



Pluridisciplinair Geriatrisch Handboek

Zorgprogramma geriatric

Versie mei 2025

Inhoud

Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Doelgroep.....	5
Hoofdstuk 2: Visie en missie van het zorgprogramma.....	8
Inleiding.....	8
Visie	8
Missie.....	9
Hoofdstuk 3: Beschrijving van het zorgprogramma.....	11
Organigram verpleegkundige departement.....	11
Coördinatie van het zorgprogramma	12
Het pluridisciplinair team.....	12
Geriatrische consultatie.....	13
Geriatrisch dagziekenhuis	13
Modaliteiten aanvraag tot opname.....	14
Organisatie van de zorg.....	14
Opname criteria	14
Aangeboden zorg op het dagziekenhuis geriatrie.....	15
Verblijfsafdelingen geriatrie	16
Doelstelling	16
Afdelingen	16
Samenstelling team	19
Multidisciplinair overleg (teamoverleg).....	19
Uitwijkplan geriatrie	19
Architecturale organisatie.....	19
Interne Liaison Geriatrie.....	20
Algemeen.....	20
Doelstelling	20
Samenstelling team	20
Werking	21

Pluridisciplinair zorgplan.....	22
Geriatrisch assessment	22
Specifieke taken.....	22
Externe liaison geriatrie	23
Hoofdstuk 4: Werking	24
Opname.....	24
Via de spoedgevallendienst.....	24
Via rechtstreekse opname op verpleegafdeling	25
Via overname van een niet G- verpleegafdeling	25
Ontslag	25
Ontslagmanagement	25
Ontslagbeleid	25
Bestaande overlegstructuren voor de verschillende delen van het zorgprogramma	26
Lijst samenwerkende woon-en zorgcentra	27
Lijst woon- en zorgcentra zonder functionele samenwerkingsovereenkomst.....	28
Contact	29
Artsen	29
Sociale dienst.....	29
Zorgpaden, procedures en richtlijnen.....	29
Hoofdstuk 5: Competenties, opleiding en bijscholing	29
Hoofdstuk 6: Kwaliteitsopvolging.....	30
Generiek.....	30
Patiënten identificatie.....	30
Handhygiëne.....	30
Safe surgery checklist (SSC).....	30
Patiënten tevredenheid enquêtes.....	31
Inscholingsplan (POP)	31
Specifiek.....	31
Valpreventie	31
Decubitus	31
Heropnames.....	32

Bijlagen	32
----------------	----

Bijlage 1: Contactgegevens.....	32
---------------------------------	----

Bijlage 2: GRP score.....	32
---------------------------	----

Bijlage 3: Geriatrisch assessment gebruikt door de GIL.....	32
---	----

Inleiding

Elk ziekenhuis maakt een geriatrisch handboek op waarin alle facetten van hun ouderenzorg, geënt op de normen en verwachtingen van het KB, beschreven staan. Naast de afspraken betreffende de samenwerking tussen de interne en de externe actoren, de richtlijnen en het kwaliteitsbeleid zijn ook de visie en missie op ouderenzorg erin opgenomen.

De zorgcoördinator van het zorgprogramma werkt het handboek op regelmatige tijdstippen bij. De rol van zorgcoördinator wordt opgenomen door de zorgspecialist van het zorgprogramma geriatrie. Deze zorgt er onder andere voor dat de visie en de missie van onze ouderenzorg steeds een verlengde zijn van en een aanvulling vormen op de algemene visie van het AZ Sint-Jan Brugge AV: innovatieve referentiezorg voor iedereen.

Dit handboek is vrij ter beschikking op de website van het AZ Sint-Jan Brugge AV.

Hoofdstuk 1: Doelgroep

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van 75 jaar en ouder die opgenomen zijn in het ziekenhuis. Dit omvat zowel gehospitaliseerde als poliklinische patiënten.

Alle patiënten ouder dan 75 jaar worden gescreend of zij een geriatrisch risicoprofiel hebben (a.d.h.v. de GRP-score) en worden daarna opgenomen in het zorgprogramma geriatrie als er wordt voldaan aan minstens één van de ondergenoemde criteria, zodoende een specifieke aanpak te kunnen garanderen. Bij patiënten jonger dan 75 jaar is screening mogelijk bij vermoeden van een geriatrisch profiel. Het team van het geriatrisch interne liaison (GIL) neemt dit voor hun rekening en neemt de patiënt op in het zorgprogramma bij een positieve screening.

Criteria voor opname in het zorgprogramma:

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Actieve polypathologie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorde farmacokinetiek en -dynamiek
- Gevaar voor functionele achteruitgang
- Gevaar voor deficiënte voeding
- Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij activiteiten van het dagelijks leven
- Psychosociale problemen

Duiding geriatrisch profiel volgens W. Pelemans

- Verminderde homeostase
- Multiple, chronische pathologie
- Bedreigde validiteit
- Het risico van polyfarmacie
- Gewijzigde presentatie en verloop van pathologie
- De somato-psycho-sociale verwevenheid

Ouderen worden op basis van hun leeftijd ingedeeld in twee groepen, namelijk de – 75'ers en de +75'ers. Een geriatrische patiënt wordt echter niet gedefinieerd op basis van zijn kalenderleeftijd. Hij/zij beantwoordt veeleer aan bepaalde karakteristieken die samen het geriatrisch profiel vormen. Naarmate de leeftijd toeneemt, beantwoorden meer ouderen aan dit profiel, maar niet iedere 75-plusser is een geriatrische patiënt. Omdat de interdisciplinaire begeleiding van geriatrische patiënten een specifieke deskundigheid vergt, rangschikt men deze ouderen in een aparte groep.

Verminderde homeostase

Na de fase van ontwikkeling van het menselijk organisme en het bereiken van de volwassenheid beginnen de functionele mogelijkheden van de verschillende organen van het lichaam te verminderen. Dit verlies gebeurt aanvankelijk onopgemerkt. Eerst dalen de uitgebreide reservecapaciteiten, de functionele mogelijkheden die we normaal niet gebruiken tenzij voor ongewone (top)prestaties. Wanneer de reserves met de jaren verder dalen, wordt het verschil tussen normale en maximale prestaties steeds kleiner en bereikt men het niveau waarbij beperkingen duidelijk worden bij kleinere supplementaire fysieke of psychische inspanningen. Dit verlies dat al vroeg in het leven begint, vermindert de homeostasemogelijkheden en daardoor worden ouderen toenemend kwetsbaar op somatisch en psychosociaal vlak. Kleinere incidenten kunnen dit wankel evenwicht al verstoren. De lichamelijke en geestelijke veranderingen die bij het verouderen optreden, kunnen echter sterk uiteenlopen. Binnen dezelfde leeftijdsgroep treft men ouderen die 'jonger' lijken dan hun leeftijdsgenoten; anderen zijn vroeger 'versleten'. Naarmate de leeftijd toeneemt, krijgen 'ouderdomsveranderingen' een duidelijker individueel karakter en worden de verschillen tussen leeftijdsgenoten meer opvallend. De kalenderleeftijd (de chronologische leeftijd) geeft daarom bij ouderen minder informatie. De fysieke en mentale conditie kan sterk verschillen van wat men gemiddeld op een bepaalde leeftijd verwacht. De biologische leeftijd daarentegen geeft aan met welke leeftijd de vastgestelde biologische conditie gemiddeld overeenkomt. Men is nogal vlug geneigd de beperkingen die bij ouderen optreden te verklaren door de leeftijd. Het is echter duidelijk dat een reeks verschijnselen niet obligaat gekoppeld zijn aan een bepaalde leeftijd, maar veeleer verklaard kunnen worden door pathologische processen of door een niet optimale levensstijl. Het onderscheid tussen 'optimale' veroudering en pathologische verschijnselen is wetenschappelijk van groot belang, maar in de dagelijkse praktijk is het niet altijd eenvoudig om bij ouderen 'normaal' van 'abnormaal' te onderscheiden.

Multiple, chronische pathologie

Geriatrische patiënten vertonen steeds verschillende ziektes op hetzelfde ogenblik. Deze multi-morbiditeit bestaat hoofdzakelijk uit chronische aandoeningen, dikwijls van degeneratieve aard. Dergelijke aandoeningen kunnen niet meer genezen; volledig herstel is niet meer mogelijk. De medische interventies richten zich bij dit type van pathologie veeleer op het opvangen van acute opflakkingen, op het afremmen van het verdere verloop en het in stand houden van de overblijvende functies. Alhoewel een chronische aandoening niet altijd een beperking of handicap hoeft te veroorzaken, bestaat toch altijd deze mogelijkheid, zeker wanneer een aantal van deze ziektes samen aanwezig is.

Bedreigde validiteit

Chronische aandoeningen verhogen de kans op invaliditeit bij ouderen. Nochtans moet men onderscheid maken tussen een medische diagnose en de gevolgen van deze pathologie in het dagelijkse leven. Gelukkig hebben niet alle medische diagnoses direct impact op de validiteit. Zo leven veel ouderen ongehinderd met een behandeling voor hoge bloeddruk of met artrose. Een lange lijst van diagnoses vertelt niet alles over een patiënt. Het is belangrijk dat de arts bij geriatrische patiënten ook een idee heeft over de graad van zelfstandigheid van zijn patiënt en dat hij de graad van autonomie meet met functionele testen.

Het risico van polyfarmacie

De kans is reëel dat ouderen met multiële chronische aandoeningen daarvoor ook verschillende geneesmiddelen nemen. Dat vergt bijzondere aandacht, want ouderen ondervinden gemakkelijk neveneffecten van deze geneesmiddelen. Naarmate het aantal voorgeschreven producten stijgt, worden ook meer fouten gemaakt bij het innemen. De hoge incidentie van neveneffecten berust echter niet alleen op de hoge consumptie van medicatie in deze groep. Men moet ook rekening houden met de mogelijkheid van interacties tussen de verschillende geneesmiddelen en de veranderingen in de farmacokinetiek en -dynamiek van vele geneesmiddelen bij ouderen.

