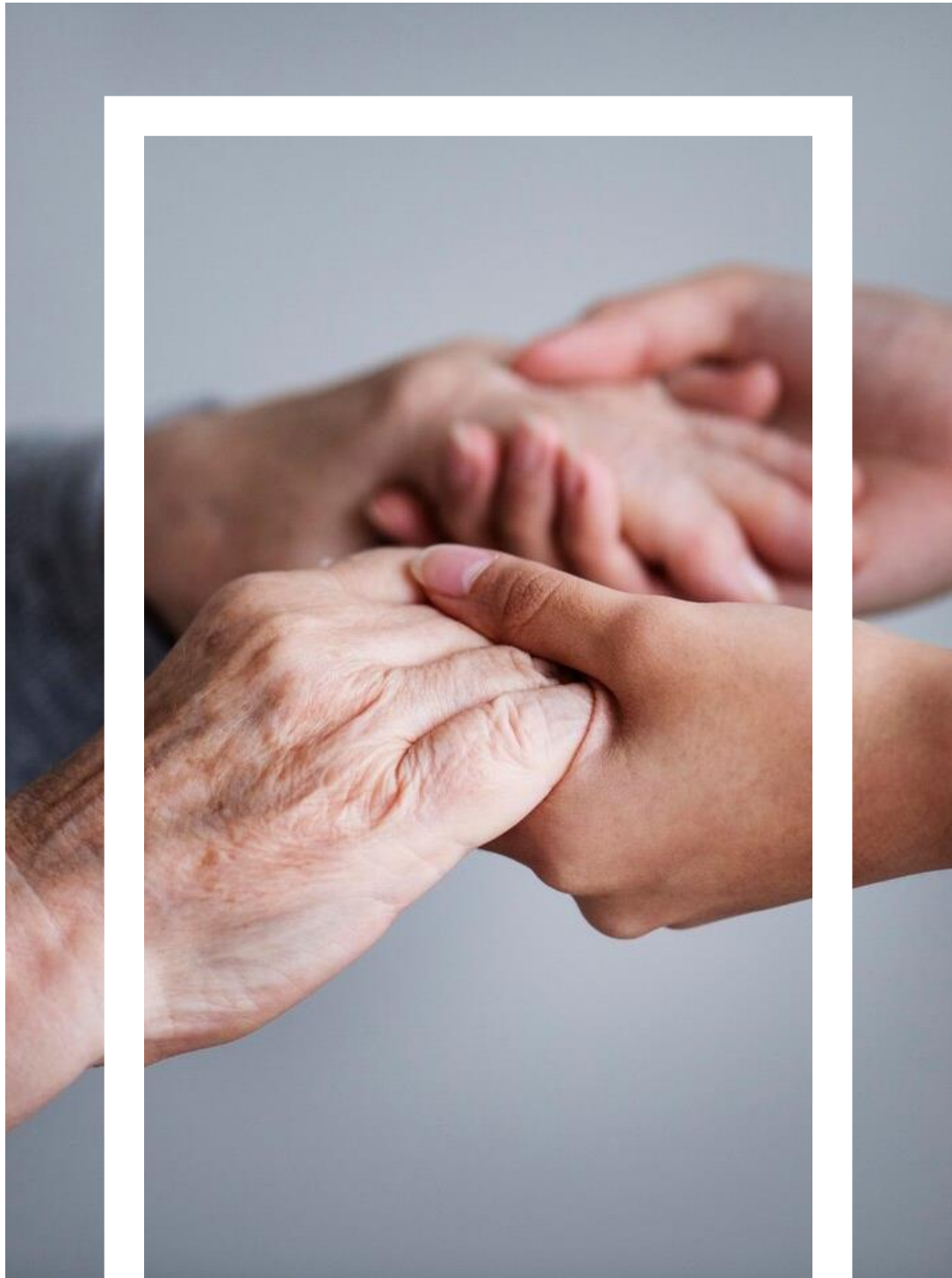




Beste student
Beste medewerker

Van harte welkom op de afdeling. Met deze brochure willen we u in het kort informeren over de werking van onze dienst en u reeds een beeld geven van de meest voorkomende pathologieën en onderzoeken.

