappen/transfer of slachtoffer van valpartij in de voorbije 6 maanden

- Hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden
- Polyfarmacie: meer dan 5 verschillende geneesmiddelen

Bij een score van 2 of meer spreken we over een risicopatiënt en wordt overwogen in overleg met de behandelende arts, of het verplegend personeel van de afdeling, of een volledig assessment noodzakelijk/mogelijk is.

7.3 Werking Interne Liaison Geriatrie (ILG)

7.3.1 Assessment

Wanneer een patiënt opgevolgd dient te worden door de ILG wordt in eerste fase een geriatrisch assessment uitgevoerd.

Samen met de patiënt wordt getracht via een gesprek en een klinische blik, de risicofactoren en leeftijdsgebonden problemen in kaart te brengen. Indien nodig worden ook mantelzorgers en familieleden betrokken om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de patiënt.

Op basis van dit assessment worden zo nodig andere leden van het multidisciplinaire team betrokken (vb. kinesist, diëtist, logopedist, sociale dienst,...) om in functie van de specifieke noden een diepgaand assessment uit te voeren.

Er wordt nagegaan of een geriatrisch consult aangewezen is.

Indien de behandelende arts en het zorgteam beslissen dat bij een positieve screening geen beroep wordt gedaan op de ILG, wordt de reden vermeld in het patiëntendossier.

Indien de patiënt alleen wonend is en 80+ met een GRP van 0 of 1 gaan we eveneens langs en informeren we of de terugkeer naar de thuissituatie haalbaar is.

7.3.2 Adviesverlening

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

Indien er nood aan is worden deze gegevens ook doorgestuurd naar de huisarts (door ILG).

7.3.3 Multidisciplinair overleg

Een keer per week worden tijdens het multidisciplinair overleg de geformuleerde adviezen en aanbevelingen besproken voor alle patiënten die op het moment van het overleg nog gehospitaliseerd zijn.

De vaste leden van het ILG team zijn hierbij aanwezig (ergo, logo, sociale dienst).

7.4 Organisatie van de interne liaison

Het liaisonteam kan elke weekdag gecontacteerd worden tussen 9u en 15u.

Ten laatste binnen de 48u wordt een advies geformuleerd naar de behandelende geneesheer en het zorgteam (op weekdays). Na dit advies wordt er indien nodig een follow-up door het geriatrisch team voorzien, o.a. door ergo, logo, kiné,... Het advies kan men terugvinden in het verpleegdossier in opvolgnota en/of zorgmodule.

7.5 Programma van het Comprehensive Geriatric Assessment die gebruikt worden in de verschillende delen van het zorgprogramma. (Indien dit voor de betreffende pat. van toepassing is)

Bij valproblemen:

- Basic ADL en Instrumental ADL
- EFST; Elderly Fall Screening Test
- Orthostatische Hypotensie
- TUG; Timed Up & Go Test
- Tinettiscore; evenwicht en gang

cognitieve problemen:

- Moca
- MMSE; Mini-Mental State Examination
- Kloktest
- CPT

Interne geriatrisch liaison (Bij positieve GRP):

- Logopedische screening
- KATZ (evaluatie van de basis activiteiten van het dagelijkse leven)
- Stratify (opsporen van valrisico)
- SOCIOS (opsporen van sociale complexiteit)
- LAWTON (Evaluatie van de instrumentele ADL)
- GDS (opsporen van depressie)
- Bij val- en of cognitieve problemen (zie bovenaan)

7.6 Pluridisciplinair zorgplan

Voor elke geriatrische patiënt wordt een pluridisciplinair zorgplan betreffende de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie opgesteld. Dit maakt deel uit van het patiëntendossier.

Dit zorgplan is toegankelijk voor elke zorgverlener die betrokken is bij de zorgverlening van de geriatrische patiënt. Bij ontslag wordt het zorgplan overgemaakt aan de huisarts.