Gewijzigde presentatie en verloop van pathologie

Een geriatrische patiënt presenteert zich vaak anders, op een ongewone manier. Het klachtenpatroon verandert. Het wordt meestal armer en vager. De anamnese wordt daardoor onduidelijker en moet dikwijls aangevuld worden door een heteroanamnese van personen uit de omgeving. Ouderen presenteren zich ook vaker met vage symptomen: hun algemene toestand gaat achteruit, ze eten minder, ze worden minder mobiel of incontinent. Anderen verliezen hun mentale alertheid en worden meer verward. De veroudering kan symptomen zoals dehydratie maskeren en verschillende ziekte tekens zullen omwille van een gebrek aan reactievermogen bij oudere patiënten ook minder frequent optreden. Zo is de koorts bij een infectie bij ouderen minder hoog en zal spierweerstand bij een acuut abdomen minder opvallend zijn. In andere gevallen zijn het de verwikkelingen die de aandacht trekken. Een myocardinfarct dat pijnloos verliep, kan zich manifesteren als een longoedeem, een acute verwardheid of een cerebrovasculair accident. De vagere anamnese, de ongewone symptomen en de minder duidelijke ziekte tekens maken dat de diagnostiek bij ouderen moeilijker is. Die veranderde presentatie houdt het risico in dat de ziekte miskend wordt en dat een behandeling (te) laat gestart wordt. Bij patiënten die juist verhoogd kwetsbaar zijn, kan dit tijdsverlies medeverantwoordelijk zijn voor het ongunstiger verloop van verschillende aandoeningen bij ouderen.

De somato- psycho- sociale verwevenheid

De interactie tussen lichaam en geest is bij geriatrische patiënten zeer opvallend. Somatische aandoeningen hebben in deze groep vaker psychische gevolgen. Het optreden van een delirium is hiervan een duidelijk voorbeeld. Psychiatrische ziektebeelden zoals een depressie kunnen zich voordoen als een somatische aandoening of zich verwikkelen met lichamelijke problemen zoals zelfverwaarlozing en ondervoeding. Bij dementerende ouderen vergt de behandeling van intercurrente lichamelijke ziektes eveneens een eigen aanpak. Heel wat ouderen worden door anderen wat geholpen in het dagelijkse leven maar, wanneer die ondersteuning onverwachts wegvalt, geraken ze in praktische moeilijkheden. Voor anderen is het verder thuis verblijven niet meer mogelijk en moet er naar een gepast alternatief gezocht worden. De vermenging van somatische problemen met stoornissen en moeilijkheden op andere gebieden is een essentieel kenmerk van geriatrische patiënten. Het is een belangrijk element waarmee men rekening moet houden bij de opvang van dit type patiënten.

(uit: Cursus geriatrie: Algemene & klinische aspecten - Deel 1 - Hoofdstuk 2: Geriatrische patiënt - www.geriatrie.be)

Hoofdstuk 2: Visie en missie van het zorgprogramma

Inleiding

In 2009 werd de visie/missie van de dienst Geriatrie uitgewerkt met alle betrokken disciplines van de dienst Geriatrie. Deze visie/missie is de leidraad voor de zorg die wij jou op de dienst geriatrie wensen aan te bieden. Deze visie/missie wordt op geregelde tijdstippen herbekeken en waar nodig bijgesteld.

Bijkomend zijn de elementen uit de opdrachtverklaring van het verpleegkundig departement hierin verwerkt:

- We bieden een excellente, vooruitstrevende en warme patiëntenzorg op maat.
- We investeren in onze professionaliteit, zodat we gedreven, met verantwoordelijkheidszin en geïnspireerd voor onze patiënten en voor elkaar kunnen zorgen.
- We treden in overleg met andere zorgverstrekkers en mantelzorgers, zowel intern als extern, om continuïteit van zorg aan onze patiënt te garanderen.

Visie

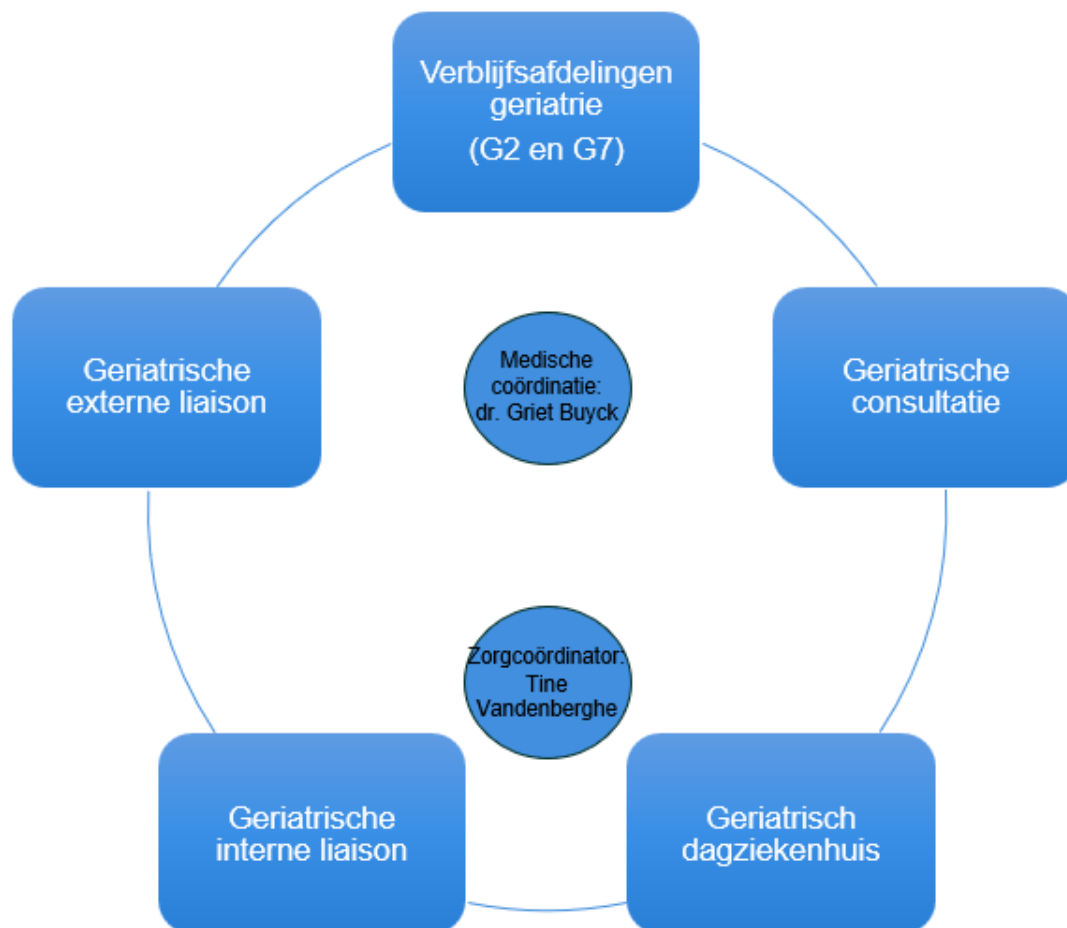
Gepaste zorg aan de oudere zorgvrager met geriatriesch profiel in een innovatief referentiecentrum

- Gepaste zorg is de zorg die aansluit op de noden van de patiënt, uitgevoerd door een pluridisciplinair team, waar deze patiënt ook verblijft in het ziekenhuis.
- De oudere zorgvrager met geriatriesch profiel is de oudere patiënt die zich presenteert met één of meerdere van volgende deelgebieden van de Geriatrie:
 - o acute pathologie
 - o postchirurgie problematiek
 - o gang- en valproblematiek
 - o cognitieve en psychiatrische problematiek
 - o levenseinde problematiek
 - o frailty
- Innovatief: good clinical practice met aandacht voor nieuwe tendensen en met in achtneming van het zorgprogramma voor de geriatriesche patiënt
- Referentiecentrum: de dienst geriatrie wil een referentiecentrum zijn betreffende zorg voor de oudere zorgvrager met geriatriesch profiel en wil tevens sturend zijn in het centrum van het zorgnetwerk in de regio noord West-Vlaanderen

Deze visie op het geriatriesch zorgprogramma sluit naadloos aan op de algemene visie van het ziekenhuis 'Innovatieve referentiezorg voor iedereen'.

Missie

Het zorgprogramma bestaat uit vijf onderdelen zoals vermeld in de wet op het zorgprogramma en wordt gecoördineerd door het arts-diensthooft en de zorgspecialist van het zorgprogramma geriatrie (=zorgcoördinator). Alle onderdelen zijn pluridisciplinair samengesteld, zoals de wettelijke normen voorschrijven.



De dienst Geriatrie

- staat garant voor de mogelijkheid tot het opnemen van patiënten met geriatriesch profiel in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt;
- focust doelbewust op de noden van de patiënt en zijn betekenisvolle naaste vanuit een holistische benadering en in pluridisciplinair verband;
- streeft naar klantvriendelijke en patiëntgerichte zorg;
- schenkt continu aandacht aan de professionele ontwikkeling van de medewerkers;
- stimuleert de inbreng van iedere medewerker in de uitbouw van de geriatrische zorg;
- streeft een vlotte samenwerking na van alle medewerkers met andere medewerkers van de dienst of van het ziekenhuis om de zorgverlening blijvend te optimaliseren;
- staat in voor de organisatie van het pluridisciplinair team waardoor de zorg continu verbeterd wordt;
- neemt initiatief om netwerken uit te bouwen in de regio noord West-Vlaanderen op het domein van het zorgtraject van de geriatrische patiënt alsook op het domein van het onderwijs;
- streeft ernaar het referentiecentrum te zijn voor de geriatrische zorg in de regio noord West-Vlaanderen;
- neemt initiatieven ten overstaan van het beleid teneinde de geriatrische zorg verder uit te bouwen;
- investeert in een positieve beeldvorming rond ouder worden.

Strategische doelstellingen

1. De dienst Geriatrie neemt initiatief om alle patiënten met een geriatriesch profiel in het ziekenhuis de gepaste zorg te geven door ze op te nemen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Met behulp van aangepaste testen worden patiënten met een geriatriesch profiel gedetecteerd. Patiënten met een geriatriesch profiel moeten een globale geriatrische benadering krijgen.