We staan er op u individueel te begeleiden in de hoop dat u zich hierbij vlug "thuis" zult voelen. Voor bijkomende informatie kan u terecht bij de collega's, hoofdverpleegkundige, dokters,....

Wij wensen u alvast een fijne en zeer leerrijke stage en veel werkvreugde toe.

Namens het ganse team.

Inhoud

Voorstelling van de dienst.....	4
Doelgroep	5
Organisatie van de afdeling.....	6
Werking.....	6
Lijst van gebruikte screeningsschalen binnen het CGA.....	7

Voorstelling van de dienst

De afdeling bevindt zich op het gelijkvloers van de V-blok route 91.

Nuttige info

- Algemeen nummer geriatrische interne liaison: 050 45 47 59 of 050 45 30 52
- Secretariaat geriatrie: 050 45 31 60
- Hoofdverpleegkundige: Jolien Storme, 050 45 96 66, jolien.storme@azsintjan.be
- Zorgspecialiste zorgprogramma geriatrie: Tine Vandenberghe, 050 45 31 86, tine.vandenberghe@azsintjan.be

Voorstelling team

Behandelende artsen verbonden aan de afdeling:

- Dr. Buyck – Geriater en diensthoofd
- Dr. Brouns – Geriater
- Dr. Lambert – Geriater
- Dr. Van Hoeyweghen – Geriater

Verpleeg- en zorgkundigen:

- Hoofdverpleegkundige
- Zorgspecialist zorgprogramma geriatrie
- Zorgconsulenten geriatriche interne liaison

Andere disciplines: als liaison detecteren wij een aantal problemen en zorgen ervoor dat deze multidisciplinair worden aangepakt door samenwerking met o.a.

- Ergotherapeut
- Kinesitherapeut
- Sociale dienst
- Diëtiste
- Logopediste
- Psychologe

Doelgroep

Geriatrische patiënten hebben vaak meerdere medische problemen, (chronische) ziekten en aandoeningen. Daarnaast zijn er ook frequent psychosociale problemen, gevolgen van het verouderen en worden vaak meerdere medicijnen tegelijk ingenomen. In wetenschappelijke termen spreekt men over geriatrische syndromen. Dit zijn frequent voorkomende problemen die meer dan één oorzaak hebben en het functioneren van de oudere beperken.

Door de vergrijzing van de bevolking stijgt het aantal patiënten met een geriatrisch profiel. Concreet betekent dit dat het aantal zorgbehoevende ouderen toeneemt. Deze demografische evolutie vertaalt zich ook binnen de ziekenhuispopulatie.

De gouden standaard is dat deze geriatrische patiënt bij voorkeur opgenomen wordt op een geriatrische afdeling. Omwille van verschillende reden (specifieke doorverwijzing, nood aan intensieve zorg, chirurgie,..) is dit niet altijd mogelijk.

Geriatrische patiënten hebben een specifiek georganiseerde aanpak nodig die verschilt met die van de afdelingen die op één orgaan of ziekte gericht is. De dienst geriatrie verleent zorg vanuit een holistische benadering in interdisciplinair verband.

Om deze zorg te kunnen organiseren werd in 2007 het 'Zorgprogramma voor de Geriatrische patiënt' uitgeschreven. Het omvat vijf onderdelen:

- De geriatrische verpleegafdeling
- De geriatrische consultatie
- De geriatrische dag hospitalisatie
- De geriatrische interne liaison
- De externe liaison

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich specifiek tot patiënten van gemiddeld 75 jaar en ouder, die een geriatrisch profiel vertonen met volgende kenmerken:

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Polypathologie met daaraan gekoppeld polyfarmacie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorde farmacokinetiek
- 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 dagelijkse leven.
- Psychosociale problematiek, wisselwerking tussen lichaam en geest

Geriatrische patiënten die op een andere dienst van het ziekenhuis verblijven, kunnen een beroep doen op het GIL team en zo ook op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van dit interdisciplinair team. Het team komt ter ondersteuning en/of op verzoek van het behandelend team, de patiënt, de familie of de huisarts.

De GIL helpt bij het vroegtijdig opsporen van geriatrische risicopatiënten, ondersteunt en adviseert de zorgverleners, zodat de patiënten met een geriatrisch risicoprofiel aangepaste zorg krijgen en hun opname zo efficiënt mogelijk verloopt.