8 Werking van de externe geriatrische liaison

8.1 Doelgroep

De doelgroep van de externe liaison bestaat uit geriatrische patiënten in een thuissituatie of een thuisvervangend milieu en de gehospitaliseerde patiënten, opgenomen in het zorgprogramma geriatric en ontslagklaar zijn.

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

8.2 Organisatie

De externe liaison wordt gerealiseerd via het ontslagmanagement, via de daghospitalisatie geriatric of via het geriatrisch consult. Het project ontslagmanagement heeft als doel een geïndividualiseerde zorgplanning te voorzien om een naadloze aansluiting te voorzien tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. In maximale samenwerking met de dienst patiëntenbegeleiding sporen ze de hoog-risicopatiënten op voor wie een terugkeer naar huis

overwogen worden. De mantelzorger wordt betrokken bij deze evaluatie en het geven van informatie van beschikbare ondersteuning in de thuisomgeving.

Het organiseren van pluridisciplinaire vergaderingen om de zorgcontinuïteit te garanderen is een taak van de externe liaison en de dienst patiënten begeleiding.

[8.3 Formele samenwerking](#)

Er is een formele samenwerking met volgende Woon-zorg centra:

De Dennen	Nooitrust 18 2390 Malle
ZNA Joostens	Kapellei 133 2980 Zoersel
WZC Sint-Jozef	Kruizemunt 15 2160 Wommelgem
WZC Den Brem	Bremstraat 26 2310 Rijkevorsel
WZC Czagani	Kapelstraat 64 2520 Broechem
WZC Sint-Lenaartshof	Vaartkant Links 27 2960 Brecht
De Kleine Kasteeltjes	Kleine Kasteeltjesweg 1 2960 Brecht
WZC Molenheide	Turnhoutsebaan 611 2110 Wijnegem
Zorgverblijf Hooionk	Langestraat 170 2240 Zandhoven
Campus Mariënhove	Brechtsesteenweg 89 2390 Malle
OLV Van Troost	Nazarethpad 107 2240 Zandhoven
Zorgcentrum Sint-Lodewijk	Kerkstraat 61 2970 'S Gravenwezel
WZC Vesalius	Prins Kavellei 75 2930 Brasschaat
De Mick	Papestraat 30 2930 Brasschaat
WZC Rustenburg	Koosveldlaan 94 2110 Wijnegem
WZC Ter Bleeke	Blijkerijstraat 71 2390 Malle
WZC Pniël	Rusthuislaan 21 2242 Pulderbos
WZC De Buurt	Kermisplein 9 2980 Zoersel
WZC Amandina	Bredabaan 737 2990 Wuustwezel
WZC Prinsenhof	Prinsenpad 27 2310 Rijkevorsel

Thuiszorgdiensten:

De Voorzorg - thuiszorgcoördinator Wim Hoppenbrouwers	De VoorZorg provincie Antwerpen Sint-Bernardsesteenweg 200 2020 Antwerpen
SEL amberes - Coördinator regio Schilde Joke Driesen	p/a Handelslei 167 2980 Zoersel
OCMW Schilde - dienst thuiszorg	Turnhoutsebaan 67 2970 Schilde
Landelijke Thuiszorg Machteld Wuyts	Nonnenstraat 12 bus 2 2200 Herentals
Sociaal huis Malle Heidi Van Looy	Blijkerijstraat 53 2390 Malle
Familiehulp Zorgregio Herentals	Greesstraat 11c 2200 Herentals
Christelijke Mutualiteit Antwerpen Sarah Vandenberghe	Molenbergstraat 2 2000 Antwerpen
Thuisverplegingsteam Wim Lemmens	Lange Van Sterbeekstraat 27 2060 Antwerpen
Solidariteit voor het Gezin	Uitbreidingstraat 184 2600 Berchem
OCMW Hoogstraten	Jaak Aertsiaan 7 2320 Hoogstraten
OCMW Zoersel	Handelslei 167 2980 Zoersel
Wit-Gele-Kruis Zoersel Frieda De Roover	Frans Hensbergenstraat 39 2980 Zoersel
OCMW Brecht	Gemeentepark 1 2960 Brecht
Gezinszorg Villers	Noorderlaan 147 (12e verdiep) Antwerpen

9 Gehanteerde onderzoeks- en behandelingsprotocollen

Beschikbaar op Werkwijzer.