Deze benadering bevat drie opeenvolgende stappen:

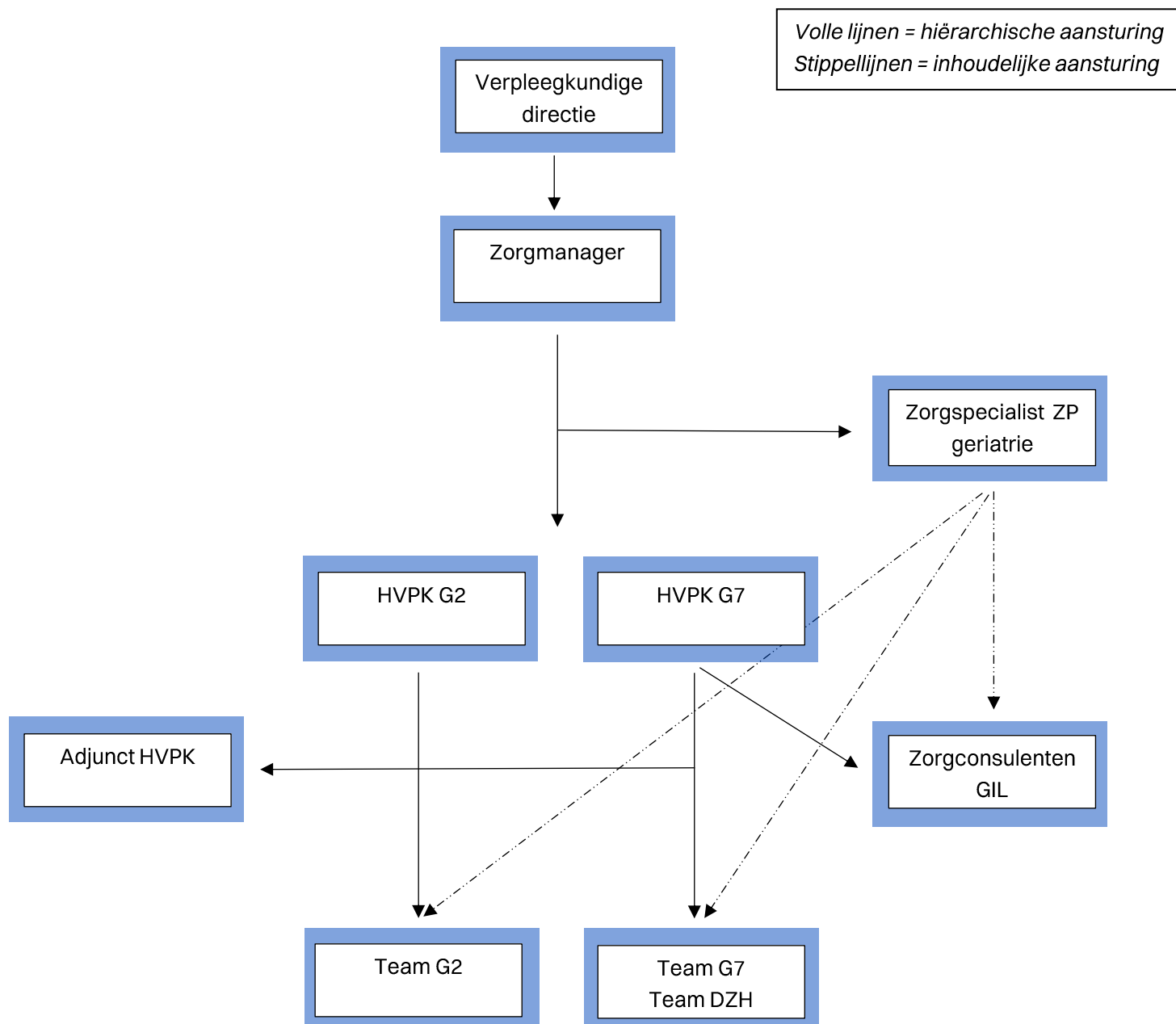
- Een screening met wetenschappelijk gevalideerde instrumenten om de patiënten met een hoog risico op functionele achteruitgang die een geriatrische benadering nodig hebben, te identificeren.
 - Een globale evaluatie van deze hoog risicopatiënten om hun noden vast te stellen (functionele mogelijkheden, cognitieve prestaties, voedingssituatie, medische toestand, sociale situatie) en om aanbevelingen uit te werken voor hun zorgplan.
 - Het verstrekken van de gepaste evidence-based zorgen indien er geriatrische problemen werden vastgesteld.
2. De dienst Geriatrie legt de focus van de zorg op de noden van de patiënt en de betekenisvolle naaste.
 3. De dienst Geriatrie verleent de zorg vanuit een holistische benadering in pluridisciplinair verband.
 4. De dienst Geriatrie engageert zich om klantvriendelijkheid en -bejegening te optimaliseren en te streven naar een patiëntgerichte en patiënt gestuurde benadering van de zorg.
 5. De zorg van de dienst Geriatrie is een element in het zorgtraject van de patiënt en wordt afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en de betekenisvolle naaste.

Hoofdstuk 3: Beschrijving van het zorgprogramma

Geriatrische patiënten hebben een specifiek georganiseerde zorg nodig die verschilt met de zorg op hospitalisatieafdelingen die hoofdzakelijk op één orgaan of ziekte georiënteerd zijn. Op de dienst Geriatrie past men een geïntegreerde en patiëntgerichte geneeskunde toe die wetenschappelijk onderbouwd is en in vergelijkend onderzoek een meerwaarde biedt voor de patiënt en de maatschappij.

Het doel van het zorgprogramma is om door een pluridisciplinaire aanpak een optimaal herstel met een zo groot mogelijke zelfstandigheid en levenskwaliteit te bekomen voor ouderen met een geriatrisch profiel. Bij gebrek aan een pluridisciplinaire aanpak wordt vaak chronische institutionele zorg noodzakelijk. Daarnaast wil het 'zorgprogramma voor de geriatrische patiënt' de zorgcontinuïteit voor de ouderen garanderen in samenwerking met intra- en extramurale zorgverleners en zorgorganisaties.

Organigram verpleegkundige departement



Coördinatie van het zorgprogramma

Het Koninklijk besluit van 29 januari 2007 bepaalt enerzijds de normen waaraan het Zorgprogramma moet voldoen om erkend te worden en anderzijds de verwachtingen t.a.v. het ziekenhuis. Art. 10 van het KB van 2007 stelt dat de coördinatie van het zorgprogramma naast het arts-diensthoud van het zorgprogramma moet opgenomen worden door een verantwoordelijk verpleegkundige die drager moet zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie.

Binnen ons ziekenhuis wordt de medische coördinatie opgenomen door Dokter Griet Buyck en de zorgcoördinatie door Tine Vandenberghe.

Verder worden onder art. 9 en art. 10 werden in het KB van 2007 onderstaande opdrachten toegeschreven aan de verantwoordelijk verpleegkundige van het Zorgprogramma:

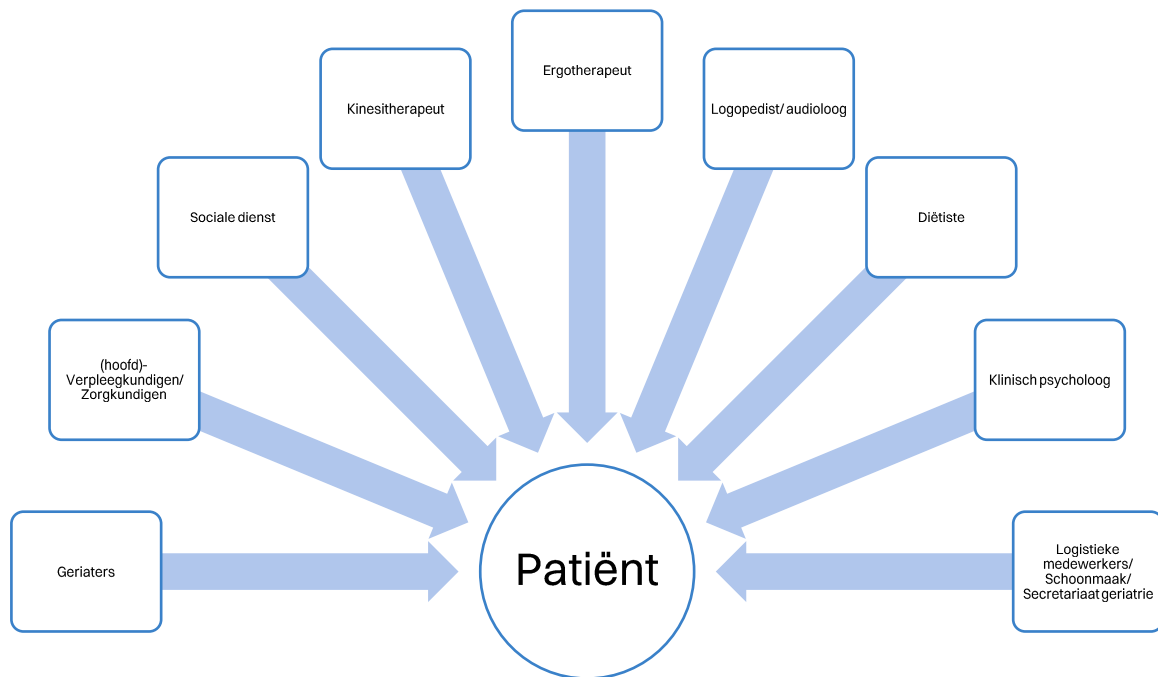
1. Hij/zij organiseert de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten van het zorgprogramma (art. 9).
2. Hij/zij ziet samen met het arts-diensthoud en in samenspraak met het pluridisciplinair team toe op:
 - Het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatriesch handboek
 - Het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatriesch handboek
 - De naleving van de in het koninklijk besluit vastgestelde normen
 - De registratie van de geriatrie gegevens
 - De continuïteit van zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens
 - De praktische organisatie van het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving ervan.

Het pluridisciplinair team

Het pluridisciplinair team is samengesteld uit artsen, verpleegkundigen en paramedici.