Organisatie van de afdeling

Uurregeling

- D1: 7u30- 16u30 met één uur middagpauze.
- Om praktische reden starten studenten best om 8u. Het verloop van de dag wordt in samenspraak bepaald. Jullie dag eindigt steeds om 16u30.

Dagindeling

- 7u30-8u: 75 plus lijst vanuit KWS opmaken (nieuw opnames).
- 8u: Analyse dossier met nazicht op Multi- morbiditeit, polyfarmacie, cognitieve stoornissen, ...
- Afname van de GRP/ CGA op de afdelingen.
- 12u: mondelinge briefing en overleg met de verantwoordelijke geriater.
- Namiddag: opmaken van verslaggeving in KWS.

Werking

Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt vanaf 75 jaar dient gescreend te worden om na te gaan of hij voldoet aan de kenmerken van de geriatrische patiënt en of de interne liaison dient ingeschakeld te worden of niet.

Deze screening gebeurt aan de hand van de GRP-score (GRP= Geriatrisch Risico Profiel) die door de verpleegkundigen van de afdeling dient afgenomen te worden de eerste 24 uur van de opname. Bij een score vanaf 2 is er een verhoogd risico en wordt de GIL best gecontacteerd voor de afname van een CGA (Comprehensive Geriatric Assessment).

Bij de afname van het CGA wordt een evaluatie gemaakt (aan de hand van een aantal gevalideerde screeningsinstrumenten) van o.a. functionaliteit, mobiliteit en valrisico, cognitie en stemming, nutritie en sociale situatie. De bevindingen worden dagelijks besproken met de geriater waarna een aantal gerichte adviezen geformuleerd worden en overgemaakt aan het behandelend team en de huisarts.

Op specifieke vraag staan wij uiteraard ook ter beschikking voor patiënten jonger dan 75 jaar met een geriatrisch profiel.

Lijst van gebruikte screeningsschalen binnen het CGA

Geriatrisch risicoprofiel (GRP)

Opgenomen 75-plussers worden gescreend op eventuele geriatrische zorgproblemen. Dit gebeurt via een Geriatrisch Risicoprofiel = GRP.

Het GRP berust op een score van 5 items en geeft een aanduiding van de fragiliteit van de oudere patiënt. Vanaf een score van 2/6 spreekt men over een positief geriatrisch risicoprofiel en kunnen deze patiënten door het GIL verder worden opgevolgd.

	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 het voorbije jaar	1
4. Hij / Zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1
5. De patiënt gebruikt ≥ 5 medicamenten	1
TOTAAL	6

ADL: screening door afname van de KATZ schaal

De evaluatieschaal stelt u in staat om de afhankelijkheidsgraad van uw patiënten te bepalen. Ze bestaat uit een vragenlijst waarmee hun capaciteiten in 6 domeinen van het dagelijks leven worden geëvalueerd:

- zich wassen
- zich kleden
- transfer en verplaatsingen
- toiletbezoek
- continentie
- eten

Voor elk domein varieert het antwoord tussen 4 scores, gaande van 'geen behoefte aan enige hulp' tot 'behoefte aan volledige hulp'. De score wordt dus bepaald op 24. Hoe hoger de score hoe afhankelijker uw patiënt.

IADL: screening door afname Lawton schaal

De Lawton IADL-schaal (IADL staat voor instrumentele activiteiten in het dagelijks leven) beoordeelt de bekwaamheid om instrumentele dagelijkse activiteiten uit te voeren, en geeft de arts inzicht in de functionele zorgbehoefte van een thuiswonende oudere. Met instrumentele activiteiten bedoelen we activiteiten zoals koken, alledaags huishoudelijk werk, boodschappen doen, het openbaar vervoer gebruiken of autorijden.

Deze schaal beoordeelt 9 activiteiten: de mogelijkheid om de telefoon te gebruiken, te winkelen, zelf voedsel te bereiden, huishoudelijke taken uit te voeren, te wassen en te strijken, eigen of openbaar vervoer te gebruiken, zelf de eigen medicatie te beheren en de eigen financiën op te volgen, huishoudelijke karweien of onderhoudswerken uit te voeren.