9.1 Pijn

- Is een kwaliteitsproject binnen AZ: pijn hoort niet thuis in de huidige geneeskunde/verpleegkunde
- Pijn is datgene wat een patiënt die het ervaart, zegt dat het is en is aanwezig wanneer hij / zij zegt dat het aanwezig is (definitie)
- Soorten pijn: nociceptieve pijn, neuropathische pijn, totale pijn, doorbraakpijn
- Noceptieve pijn wordt veroorzaakt door weefselbeschadiging somatisch (t.g.v. botmeta's) of visceraal (bv. pancreastumor)
- Neuropathische pijn wordt veroorzaakt door beschadiging van het perifere of centrale zenuwstelsel
- Totale pijn: lichamelijke, psychische, emotionele, spirituele en sociale pijn
- Goede anamnese van de pijn is absoluut noodzakelijk voor een goede behandeling
- Meten is weten (pijnscore in het dossier)
- Behandeling door arts in te stellen en zo eenvoudig mogelijk
- Is altijd een acuut probleem en indien er geen behandeling is ingesteld moet de arts verwittigd worden
- De behandeling wordt aangepast i.f.v. de pijn en noodzaak van de patiënt.
- Symptomen: onrust, kreunen, kolieken, verwardheid, roepen, knorrigheid, prikkelbaar, misselijkheid
- CAVE: aandacht voor intoxicatie door opiaten, constipatie is een veel voorkomende verwikkeling bij sterke pijnstillers

9.2 Braken

- Misselijkheid en braken zijn een onaangenaam gevoel
- Kan een symptoom zijn van een onderliggend probleem
- Dilatatie braken: donderbruin, donderrood braken "koffiegruis" wordt dikwijls verwisseld met bloedbraken
- Dilatatie braken: geen maagwerking
- Indien noodzakelijk wordt patiënt op NPO dieet gezet (Niets Per Os)
- Bij erg en langdurig braken kan een plaatsen van een maagsonde de toestand verlichten
- Symptomen: anorexie, oprispingen, ruikende adem, gekleurde tong, uitdroging, bleek aangezicht, kleine hoeveelheid braaksel in bed
- CAVE: Gastro intestinale infectie met braken tot gevolg, kan epidemisch zijn

9.3 Diarree

- Meer dan 3x/dag dunne ontlasting
- Storend stoelgang patroon (een dunnere ontlasting) die niet gewent is
- Dunnere stoelgang kan veroorzaakt worden door fecale verstopping (dunne stoelgang passeert, harde stoelgang blijft) = "overloopdiarree" of "pseudo-diarree"
- Aanpassing naar een lichter dieet is nuttig (Lichte Voeding zonder fruit)
- Rectale toucher is noodzakelijk
- Symptomen: kolieken, uitdroging, stoelgangsincontinentie, anorexie
- CAVE: epidemie, overloopdiarree, onderliggende tumor, clostridium

9.4 Constipatie

- < 3x/week geen of te weinig of erg moeilijke ontlasting
- Kan een gevolg zijn van een onderliggende ziekte (darmkanker bv.)

- Medicamenteuze oorsprong: morfine achtige pijnstillers zijn constiperend (bij 90% van de bevolking)
- Chronische constipatie is een ouderdomsziekte
- Rectale touche is noodzakelijk
- Symptomen: misselijkheid, opgezet gevoel, opgezette buik, kolieken, buikpijn, ongemak
- Behandeling: laxativum starten, lavement, voldoende drinken
- CAVE: onderliggend stenoserende tumor, uitdroging, morfine gebruik