Leden van het team (Hieronder staan de diensthouders vermeld):

1	Minstens één voltijds arts-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een arts-specialist erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden	Dr. Griet Buyck Dr. Katia Brouns Dr. Margareta Lambert Dr. Raf Van Hoeyweghen
2	Minstens twee verpleegkundigen houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie, met inbegrip van de verantwoordelijk verpleegkundige voor het zorgprogramma bedoeld in artikel 8;	Hadewych Gueth Wendy Hamers Jolien Storme Tine Vandenberghe Jelle Verhas
3	Sociaal assistent of verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg	Wendy Lachat
4	Kinesitherapeut	Steven Muls
5	Ergotherapeut	Jovanny Braet
6	Logopedist (+ audioloog)	Charlotte Vande Woestyne
7	Diëtist	Nadieh Verhoest
8	Licentiaat/master in de psychologie, bij voorkeur oriëntatie klinische psychologie	Eva Boone
9	Zorgkundige	



Geriatrische consultatie

Een geriatrische consultatie is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts of een behandelend specialist, een geriatrisch advies te verstrekken en voor het uitvoeren van interventies die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen.

Als deze consultatie gebeurt op verzoek van de huisarts worden, in het kader van de continuïteit van zorg, de bevindingen schriftelijk overgemaakt aan deze zorgverlener. Deze bevindingen worden genoteerd in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd van de overmaking van deze informatie.

Als zich een probleem voordoet bij een geriatrische patiënt in de thuissituatie of in een thuis vervangende situatie kan altijd een pluridisciplinair geriatrisch advies gevraagd worden. De extramurale patiënt kan, mits het hebben van een afspraak, op consultatie komen in het geriatrisch dagziekenhuis bij de geriater en een lid van het multidisciplinair team.

Geriatrisch dagziekenhuis

Er bevindt zich een dagziekenhuis geriatrie op campus Sint-Jan. Er zijn tien plaatsen beschikbaar voor geriatrische patiënten.

De opzet van het dagziekenhuis is mogelijkheid voorzien voor ambulante diagnostiek, revalidatie en therapie. Tijdens de dag hospitalisatie is er ook ruimte voor de uitvoering van een multidisciplinaire evaluatie.

Het pluridisciplinair team van het geriatriesch dagziekenhuis bestaat uit:

1	Verantwoordelijke geriater	Dr. Griet Buyck Dr. Katia Brouns Dr. Margareta Lambert Dr. Raf Van Hoeyweghen
2	Verpleeg- en paramedische equipe	Verpleegkundigen met een BBT/BBK geriatrie Ergotherapeut
3	In functie van bijkomende evaluatie wordt het team aangevuld met andere paramedici	Sociaal werker Kinesitherapeuten Logopedisten Diëtisten Klinisch psycholoog ...

Modaliteiten aanvraag tot opname

De geriatrische patiënt wordt opgenomen in een geriatrische dag hospitalisatie via een verwijzing van de huisarts of een arts-specialist. De verpleegkundige van het dagziekenhuis zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken, revalidatie of therapieën. Huisarts, geriater en contactpersoon worden op de hoogte gebracht van de opnameregeling. In samenspraak met de contactpersoon worden de vervoersmaatregelen geregeld.

Organisatie van de zorg

De verpleegkundigen van het dagziekenhuis staan in voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. De multidisciplinaire evaluatie wordt uitgevoerd op basis van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten. De bevindingen worden genoteerd in het patiëntendossier door de desbetreffende disciplines.

Na een observatie op de geriatrische dag hospitalisatie wordt er naar gestreefd om zo snel als mogelijk een verslag ter beschikking te hebben voor de huisarts en/of andere zorgverleners. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent de overmaking van deze informatie. In de brief worden volgende zaken overgemaakt: anamnese, klinisch onderzoek, medische voorgeschiedenis, resultaten van evaluaties en onderzoeken, diagnose, conclusies en een voorstel van behandeling of multidisciplinair beleid.

Opname criteria

- Patiënt met een geriatrisch profiel na doorverwijzing huisarts.
- Patiënt met een geriatrisch profiel na doorverwijzing arts-specialist in kader van multidisciplinaire evaluatie voor behandeling.
- Patiënt na voorafgaande consultatie geriatrie in kader van follow-up of individuele noodzaak.

Aangeboden zorg op het dagziekenhuis geriatrie

Op het geriatriesch dagziekenhuis (GDZH) kunnen geriatrische patiënten worden opgenomen voor diagnostiek, behandeling en/of revalidatie.

Het GDZH situeert zich tussen hospitalisatie en consultatie. Hier gebeuren multidisciplinaire nazichten voor typisch geriatrische syndromen zoals achteruitgang algemene toestand, malnutritie, cognitieve achteruitgang, mobiliteitsproblemen, vallen ... Een opname in het GDZH vermijdt potentieel een langdurige hospitalisatie die belastend kan zijn en tot complicaties (zoals verwardheid, infecties ...) kan leiden.

Algemeen kan men het aanbod van het geriatriesch dagziekenhuis onderverdelen in drie categorieën:

- Diagnostiek
 - Multidisciplinair geriatrische evaluatie (CGA)
 - Preoperatieve consultatie (TAVI, MKA, orthopedie, oncologie)
 - Slikstoornissen
 - Malnutritie
 - Diagnose van algemeen internistische problemen
 - Evaluatie en follow-up van metabole aandoeningen
 - Behandelen van geriatriche syndromen (mobiliteit en valproblematiek, ademhalingsproblemen door hart en longlijden, algemene achteruitgang met niet typische presentatie, ...)
 - Psychogeriatric en cognitieve dysfunctie
 - Incontinentie (urinair en fecaal)
 - Polyfarmacie
- Behandeling
 - Bloedtransfusie
 - Toediening van ijzerpreparaten
 - Osteoporose behandeling (Aclasta)
- Revalidatie

Er worden in de geriatriche dag hospitalisatie een aantal programma 's aangeboden:

1. Centrum voor Cognitieve Stoornissen.
Dit centrum is een samenwerking tussen de diensten Neurologie, Ouderenpsychiatrie, Geriatrie en Klinische Psychologie. Voor de oudere zorgvrager gebeurt dit in bepaalde gevallen via de geriatriche dag hospitalisatie. Meer informatie vind je in de folder centrum voor cognitieve stoornissen (terug te vinden op de website van het ziekenhuis).
2. Gang- en valkliniek.
Dit programma richt zich op het screenen van het valrisico en is een samenwerking tussen Geriatrie, Neurologie, de diensten Kinesithérapie en Ergotherapie.
3. Geheugenrevalidatie
De multidisciplinaire geriatriche revalidatie is beperkt tot maximum 40 sessies binnen een periode van 12 weken en kan 1x/jaar plaatsvinden. Deze revalidatie bestaat uit een individueel revalidatieplan, genoteerd in het patiëntendossier. Vooral de ergotherapeut, logopedist, kinesitherapeut en klinisch psycholoog zijn betrokken bij het revalidatieplan tijdens de revalidatie.

Verblijfsafdelingen geriatrie

Het AZ Sint-Jan Brugge AV beschikt over twee geriatrische verblijfsafdelingen. Deze bevinden zich op campus Sint-Jan.

Daarnaast beschikt ons ziekenhuis ook over een afdeling geronto-psychiatrie (SP4) op campus SFX.

Doelstelling

Het voornaamste doel van een geriatriische zorgenheid is optimale zorg bieden vanuit een holistisch kader. De zorg wordt zo georganiseerd dat deze wordt benaderd vanuit de individuele zorgnoden en waarbij steeds de levenskwaliteit primeert.

Het volledige verblijf op een geriatriische zorgenheid laat zich kenmerken door het multidisciplinair, patiënt-gestuurd en inclusief karakter. Daarnaast wordt ook maximaal ingezet op activatie van de patiënten om de huidige fysieke capaciteit te bewaren en negatieve bijwerken van sedentair gedrag te omzeilen. Maximaal behoud van autonomie, dit steeds vanuit een multidisciplinaire kader en met aandacht voor de mogelijkheden van de patiënten, vormt hier ook het uitgangspunt.

Wekelijks is er een multidisciplinair overleg. Op dit overleg zijn volgende disciplines aanwezig: geriater, verpleegkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, klinisch psycholoog, sociale dienst, diëtist en logopedist. Op de afdeling psychogeriatric sluit ook de ouderenpsychiater aan. Het verslag van het multidisciplinair overleg wordt opgenomen in het elektronisch patiëntendossier.

Afdelingen

Elke dienst hospitaliseert een case-mix van acute en subacute pathologie.

Geriatriche patiënten worden bij voorkeur opgenomen op een G-dienst. Het ziekenhuis beschikt over twee G-diensten:

- G2: afdeling psychogeriatric voor ouderen met dementie of verwardheidsbeeld. Waar specifieke zorg aangeboden wordt in samenwerking met de ouderenpsychiaters;
- G7: afdeling ortho-geriatric, waar intensief wordt samengewerkt met de dienst orthopedie.
- SP4: Geronto- psychiatrie

Hieronder wordt even toegespitst op de afdeling SP4 (Geronto- psychiatrie).

Doelstelling:

- Diagnostisch en therapeutisch benaderen
- Met een interdisciplinaire aanpak
- Focus van zorg = patiënt en familie
- Intens contact en communicatie met de eerste-lijn (bijzonder de huisarts)
- Inventariseren van de problematiek en de hulpvraag
- Formuleren van realistische doelstellingen
- Opstellen en opvolgen van het behandel-/zorgplan
- Woonsituatie optimaliseren en zo nodig heroriënteren
- Overleg en begeleiding van familie en zorgverleners

Doelgroep:

De open afdeling acute ouderenpsychiatrie (SP-Geronto-psychiatrie) van het AZ Sint-Jan Brugge AV op campus SFX biedt gespecialiseerde en deskundige diagnostiek, behandeling en begeleiding voor ouderen met een acute psychiatrische zorgnood met een leeftijdsspecifieke aanpak:

- Psychische zorgnooden eigen aan deze levensfase (verlies aan lichamelijke mogelijkheden, rouw, stemmingsproblemen, ...)
- Psychische zorgnooden die ook in andere levensfasen voorkomen maar die gezien de aparte context (leeftijd, lichamelijke problemen, sociale problematiek) meer specifieke zorg behoeven
- Ziektebeelden waarbij gerichte differentiaaldiagnostiek depressie-dementie-delier zich opdringt
- Psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsveranderingen op basis van organisch hersenlijden

Behandelingen/therapeutisch aanbod:

- Multidisciplinaire observatie, analyse en evaluatie en benadering van de diverse psychiatrische problematieken (psychiatrisch, geriatrisch, verpleegkundig, psychologisch, ergotherapeutisch, kinesitherapeutisch, sociaal werk, pastorale dienst en een logopedist/diëtist op vraag)
- Individuele psychotherapie
- Groepssessies m.b.t. rouwproblematiek
- Oplossingsgerichte groepssessies ('roze bril groep')
- Gerichte farmacologische behandeling
- Elektroshock behandeling

Opnamecriteria:

Er is mogelijk sprake van:

- Een situatie waarin de patiënt worstelt met een psychiatrische aandoening/moeilijkheden.
 - Daarbij kan sprake zijn van:
 - een (nog) niet-gekende psychiatrische diagnose.
 - leeftijdsgebonden moeilijkheden
- Waarbij sprake is van ernstige problemen/noden of compleet disfunctioneren op vlak van:
- Geheugen
 - Zelfzorg
 - Mobiliteit
 - Huishouden
 - Algemene taken en eisen
- Matige of milde problemen/noden op vlak van algemene, lichamelijke functies gelinkt aan de psychische/aandoening in het eerste criterium. Daarbij kan er sprake zijn van een nood aan (beperkte) opvolging van een gekende somatische diagnose.
 - Ernstige problemen of volledig disfunctioneren op vlak van steun na ontslag of moeilijkheden op vlak van informele steun.