Een score van 9 is volledig onafhankelijk voor IADL. Een score van 36 is volledig afhankelijk voor IADL.

Valscreening

Hiervoor wordt er geen gestandaardiseerde schaal afgenomen. Het liaison formulier is zo opgemaakt zodat alle valrisicofactoren aanbod komen en dus bevraagd worden.

De intrinsieke valrisicofactoren zijn:

- Stoornissen in gang, mobiliteit, spierkracht en evenwicht
- Cognitieve stoornis
- Orthostatische hypotensie
- Verminderd zicht
- Valangst
- Laag vitamine D
- Urinaire incontinentie
- Pijn
- Risicogedrag

De extrinsieke valrisicofactoren zijn:

- Medicatie
- Onveilige omgeving
- Onaangepast schoeisel

MMSE

Dit is een screeningsinstrument waarmee een globale indruk van het cognitief functioneren van ouderen kan worden verkregen aan de hand van een aantal vragen.

De MMSE bevat twintig items en de te behalen scores variëren van nul tot dertig punten, waarbij een hogere score staat voor een beter cognitief functioneren. De vragen zijn gegroepeerd in zeven categorieën, waarvan elke categorie een verschillend domein van cognitief functioneren representeert: oriëntatie in de tijd (vijf punten), ruimtelijke oriëntatie (vijf punten), het registreren van drie woorden (drie punten), concentratie en rekenen (vijf punten), het herinneren van drie woorden (drie punten), taal (acht punten) en visueel inzicht (een punt).

Bij het interpreteren van de resultaten wordt er rekening gehouden met factoren die de score negatief kunnen beïnvloeden zoals pijn, vermoeidheid, medicatie, leeftijd, opleidingsniveau enzovoort. Een afwijkende score wordt aan de behandelend arts gerapporteerd en er wordt geadviseerd de cognitie van de patiënt verder op te volgen (bv via het geriatrisch dagziekenhuis een tweetal maand na ontslag, in meer stabiele omstandigheden).

De interpretatie van de score is als volgt:

- 0-9 punten ernstig cognitief gestoord
- 10-20 punten matig cognitief gestoord
- 21-24 punten licht cognitief gestoord
- 25-30 punten normaal

Kloktekentest (CDT)

De kloktekst is gericht op het opsporen van stoornissen in de praxis of het handelen. Ook de stoornissen in de executieve functies (organiseren, plannen) komen aan bod bij de test. De CDT vereist functies zoals verbaal begrip, geheugen, ruimtelijke kennis en constructieve kwalificaties.

Het doel van de test is net zoals bij de MMSE niet gericht op het stellen van een diagnose, maar op het evalueren van verschillende cognitieve functies.

Wij hanteren de kloktekst volgens Freund. Bij deze test krijgt de oudere een voorgetekende cirkel, die de klok voorstelt en er wordt hem gevraagd de cijfers te plaatsen en de wijzers zo te tekenen dat ze 11u10 aanwijzen. De totaalscore bedraagt 7 punten.

GDS of geriatric depression scale

De GDS is een valide, betrouwbare screeningsschaal voor depressie specifiek ontwikkeld voor ouderen. Deze vragenlijst wordt samen met de oudere overlopen. Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop ze enkel met "Ja" of "Nee" kunnen antwoorden. Ze geven het antwoord dat het best weergeeft hoe ze zich de afgelopen week, incl. vandaag, gevoeld hebben. Het is belangrijk om alle vragen te beantwoorden.

De GDS-15 kan als volgt geïnterpreteerd worden:

- 0-4 niet depressief
- 5-10 mild depressief
- 11+ zeker depressief

Goede zorg laat niemand achter

Dienst Geriatrische interne liaison

Dr. Griet Buyck
Dr. Katia Brouns
Dr. Margareta Lambert
Dr. Raf Van Hoeyweghen

**AZ
Sint-Jan
Brugge**

AZ Sint-Jan Brugge AV
Campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge, 050 45 21 11
Campus SFX, Spaanse Loskaai 1, 8000 Brugge, 050 47 04 70
info@azsintjan.be – www.azsintjan.be

**AZ
Sint-Jan**