9.5 Urineretentie

- 300cc urine in de blaas die de patiënt niet kan urineren (uitplassen)
- Frequent bij oudere patiënten
- Kan een gevolg zijn van constipatie
- Chronische urineretentie vraagt een definitieve oplossing
- Rectale toucher is nuttig bij mannen voor prostaathypertrofie en constipatie en bij vrouwen enkel voor constipatie
- Gebruik bladderscan om diagnose te stellen
- Mogelijke oorzaken: benigne prostaathypertrofie, constipatie, blaashalstumor,....
- Symptomen: opgezette buik, buikpijn (hoewel: meestal NIET bij bejaarden, onrustig gedrag = frequent symptoom!, vage klachten, verwardheid,...
- Behandeling: sondage van de blaas (éénmalig of verblijvend) → bij voorkeur verblijfsonde gedurende kort periode
- CAVE: persisterende urineretentie, chronische urineretentie

9.6 Temperatuur/koorts

- Temperatuur $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- De temperatuur wordt genomen door meting met elektronische thermometer (minder betrouwbaar) of rectale controle = centrale meting. Bij twijfel altijd rectalemeting doen!
- Temperatuur meting is standaard bij parameters controle
- Wordt niet altijd waargenomen door de patiënt
- Verschil tussen die eerste keer koorts of koorts die frequent voorkomt
- Dokter wordt altijd verwittigd bij eerste keer koorts (MEWS afnemen, zie verder) Zie apart blad
- Verschillende dagen koorts met reeds ingesteld behandeling: staand order volgen als die in dossier staat
- Controle afname urinesediment in dossier
- Onderliggende infectie, of reactie op transfusie, of "ontsteking" ergens...
- Mogelijke oorzaken: infectie, tumor, na transfusie, CVA met stoornis van thermoregulatiecentrum, reuscelarthritis, zonnslag, epidemische virus, ...
Rheumatische aandoeningen
- Symptomen: roodheid, zwakte, zweten, rillen, beven, warmte gevoel, ...
- Behandeling: koortswerend middel, antibioticum (mag enkel in opdracht van geneesheer), staand order
- CAVE: hoge koorts pieken t.g.v. sepsis, rillingen kunnen tekens zijn van een sepsis (koude rillingen="bibberen van de kou")

9.7 Hypotensie

- BD < 10 cm Hg bovendruk
- BD kan gemeten worden met elektronisch toestel of manueel
- Gekende lage BD is niet ernstig terwijl plotse hypotensie een belangrijk symptoom kan zijn

- Verschil tussen hypotensie in liggende of staande positie van de patiënt
- BD meting is standaard bij parameters controle
- Mogelijke oorzaken: orthostatisme, bloeding, uitdroging, cardiale aandoening, ernstige infectie! (Sepsis)
- Symptomen: draainissen, bleek uiterlijk, slecht zicht, zweten,
- Behandeling: medicamenteus, bloed toediening, toedienen van bloedpreparaten, infuustherapie,
- CAVE: ernstige hypotensie bij massale bloeding

Bij plotse bloeddrukdaling en patiënt niet goed: altijd arts bellen!

9.8 Hypertensie

- BD > 18 cm hg bovendruk
- BD kan gemeten worden met elektronisch toestel of manueel
- Gekende hoge BD die behandeld wordt, heeft geen urgentie
- Plotse niet –gekende hypertensie
- BD meting is standaard bij parameters controle
- Mogelijke oorzaken: stress, voorbode CVA, cardiale aandoening,...
- Symptomen: hoofdpijn, rood aangezicht, hartkloppingen, onrust
- Behandeling: medicamenteus, rust brengen bij stress,
- CAVE: BD verlagende medicatie bij dreigend CVA is nefast voor gezondheid patiënt!

Meestal is (plotse) hoge bloeddruk geen dringend probleem, tenzij plots ook BWZ-stoornis!