Opnameregeling:

Elke opname dient steeds in overleg én met goedkeuring te gebeuren van de behandelende artsen van de afdeling ouderenpsychiatrie. Patiënten kunnen opgenomen worden rechtstreeks via de consultatie of via de spoedgevallendienst/EPSt.

Patiënten met een geriatriesch profiel die zich aanmelden op spoedgevallen/EPSt, worden soms rechtstreeks verwezen naar de campus SFX voor opname op de afdeling ouderenpsychiatrie. Gezien het profiel van deze patiënten moet, voor transfer naar campus SFX, uitgesloten worden dat majeure internistische pathologie (vb. carbonarcose, ernstige inflammatie of infectie, ...) aanwezig is. Indien dit niet uitgesloten kan worden is vooreerst een opname op de dienst geriatrie van campus Sint-Jan noodzakelijk.

Afspraken met acute G:

- Opname via spoedgevallen/EPSt
 - de patiënt wordt eerst gezien door de psychiater op EPSt of op spoedgevallen. Deze neemt contact met de dokter assistent in opleiding (aso) van geriatrie of de aso interne van wacht en schetst de problematiek. De aso onderzoekt de patiënt en vraagt de noodzakelijke onderzoeken aan. Er wordt een opnamenota aangemaakt en het dossier wordt besproken met een staf lid geriatrie. Zo de resultaten geen majeure afwijkingen tonen, kan de patiënt getransfereerd worden naar campus SFX.
 - de patiënt wordt eerst gezien door de aso geriatrie of interne van wacht, en moet verwezen worden naar ouderenpsychiatrie: de aso overlegt eerst met staf lid geriatrie. Er wordt een opnamenota gemaakt. Nadien wordt contact genomen met de aso psychiatrie van wacht of een staf lid psychiatrie, waarbij de problematiek wordt geschetst en zo geïndiceerd een opname op ouderenpsychiatrie wordt geregeld door een arts van psychiatrie.
- Alle geriatriesch/internistische problemen worden wekelijks besproken in het vast overleg met de geriater op de afdeling.
- Bij acute geriatriesch/internistische problemen wordt telefonisch contact opgenomen met de geriater en zo nodig doorverwezen naar de spoedgevallenafdeling.

Samenstelling team

Het pluridisciplinair team van de verblijfsafdelingen bestaat uit:

1	Verantwoordelijke geriater	Dr. Griet Buyck Dr. Katia Brouns Dr. Margareta Lambert Dr. Raf Van Hoeyweghen
2	Verpleeg- en paramedische equipe verbonden aan de afdeling	- Hoofdverpleegkundige met een BBT geriatrie - Adjuncthoofdverpleegkundige - Verpleegkundigen (met of zonder BBT of BBK) - Zorgkundigen - Logistiek medewerkers - Paramedici: Ergotherapeut én kinesitherapeut
3	Paramedici ter ondersteuning van de verblijfsafdeling	Sociaal werker Klinisch psycholoog Diëtist Logopedist

Multidisciplinair overleg (teamoverleg)

Op wekelijkse basis worden alle opgenomen patiënten op de verblijfsafdelingen geriatrie multidisciplinair geëvalueerd. In bijzijn van alle betrokken disciplines wordt de diagnose, behandeling en revalidatie besproken met het oog op zorgoptimalisatie en het verbeteren van de patiënten outcome.

Tijdens dit overleg worden nieuwe behandelplannen bepaald, revalidatiecapaciteit van de patiënt besproken, sociale situaties uitgediept en afspraken gemaakt voor eventuele ontslagen. Dit overleg wordt steeds opgenomen in het centraal patiëntendossier.

Uitwijkplan geriatrie

In het geval dat een opname niet meer mogelijk is op een geriatrie afdeling wordt vanuit de dienst 'bedplanning' een cascade systeem gevolgd. De patiënten worden dan eerst georiënteerd naar interne afdelingen. In het geval daar ook geen opnames meer mogelijk zijn wordt gekeken naar de andere mogelijkheden. Als laatste optie worden patiënten opgenomen op chirurgische afdelingen.

Architecturale organisatie

De infrastructuur van de afdelingen werd zo georganiseerd dat er maximale bewegingsvrijheid is, het revalidatieproces van de patiënten beperkt zich daarom ook niet enkel tot de oefenzaal maar maakt gebruik van de volledige omvang van de infrastructuur. Op elk van de afdelingen is er een goed uitgeruste revalidatieruimte en eetkamer voorzien.

De opbouw van de afdelingen op campus SJ zijn gebouwd in de vorm van een rechthoek met tussengangen waardoor gangrevalidatie wordt aangemoedigd. Alle afdelingen zijn voorzien van beveiligde in- en uitgangen met een cijfercode om wegliepgedrag tegen te gaan.

Eén van onze afdelingen is uitgerust met een geborgen zone specifiek in functie van patiënten met dementie en/of verwardheidsbeeld. Deze geborgen zone is ook uitgerust met een eenzelfde cijfercode systeem als de in- en uitgangen.

Interne Liaison Geriatrie

Algemeen

Om kwaliteitsvolle zorg via de 'globale geriatrie benadering' te kunnen aanbieden worden er bijkomende modaliteiten voorzien. Door het oprichten van interne geriatrie teams, zoals het zorgprogramma geriatrie voorschrijft, zorgen we er als ziekenhuis voor dat de patiënten die niet op geriatrie diensten verblijven, bezocht en geëvalueerd worden. Door advies te verlenen kan de ligduur ingekort worden en een heropname voorkomen worden. De patiënt kan langer in zijn thuisomgeving verblijven en het ziekenhuis wordt minder financieel bestraft als de patiënt met geriatrie profiel sneller naar huis kan.

Binnen het AZ Sint-Jan Brugge AV staat de interne liaison bekend als de GIL (Geriatrie Interne liaison).

Doelstelling

De Geriatrie Interne Liaison wordt zo georganiseerd dat de geriatrie patiënten die op een andere dienst dan een geriatrie dienst van het ziekenhuis verblijven, een beroep kunnen doen op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van het multidisciplinair geriatrie team. Dit team komt ter ondersteuning en op verzoek van het team van één van die diensten, de patiënt zelf, de familie of de arts-specialist.

Concreet bevat het takenpakket van het GIL-team het volgende:

- Ondersteunen bij vroegtijdig opsporen van geriatrie risicopatiënten
- Ondersteunen en adviseren van zorgverleners, zodat patiënten met geriatrie profiel aangepaste zorg krijgen en dat de opname zo efficiënt mogelijk verloopt
- Sensibiliseren van de zorgverleners

Het GIL-team vervult op deze manier een tweedelijnsfunctie waarbij een ondersteunende en adviserende rol vervuld wordt. De leden van het GIL-team hanteren de geriatrie benadering voor multidisciplinaire zorg en dragen bij tot een cultuur van zorgcontinuïteit met het oog op optimale omstandigheden voor opname, zorgaanbod en herstel bij patiënten die niet opgenomen zijn op een geriatrie zorgafdeling. Indien nodig zien zij ook toe op een overname van patiënten van een algemene naar een geriatrie afdeling of voorzien zij ambulante geriatrie opvolging.

Samenstelling team

Het pluridisciplinair team van het GIL-team bestaat uit:

1	Verantwoordelijke geriater	Dr. Griet Buyck Dr. Katia Brouns Dr. Margareta Lambert Dr. Raf Van Hoeyweghen
2	Verpleeg- en paramedische equipe	Verpleegkundigen (met een BBT/BBK geriatrie) Ergotherapeut
3	In functie van bijkomende evaluatie wordt het team aangevuld met andere paramedici	Sociaal werker Klinisch psycholoog Diëtist Logopedist Kinésitherapeut ...

Werking

Opsporen en screening van risicopatiënten

Elke 75-plusser die wordt opgenomen op een niet-geriatrische zorgafdeling (met uitzondering van intensieve zorgen, psychiatrie en dag hospitalisatie) wordt gescreend a.d.h.v. het screeningsinstrument (GRP = geriatrijsch risico profiel), deze screening wordt steeds aangevuld met of afgetoetst aan het klinisch oordeel van het GIL-team (GRP-score ≥ 2 = patiënt met geriatrijsch risicoprofiel). Aan de hand hiervan wordt beslist of een patiënt al dan niet wordt opgenomen in het zorgprogramma en/of er adviezen dienen geformuleerd te worden. Patiënten die reeds gekend zijn op het geriatrijsch dagziekenhuis, permanent verblijven in een WZC, al vorige opnames op geriatrie of GIL-team consulten gehad hebben worden automatisch mee opgenomen voor opvolging.

Er wordt gestreefd naar een opvolging van patiënten of formulering van adviezen binnen de 24u met uitzondering van de maandag en feestdagen, waarbij er gestreefd wordt naar opvolging 72u na opname aangezien het GIL-team gebonden is aan kantooruren. Patiënten jonger dan 75 jaar kunnen ook opgenomen worden in het zorgprogramma indien er wordt voldaan aan de vooropgestelde voorwaarde van de doelgroep geriatrie. Dit gebeurt op aanvraag van arts-specialist of verpleegeenheid.