9.9 Hypoglycaemie

- Glycaemie < 60 mg% meestal met symptomen (verder beschreven)
- Alle gekende diabetespatiënten krijgen minimum 2x/week meting
- Hypoglycaemie wordt meestal medicamenteus uitgelokt door insuline of suikerverlagende medicatie
- Zonder symptomen (last): geen urgentie tenzij glyc. < 50!
- Met symptomen (last) vraagt directe behandeling
- Meting met een geijkt glucometer (capilaire bloedname)
- Hypoglycaemie die met de glucometer niet te meten is, vraagt een controle dooreen perifere bloedname
- Aanpassing schema zie diabetes protocol
- Symptomen: zweten, bleek uiterlijk, slapte, hongergevoel, fel zweten, bewustzijnsdaling, verwardheid, agressie
- Behandeling: dieet aanpassen, toedienen van suikers (IV of PO), insuline aanpassen bij insuline dependente diabetes patiënten, glucagon (ernstige acute hypomet levensgevaar; enkel met doktersvoorschrift)
- CAVE: verwardheid (niet gekend) kan door hypoglycaemie uitgelokt worden. Hypo + coma kan zelfs een CVA-beeld nabootsen: heel misleidend!

9.10 Hyperglycaemie

- Glycaemie > 200 mg %
- Alle gekende diabetespatiënten krijgen minimum 2x/week meting
- Meting met een geijkt glucometer (capilaire bloedname)
- Verhoogde glycaemie bij een niet gekende diabetes patiënt, vraagt eerst een meting gedurende 24u met nuchter meting
- Hyperglycaemie die met de glucometer niet te meten is, vraagt een controle dooreen perifere bloedname
- Blijvende verhoogde glycaemie bij een gekende diabetes patiënt ondanks strikt

- dieet, vraagt aanpassing van de medicamenteuze behandeling
- Symptomen: dorstgevoel, ongemak
- Behandeling: dieet aanpassen, toedienen van insuline bij diabetes (zie diabetes protocol)
- CAVE: bij elke routine bloedname is een glycaemie bepaling standaard, zo worden frequent nieuwe diabetes patiënt gevonden

9.11 NEWS = National Early Warning Score

NEWS een instrument om veranderingen in vitale parameters, die voorafgaan aan een serious adverse event, tijdig en objectief te signaleren met als doel een serious adverse event te vermijden en/of de ernst hiervan te beperken.

Dit instrument biedt, in combinatie met ISBARR, een hulpmiddel om deze bevindingen op een efficiënte wijze te communiceren tussen de zorgverleners (artsen-verpleegkundigen) onderling.

Om de NEWS te bepalen worden de 7 basis parameters genomen:

- AH-frequentie
- Zuurstofsaturatie
- Zuurstoftoediening
- Temperatuur
- Systolische bloeddruk
- Hartfrequentie of pols
- Bewustzijn

Op basis van de waarde van de vitale parameters wordt een score toegekend tussen 0 en 3. De individuele scores worden opgeteld en, afhankelijk van de totaalscore, wordt er actie ondernomen door de verpleegkundige en arts zoals beschreven in de procedure. Voor elke individuele patiënt kan er een aangepast oproepcriterium worden genoteerd.

10 Kwaliteitsbewaking

10.1 Competentiebeleid

Voorafgaand aan indiensttreding worden de kwalificaties van de medische en niet medische personeelsleden opgevraagd. Na indiensttreding worden er 3 evaluatiegesprekken gevoerd.

Om de 2 jaar wordt er een ontwikkelingsgesprek gehouden met de medewerkers van het zorgprogramma. Tijdens de ontwikkelingsgesprekken worden de opleidingsbehoeften afgetoetst. De medewerkers krijgen de mogelijkheid om zowel intern als extern de nodige bijscholingen te volgen. Specifiek voor het zorgprogramma geriatrie worden bijkomende vormingen omtrent de geriatrische patiënt aangemoedigd.