Contactname met het GIL-team

De leden van het GIL-team gaan zelf actief patiënten opsporen aan de hand van een gefilterde lijst van nieuwe opnames. Een verpleegafdeling kan steeds contact opnemen met de leden van het GIL-team voor een (her)evaluatie of bij patiënten jonger dan 75 jaar indien er een vermoeden is van een geriatrijsch profiel. Dit contact kan telefonisch of via een consultaanvraag via het elektronisch patiëntendossier.

Interventie GIL

De GIL-verpleegkundigen komen ter plaatse op de afdeling. Indien de GRP-score ≥ 2 is, of zo nodig vanuit de klinische beoordeling, wordt een CGA (comprehensive geriatric assessment) afgenomen. Bij vermoeden van cognitief deficit wordt het geriatrijsch assessment aangevuld met MMSE of CDT. Voor majeure chirurgie, beslissingen omtrent DNR codering en bij vraag tot advies in kader van opstart van behandelingen wordt ook steeds een MMSE en CDT afgenomen. Dit alles wordt zo mogelijk aangevuld met een hetero-anamnese via de familie, mantelzorgers of instelling waar patiënt verblijft. Er gebeurt een medische evaluatie door de geriater. Eventueel bijkomende evaluatie door paramedici zo nodig. Alle bevindingen worden besproken binnen het GIL pluridisciplinair overleg en een advies voor het behandelend team van de aanvragende dienst wordt opgemaakt.

Advies en follow-up

Het advies van het GIL team wordt overgemaakt aan de desbetreffende afdeling en de huisarts en wordt beschikbaar gesteld in het centraal patiëntendossier. Het GIL-team voorziet verder ondersteuning op vraag.

Na het formuleren van adviezen wordt er een follow-up voorzien voor maximaal 3 opeenvolgende dagen. De geriater komt enkel langs bij de opgevolgde patiënten op vraag van het de GIL-verpleegkundigen. Overnames op de afdeling geriatrie worden enkel toegestaan als dit een meerwaarde betekent voor de patiënt. De beslissing tot een eventuele overname ligt steeds bij de geriater, die elke aanvraag grondig evalueert en op basis van medische info toestemming geeft.

Pluridisciplinair zorgplan

Voor elke opgenomen geriatrische patiënt wordt een multidisciplinair zorgplan opgemaakt met betrekking tot diagnose, behandeling en eventuele revalidatie. Dit zorgplan maakt integraal deel uit van het patiëntendossier. Het zorgplan is ten allen tijde toegankelijk voor de desbetreffende zorgverleners en wordt bij ontslag ter beschikking gesteld aan de huisarts.

Geriatrisch assessment

Het GIL-team maakt standaard gebruik van de volgende evaluaties:

- GRP (geriatrisch risico profiel)
- Katz-schaal (afhankelijkheidsgraad bepalen)
- Lawton iADL (instrumentele dagelijkse activiteiten bepalen)
- Valrisico bepalen
- NRS (pijnscore bepalen)
- Nutrition Risk Score (voedingstoestand bepalen)
- Audit-C (alcoholgebruik)

Zo nodig kunnen deze aangevuld worden in functie van noodzaak met de volgende testen:

- Clock Drawing Test (cognitieve toestand bepalen)
- Geriatric Depression Scale (screeningsschaal depressie)
- Mini Mental State Examination (cognitieve status bepalen)

Specifieke taken

Het GIL-team is een adviserend orgaan en voert geen zorgtaken uit op afdelingen;

- Algemene taken
 - Initiële en eventuele vervolg screenings uitvoeren
 - Adviezen formuleren aan niet-geriatrie zorgafdelingen
 - Adviezen formuleren voor huisartsen
 - Bijdragen tot een cultuur van zorgcontinuïteit door het verspreiden van de geriatrie benadering
- Verpleegkundigen
 - Eerste aanspreekpunt op afdelingen
 - Assessments
 - Opvolging delier
 - Adviezen formuleren
 - Consulten van andere specialiteiten aanvragen waar nodig
- Ergotherapeuten
 - ADL observatie
 - Cognitieve screening
 - Valpreventie
 - Advies voor (loop)hulpmiddelen
- Sociale dienst
 - Sociale situatie bepalen
 - Aanspreekpunt voor families
 - Ontslagregelingen treffen
 - Thuishulp regelen
 - Sociale voorzieningen regelen
- Klinisch psycholoog
 - Cognitieve screening
 - Therapeutische gesprekken

Externe liaison geriatrie

De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt die wordt gerealiseerd door de teams van de dienst geriatrie, de geriatrische dag hospitalisatie, de geriatrische interne liaison en de sociale dienst van bij opname tot het ontslag van de patiënt.

De externe liaison heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de continuïteit van de zorg wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden. Alsook synergiën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.

De samenwerking met externe instanties (eerste lijn, huisartsen, woonzorgcentra,...) is van essentieel belang om de oudere zorgvrager continuïteit van zorg aan te bieden. Een opname in een ziekenhuis is geen alleenstaand gegeven. Het is dikwijls een gevolg van de chronische aard van de zorg voor de patiënt of de aandoening waarvoor opname vereist is heeft een weerslag op de totale zorgvraag van de oudere zorgvrager. Hiervoor worden een aantal samenwerkingsvormen opgezet, projecten ontwikkeld of overlegmomenten gecreëerd. Deze samenwerking is continu in beweging omdat het zorglandschap ook continu evolueert, zowel door regels vanuit de overheid als vanuit nieuwe inzichten in de zorg voor de oudere zorgvrager.

Hieronder vindt u de initiatieven die op dit vlak werden ontwikkeld:

– Overleg Mintus

Twee keer per jaar komen de verantwoordelijken van de dienst Geriatrie en de verantwoordelijken voor de ouderenzorg in Mintus samen om overleg te plegen. Hier worden knelpunten besproken en nieuwe initiatieven toegelicht. Hiermee hopen wij de samenwerking tussen Mintus en het ziekenhuis continu te verbeteren en bij te sturen ten einde de zorg voor de oudere zorgvrager te verbeteren.

– Samenwerkingsakkoorden woonzorgcentra

Met diverse woonzorgcentra heeft de dienst geriatrie samenwerkingsverbanden. Hierdoor ontstaat een functionele binding conform de wetgeving. Naast het hierboven vermeld overleg met Mintus, dat ook in dit kader past, dienen deze samenwerkingsakkoorden vooral om opleiding voor mekaar open te stellen.

– Overleg Eerstelijnszone Brugge

Er is regelmatig overleg of samenwerking met de eerstelijnszone (ELZ) van de regio Brugge waar het ziekenhuis zich bevindt. Het ELZ is de ideale partner om contact te houden met de eerstelijns gezondheidszorg. In het ELZ-overleg zijn namelijk alle partners van de eerste lijn verenigd, dus ook de huisarts. Ons ziekenhuis zetelt vanuit het KOMnetwerk in het bestuursorgaan van de ELZ. We participeren ook in werkgroepen om de strategische doelstellingen te vertalen in concrete samenwerking.

Hoofdstuk 4: Werking

Opname

Via de spoedgevallendienst

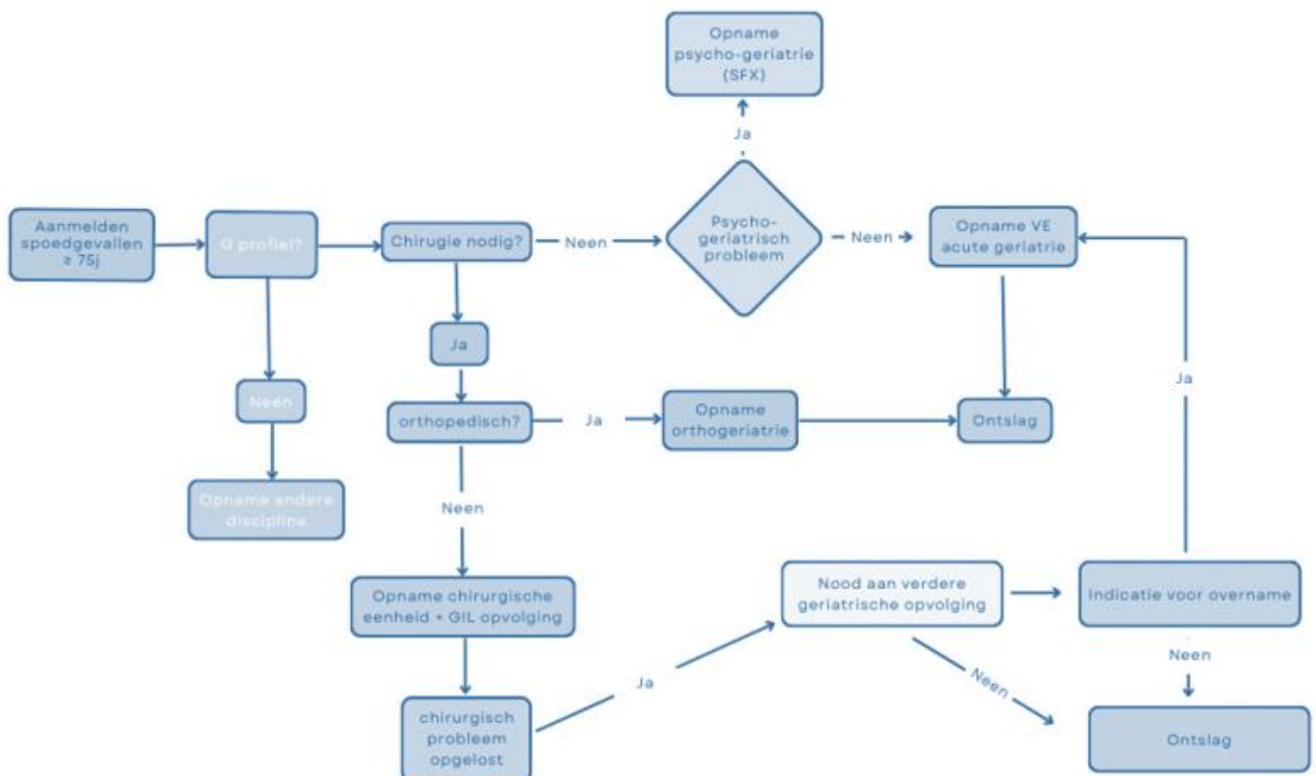
Patiënten ouder dan 75 jaar - die niet specifiek verwezen zijn naar een bepaalde dienst - worden in principe opgenomen voor de dienst Geriatrie indien de patiënt:

- gekend is op de dienst geriatrie;
- gekend is met een cognitieve stoornis;
- atypische presentatie van ziekte heeft (algemene achteruitgang, frailty, zwakte, slechte mobiliteit, val...);
- polypathologie en polyfarmacie vertoont;
- in een Woon- en zorg centrum (WZC) verblijft;
- doorverwezen wordt door het GIL-team.

Bij patiënten ouder dan 75 jaar - die specifiek verwezen zijn naar een niet-geriatrische dienst en:

- gekend zijn op de dienst geriatrie;
- gekend met een cognitieve stoornis;
- atypische presentatie van ziekte (algemene achteruitgang, frailty, zwakte, slechte mobiliteit, ...); • van
- in een WZC verblijft;
- maakt de spoedarts een inschatting en overlegt met de betrokken dienst voor al dan niet opname op Geriatrie.

Indien er fracturen aanwezig zijn, dan wordt een opname geregeld op de orthopedische Geriatrie (G7).



Via rechtstreekse opname op verpleegafdeling

Verwijzing van huisarts voor directe opname op geriatrische zorgafdeling bij vermoeden geriatrisch syndroom of ouderdom gerelateerde aandoening.

- Patiënten met een geriatrisch profiel waarbij opname noodzakelijk is.

De gecontacteerde geriater gaat in overleg met de verblijfsafdeling en regelt een bed voor deze patiënt.

Via overname van een niet G- verpleegafdeling

Patiënten met een geriatrisch profiel die medisch niet ontslag klaar zijn en een verdere geriatrische uitwerking vereisen na uitwerking van een andere discipline.

Ontslag

Ontslagmanagement

- Micro niveau

Ontslagmanagement op microniveau situeert zich op het niveau van de patiënt. Hier staat de multidisciplinaire samenwerking voorop en wordt ontslag geïntegreerd vanaf het begin in het opnameproces om zo optimale omstandigheden voor ontslag te creëren en heropnames te voorkomen. Een goede samenwerking met de sociale dienst is hiervoor cruciaal. De sociale dienst werkt hierbij nauw samen met de directe omgeving van de patiënt en met externe diensten.

- Meso niveau

Op mesoniveau houdt dit in dat er ziekenhuisbreed gewerkt wordt om de omstandigheden voor ontslag zo gunstig mogelijk te maken. De stafdienst kwaliteit neemt initiatieven om ontslagmanagement te verankeren in de werking van het ziekenhuis.

- Macro niveau

Dit situeert zich vooral op niveau van transmurale samenwerking. Het gaat hier dan concreet om samenwerkingsverbanden met thuiszorgdiensten, de huisartsen, revalidatie- en zorgcentra. Het uitgangspunt is om een klimaat van zorgcontinuïteit te creëren en kennis ter beschikking te stellen aan de voornoemde diensten.

Ontslagbeleid

Vanaf het moment dat een patiënt wordt opgenomen, begint ook de planning van het ontslag. De modaliteiten voor ontslag worden bekeken, opgelijst en voorbereid gedurende het verblijf waarbij de link met de sociale dienst van groot belang is. Er wordt op zo een manier gewerkt dat optimale ontslagvoorwaarden worden nagestreefd om een succesvolle en kwaliteitsvolle terugkeer te garanderen.

Bij het ontslag wordt een multidisciplinaire ontslagbrief voorzien die mee instaat voor de zorgcontinuïteit. Bijkomende aanvragen, afspraken, attesten en voorschriften worden ook steeds voorzien. De sociale dienst plant en regelt het ontslag in samenspraak met de patiënt en zijn naasten.

Bestaande overlegstructuren voor de verschillende delen van het zorgprogramma

Soort	Leden	Frequentie	Inhoud
Cluster vergadering	Zorgmanager cluster Hoofdverpleegkundigen Zorgspecialist geriatrie	1x/maand	- beleidsinformatie - Bespreking cluster specifieke afspraken - Optimaliseren van de werking binnen de cluster - Implementeren en bijsturen van cluster specifieke projecten
Artsen overleg	Geriaters	1x/maand	Algemene werking bespreken
Dienstoverleg verpleegeenheden geriatrie	Alle leden van het team	2x/jaar	- Algemene informatie - Bespreken dienst specifieke informatie - Beleidsinformatie briefen naar het team - Operationele werking evalueren en optimaliseren
Dienstoverleg dagziekenhuis geriatrie en interne liaison	Alle leden van het team	4x/jaar	- Algemene informatie - Bespreken dienst specifieke informatie - Beleidsinformatie briefen naar het team - Operationele werking evalueren en optimaliseren
Multidisciplinair overleg (MDO)	Alle disciplines betrokken bij de zorg	Wekelijks	- Patiëntenbespreking - Ontslagplanning
Denknamiddag geriatrie / diensthoofdenoverleg	Artsen Dienstverantwoordelijken van de betrokken disciplines Zorgspecialist geriatrie Zorgmanager cluster	4x/jaar	- Bespreken en zo nodig aanpassen van de geriatrische visie en missie - Kwaliteitsbeleid bespreken - Algemene werking van het zorgprogramma evalueren en bijsturen

Lijst samenwerkende woon-en zorgcentra

WZC	Contactpersoon	Email	Telefoonnummer	Datum binding
WZC Ter Potterie	Fernand Mus	terpotterie@mintus.be	050 32 72 00	02/09/2009
WZC Hallenhuis	Carine Maerten	hallenhuis@mintus.be	050 32 71 10	02/09/2009
WZC De Vliedberg	Liesbeth Parrein	devliedberg@mintus.be	050 32 77 00	02/09/2009
WZC Van Zuylen	Marijke Dobbels	vanzuylen@mintus.be	050 32 79 00	02/09/2009
WZC De Zeventorentjes	Nele Vandewiele	dezeventorentjes@mintus.be	050 32 79 50	02/09/2009
WZC Sint-Pieters molenwijk	Valerie Nys	sintpietersmolenwijk@mintus.be	050 63 50 00	02/09/2009
WZC Ten Boomgaarde	Martin Jacques	tenboomgaarde@mintus.be	050 32 78 00	02/09/2009
Zeecentrum Duneroze	Kristof de Schryver	duneroze@anima.be	050 43 30 00	28/05/2019
WZC Avondrust	Bruno Vandemoortel	avondrust@wznspirit.be	050 39 56 66	20/06/2016
Residentie Prinsenhof	Matthias Firlefyn	prinsenhof@orpea.net	050 32 91 00	01/10/2021
WZC Klaverveld	Kurt Ryheul (directeur)	info@zwz.be	050 82 66 36	17/07/2012 21/08/2024
WZC Engelendale	Jessie Sierens	engelendale@squatina.be	050 33 68 19	05/12/2024
WZC Regina Coeli	Els Vandecasteele	reginacoeli@wznspirit.be	050 40 77 00	12/12/2024

Lijst woon- en zorgcentra zonder functionele samenwerkingsovereenkomst

WZC	Adres	Telefoonnummer
Regio Beernem		
WZC Kasteeldomein Patershof	Kasteeldreef 9, 8730 Beernem	050 78 12 74
WZC Mariawende	Rollebaanstraat 10/A, 8730 Beernem	050 78 12 74
WZC Rusterloo	Kerkhofdreef 1, 8730 Beernem	050 78 07 32
Regio Blankenberge		
WZC De Strandjutter	Frans Masereellaan 9, 8370 Blankenberge	050 23 59 00
WZC Polderzicht	Albrecht Rodenbachstraat 12, 8370 Blankenberge	050 43 46 00
WZC Huis aan Zee	Maurice Devriendtlaan 15, 8370 Blankenberge	050 43 24 70
Regio Bredene		
WZC Jacky Maes	Duinenstraat 106, 8450 Bredene	059 33 97 70
WZC Huize Westerhauwe	Klemskerkestraat 19, 8450 Bredene	059 33 13 20
Regio Brugge		
WZC Herdershove	Oude Oostendse Steenweg 95, 8000 Brugge	050 45 40 50
WZC Sint-Jozef	Spoorwegstraat 250, 8200 Sint-Michiels	050 30 33 11
WZC Westervier	Speelpleinlaan 44, 8310 Brugge	050 36 86 36
Regio Damme		
WZC De Stek	Brouwerijstraat 2, 8340 Damme	050 67 28 50
WZC Huyze Den Hoorn	Groenestraat 10, 8340 Damme	050 50 09 48
WZC Morgenster	Gentse Steenweg 122, 8340 Damme	050 72 71 80
Regio De Haan		
WZC Zilverduin	Vosseslag 143, 8420 De Haan	059 25 57 00
Regio Jabbeke		
WZC Residentie Christoff	Oude Dorpsweg 21A, 8490 Jabbeke	050 38 79 10
Regio Knokke-Heist		
WZC Belle Epoque	Gilbert Decockstraat 1, 8300 Knokke-Heist	050 44 34 00
WZC De Noordhinder	Noordhinder 31, 8301 Knokke-Heist	050 53 00 80
WZC Lindenhove	Bremalaan 5, 8300 Knokke-Heist	050 63 36 00
WZC Polderparel	Rustoordstraat 1, 8300 Knokke-Heist	050 61 39 37
Regio Oostkamp		
WZC Sint-Jozef	Sint-Jozefsdreef 5, 8020 Oostkamp	050 82 20 40
WZC Ter Luchte	Sint-Elooistraat 87, 8020 Oostkamp	050 27 75 30

Contact

Artsen

De artsen staan open voor gesprek in kader van informatieoverdracht na toestemming van de patiënt, deze kunnen geconsulteerd worden na afspraak. Dagelijks voorzien zij ruimte voor familiegesprekken. Afspraken bij de geriater kunnen gemaakt worden via het secretariaat geriatrie, te bereiken op het nummer 050/45.31.60 .

Sociale dienst

De medewerkers van de sociale dienst zijn elke weekday te bereiken tijdens de kantooruren. Er is altijd een permanentie om te kunnen voldoen aan de potentiële noden van de patiënten en familie. Het secretariaat van de sociale dienst is te bereiken op het nummer 050/45.20.40 .