10.2 Indicatoren

- Handhygiëne
- Patiëntenidentificatie
- Decubitus
- Valincidenten
- Patiëntentevredenheid via VIPP
- Infecties
- Incidenten

10.3 Kwaliteitsverbetering

Op de afdeling geriatrie is er een werkgroep Improve dat werkt aan kwaliteits- en efficiëntieverbetering van de afdeling. Hier worden volgende zaken besproken:

- De indicatoren worden opgevolgd.
- De resultaten uit veiligheidsrondes worden besproken.
- Elk teamlid heeft de mogelijkheid om punten ter verbetering aan te brengen. Nieuwe afspraken worden op de teamvergadering besproken en geïmplementeerd.
- Klachten worden besproken.

11 **Beleid rond dementie**

Het AZ Voorkempen streeft ernaar om een dementievriendelijk ziekenhuis te worden. Concreet willen we dit bereiken door:

- In te zetten op de beleving van de fysieke omgeving van de patiënt met dementie in ons ziekenhuis. Een vertrouwde omgeving kan gerealiseerd worden door een warme en huiselijke sfeer te creëren met persoonlijke spullen en andere aandachtspunten voor mensen met dementie om het veiligheidsgevoel van de patiënt te vergroten. Er zijn verschillende wetenschappelijke studies die aantonen welke elementen in de fysieke omgeving van het ziekenhuis belangrijk zijn voor personen met dementie. Dit kadert binnen de warme zorg waarvoor ons ziekenhuisstaat. (**Doelstelling 1**)
- Mantelzorgers bij de zorg in het ziekenhuis te betrekken om een veiligheidsgevoel te creëren voor personen met dementie. Zij kunnen tijdens de opname bepaalde taken op zich nemen om enerzijds rust te creëren voor de patiënt, maar zullen zo ook de taken van de zorgmedewerkers verlichten. De mantelzorger is zo een partner in de zorg. Dit kadert in het project patiëntenparticipatie. Dit zal dus een meerwaarde zijn voor zowel de patiënt als ons ziekenhuis. (**Doelstelling 2**)
- De kennis en vaardigheden bij onze artsen, verpleegkundigen en medewerkers te vergroten om de omgang met personen met dementie te verbeteren. Hierbij is het bijvoorbeeld belangrijk dat zij mensen met cognitieve stoornissen kunnen identificeren (delier versus dementie). (**Doelstelling 3**)
- Handvaten aan te reiken aan de personen met dementie en hun mantelzorgers omtrent zijn aandoening en hen informatie geven op gebied van psychologische en praktische ondersteuning, over de grenzen van ons ziekenhuis heen. Hierbij denken we bijvoorbeeld ook aan contacten met patiëntenverenigingen. (**Doelstelling 4**)
- Een referentiepersoon dementie in ons ziekenhuis is noodzakelijk als contact- en aanspreekpersoon voor personen met dementie en hun mantelzorgers en zorgmedewerkers. Dit zorgt voor een warme zorg maar ook professionalisme. (**Doelstelling 5**)

Ons professionalisme in de kijker te zetten door een geïntegreerde en multidisciplinaire samenwerking te creëren in een geheugenkliniek voor het diagnostische en therapeutische luik. Hierbij zorgen we dan voor een duidelijk traject voor de patiënt met

dementie, met 1 duidelijke uniforme toegangspoort en gelijkwaardige zorg vooriedereen.
(Doelstelling 6)

12 Vrijheidsbeperkende maatregelen

12.1 Visie omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen

Het AZ Voorkepen gaat heel voorzichtig om met vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie, isolatie of het onder dwang toedienen van medicatie, enz. Men is er zich zeer goed van bewust dat ze een grote impact hebben op het fysisch en psychisch welzijn van de patiënt en zijn omgeving. Daarom worden deze maatregelen enkel gebruikt als laatste optie, nadat gebleken is dat er geen alternatief mogelijk is om de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving te garanderen. Als het enigszins mogelijk is, wordt vooraf met de patiënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger en/ of de familie overlegd en toestemming gevraagd. Bij hoogdringendheid gebeurt dat achteraf. Er is altijd overleg binnen het team en de maatregelen worden zo kort mogelijk gehouden. Op vaste momenten wordt er geëvalueerd wat nog nodig is of wat anders kan. Uiteraard wordt rekening gehouden met alle wettelijke richtlijnen.

12.2 Redenen voor vrijheidsbeperkende maatregelen

- Oudere patiënten reageren soms verward als ze in een nieuwe omgeving zoals het ziekenhuis terechtkomen en kunnen daardoor een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun medepatiënten.
- Patiënten die tijdelijk verward (of dementerend) zijn en door hun aandoening in bed moeten blijven, kunnen gefixeerd worden als er geen goed alternatief is om hen in bed te houden.
- Dementerende patiënten gedragen zich soms storend of agressief, waardoor de veiligheid van hun medepatiënten in het gedrang komt.
- Patiënten met wegglopedrag kunnen gefixeerd worden om te voorkomen dat ze in een gevaarlijke situatie terechtkomen.

12.3 Fixatiemiddelen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen

- Fixatiemiddelen:
 - Bedsponden, ook zijsponden of onrusthekkens genoemd, worden het meest gebruikt. Ze bevinden zich aan de zijkanten van het bed en kunnen omhoog gebracht worden om te voorkomen dat de patiënt uit bed valt of stapt.
 - Een lendenband, ook Zweedse band genoemd, is een brede band die rond de buik van de patiënt vastgemaakt wordt bij fixatie in bed of zetel.
 - Pols- en enkelbanden worden rond de pols(en) en enkel(s) aangebracht. Men gebruikt ze in combinatie met de lendenband bij fixatie in bed om de patiënt zo veilig mogelijk te kunnen fixeren.
 - Een verpleegdeken is een hoeslaken dat rond de matras van het bed wordt aangebracht en dat overgaat in een jasje dat bovenop de patiënt wordt dichtgeritst. Dit is een minder ingrijpende maatregel die gebruikt wordt bij patiënten die de neiging hebben om hun sondes of drains uit te trekken. Het deken heeft aan de zijkanten openingen waar drains en sondes gemakkelijk doorheen kunnen.
 - Polsbinders worden alleen gebruikt in niet-dringende situaties om te verhinderen dat de patiënt zijn infuus, drains of sondes verwijdert.
- Andere vrijheidsbeperkende maatregelen:
 - Washandjes, handschoenen of zwachtels om te verhinderen dat de patiënt zijn infuus, drains of sondes verwijdert.

- Een voorzettafel die hoort bij een rolstoel of zetel om te beletten dat de patiënt kan opstaan. Men krijgt hetzelfde effect door een (rol)stoel voor een tafel te zetten.
- In het dwaaldetectiesysteem krijgt de patiënt een armband in de vorm van een horloge en kan hij/zij zich vrij bewegen binnen de verpleegeenheid. Wanneer de patiënt buiten de verpleegeenheid wandelt, zal er een alarm komen op de deuren van de afdeling. Ook indien de patiënt zelf de armband verwijdert, kan dit een alarm geven. Op deze manier kan er altijd snel en adequaat gereageerd worden.
- Een patiënt die verblijft op een gesloten dienst zoals geriatrie, kan de dienst niet verlaten. De deuren gaan pas open na het intikken van een code.
- Chemische fixatie door middel van medicatie.

12.4 Procedure bij fixatie

- Ga op zoek naar onderliggende uitlokkende factoren en behandel deze eerst
- Denk in team na over de alternatieven
- Beslissing tot fixeren gebeurt in team samen met de arts, de patiënt en/of familie
- Vraag toestemming aan patiënt en/of familie
- Bij beslissing tot fysieke fixatie moet op zijn minst een nota met motivatie en middelen van fixatie worden toegevoegd aan het patiëntendossier.
- Gebruik het juiste fixatiemiddel
- Het comfort voor de patiënt wordt maximaal nagestreefd
- Fixatie is in principe altijd kortdurend. De nood aan verdere fixatie moet regelmatig geëvalueerd worden
- Patiënten die gefixeerd worden, moeten altijd onder verhoogd toezicht geplaatst worden i.f.v. de mogelijkheden