Zorgpaden, procedures en richtlijnen

Deze zijn terug te vinden op 'EDOC' op het lokale netwerk van het ziekenhuis.

Hoofdstuk 5: Competenties, opleiding en bijscholing

Voor nieuwe personeelsleden wordt een inscholingsplan opgesteld waarbij de voortgang op geregelde tijdstippen wordt opgevolgd om te zien of de vooropgestelde competenties worden behaald. Nieuwe medewerkers volgen naast algemene bijscholing ook bijscholing over het zorgprogramma geriatrie.

Daarnaast wordt er vier keer per jaar een themamiddag geriatrie georganiseerd, waar de belangrijkste geriatrie thema's aan bod komen. Deze themamiddagen staan open voor zowel personeel van de geriatrie afdelingen, als voor het personeel die werkzaam is op een niet geriatrie afdeling. Zo verhogen we het interne opleidingsaanbod.

In kader van opvolging van competenties worden de verpleegkundigen opgevolgd met een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK) of een bijzondere beroepstitel (BBT). Het aantal gevolgde uren opleiding (intern & extern) wordt per personeelslid bijgehouden.

Hoofdstuk 6: Kwaliteitsopvolging

Generiek

Patiënten identificatie

Bij opname op de afdeling wordt de identiteit actief bevraagd en een correct identificatiebandje aangebracht. Dagelijks worden alle patiënten identificatiebandjes gecontroleerd door de logistieke medewerkers op de afdeling.

Doel: Continue identificatie en veiligheid bij elke zorgverstrekking garanderen.

Indicator: Aantal patiënten met een correct en leesbaar patiënten identificatiebandje.

Streefwaarde: 100%

Rapportage: Interne feedback per afdeling en jaarlijks rapport.

Handhygiëne

Deze indicator wordt ziekenhuisbreed opgevolgd. De resultaten worden teruggekoppeld naar de afdelingen. Opvolging gebeurt a.d.h.v. Hand-in-Scan, steekproeven via methodiek van directe observatie, bijhouden van verbruikscijfers handalcohol en continue audits in kader van kwaliteitsrondes, ...

Doel: Voorkomen van de overdracht van micro-organismen naar personen, lichaamsdelen of voorwerpen.

Indicator: 8 basisvereisten van handhygiëne.

Streefwaarde: 100%

Rapportage: Half jaarlijks rapport en interne feedback per afdeling.

Safe surgery checklist (SSC)

Deze procedure past in het globale programma 'patiëntveiligheid' van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en is een vereiste voor het eisenkader van de chirurgische patiënt van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Doel: Deze checklist werd ontworpen als hulpmiddel om de veiligheid tijdens chirurgische en andere invasieve procedures te verhogen en het aantal vermijdbare overlijdens en complicaties te doen dalen door het systematisch toepassen van een aantal essentiële veiligheidsmaatregelen.

Indicator: Aantal correct en volledig ingevulde SSC.

Streefwaarde: 100%

Rapportage: Deze indicator wordt per kwartaal bijgehouden. Rapportage aan directiecomité en raad van bestuur.

Patiënten tevredenheid enquêtes

Doel: verhogen en behouden van patiënten tevredenheid alsook in kader van troubleshooting.

Indicator: aantal ingevulde enquêtes.

Streefwaarde: > 80%

Rapportage: Interne feedback per afdeling (jaarlijks) en op het platform zorgkwaliteit.be.

Inscholingsplan (POP)

Het ziekenhuis heeft een vormingsbeleid en een vormingsreglement dat van toepassing is op alle medewerkers. Het leercentrum beheert de uitwerking van dit beleid voor alle medewerkers. Er is een geautomatiseerde toepassing (LEO) ter beschikking van alle medewerkers waarlangs het vormingsbeleid verloopt. De vorming kan verlopen via algemene of specifieke vormingslessen, via een vormingsplan van de afdeling, via een persoonlijk ontwikkelingsplan of via externe vorming. In elk departement wordt voor een nieuwe medewerker een inscholingsplan opgemaakt.

Doel: Nastreven van een performant vormingsbeleid.

Indicator: Volledig doorlopen traject.

Streefwaarde: 100%

Rapportage: Op aanvraag.

Specifiek

Valpreventie

Doel: In kaart brengen van meest voorkomende oorzaken van een val.

Indicator: Aantal meldingen via intern meldingsplatform (DATIX-meldingen).

Streefwaarde: N.V.T.

Rapportage: Jaarlijks rapport

Decubitus

Screening op basis van Braden schaal bij opname en wekelijkse herevaluatie of bij wijziging van de toestand.

Doel: vroegtijdig opsporen van tekenen van decubitus

Indicator: Aantal ingevulde Braden schalen.

Streefwaarde: 100%

Rapportage: Jaarlijks rapport - indicatorenrapport VIKZ .

Heropnames

Doel: In kaart brengen van aantal te vermijden heropnames

Indicator: Heropname in het ziekenhuis.

Streefwaarde: N.V.T.

Rapportage: Jaarlijks rapport heropnames – jaarlijks indicatorenrapport VIKZ

Bijlagen

Bijlage 1: Contactgegevens

	Routennummer	Telefoonnummer	Emailadres
Secretariaat Geriatrie	Route 91	050/45.31.60	Geriatric.secretariaat@azsintjan.be
Verblijfsafdeling G2	Route 75	050/45.32.80	/
Verblijfsafdeling G7	Route 97	050/45.31.70	/
Geriatisch dagziekenhuis	Route 91	050/45.39.42	Geriatricdagziekenhuis.brugge@azsintjan.be
Geriatische interne liaison	Route 91	050/45.47.59	GIL.Brugge@azsintjan.be
Zorgspecialist zorgprogramma geriatrie	route 91	050/45.31.86	Tine.vandenberghe@azsintjan.be

Bijlage 2: GRP score

	SCORE
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (vb. desoriëntatie, dementie, delirium)	2
2. Alleenwonend OF geen hulp mogelijk door inwonende partner/familie	1
3. Moeilijkheden bij stappen of transfer OF gevallen in het voorbije jaar	1
4. Hij/zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1
5. De patiënt gebruik $\geq$ 5 geneesmiddelen	1
TOTAAL	6

Bijlage 3: Geriatisch assessment gebruikt door de GIL

Geriatrische interne liaison

VE:___ Datum:___/___/___

Patiëntenvignet

GRP score:		
Hebt u geheugenstoornissen?	Ja	Neen
Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonend familie/ partner	Ja	Neen
Moeilijkheden bij stappen, transfers of val laatste 6 maand	Ja	Neen
Hospitalisatie laatste 3 maand	Ja	Neen
Gebruikt u 5 of meer geneesmiddelen	Ja	Neen

Totaalscore:___/ 6

Huidige problematiek:

Sensorisch: Visus:

Gehoor:

Medische voorgeschiedenis:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thuismedicatie:	Huidige medicatie:
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Opmerkingen bij parameters, laboresultaten en technische onderzoeken :

Usus: Roken : niet roker/ ex roker / actief roker: aantal:

Alcohol: neen / occasioneel / Ja: hoeveelheid: glazen / dag

Medicatie: benzo's / psychofarmaca/ anti depressiva : sedert

Sociale evaluatie:

Familiale toestand: Ongehuwd / gehuwd/ weduwe (naar) / samenwonend

Kinderen:

Woonsituatie:

Mantelzorg:

Thuishulp:

Evaluatie van de basisactiviteiten van het dagelijkse leven (KATZ schaal):

Wassen

- 1 Wast zich volledig zonder hulp
- 2 Gedeeltelijke hulp nodig onder de gordel
- 3 Gedeeltelijke hulp nodig boven en onder de gordel
- 4 Volledig hulp nodig bij het wassen

Aankleden

- 1 Kleedt zich aan en uit zonder hulp
- 2 Gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden onder de gordel
- 3 Gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden boven en onder de gordel
- 4 Volledig hulp nodig bij het aankleden

Verplaatsingen

- 1 Staat op en verplaatst zich volledig onafhankelijk
- 2 Staat onafhankelijk op uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddel bij het verplaatsen
- 3 Heeft absolute hulp van derden nodig om op te staan of zich te verplaatsen
- 4 Is bedlegerig of rolstoelgebonden

Toiletgang

- 1 Gaat alleen naar toilet en maakt zich zonder hulp schoon
- 2 Heeft hulp nodig om naar toilet te gaan en zich te verschonen
- 3 Volledig hulp om naar toilet te gaan en zich schoon te maken
- 4 Kan niet naar toilet noch op toiletstoel

Continentie

- 1 Is continent voor urine en faeces
- 2 Is af en toe incontinent voor urine en faeces / of heeft blaassonde of kunstmatige anus
- 3 Is incontinent voor urine
- 4 Is incontinent voor urine en faeces

Eten

- 1 Eet en drinkt alleen
- 2 Eet en drinkt alleen, maar voorbereidende hulp nodig
- 3 Eet en drinkt met enige hulp
- 4 Eet en drinkt met volledige hulp

Totaal score: / 24

Evaluatie van de instrumentale ADL (Lawton 9 items):

Gebruik van de telefoon

- 1 Bedient zich van de telefoon op eigen initiatief
- 2 Kiest slechts enkele welbekende nummers
- 3 Neemt op maar belt zelf niet op
- 4 Gebruikt de telefoon helemaal niet

Winkelen

- 1 Kan zelfstandig boodschappen doen
- 2 Is alleen voor sommige boodschappen zelfstandig
- 3 Moet begeleid worden om boodschappen te doen
- 4 Is volledig onbekwaam om boodschappen te doen

Voedsel bereiding

- 1 Kan zelfstandig maaltijden plannen, bereiden en opdienen
- 2 Kan geschikte maaltijden bereiden indien hij/zij van ingrediënten voorzien wordt
- 3 Kan bereide maaltijden opwarmen en opdienen. Kan geen dieet volgen
- 4 De maaltijden moeten voor hem/ haar bereid en opgediend worden

Huishouden

- 1 Zorgt alleen voor het huishouden of doet dit met occasionele hulp
- 2 Voert lichte dagelijkse taken uit (zoals de vaat of bed opmaken)
- 3 Vergt hulp voor alle huishoudelijke taken
- 4 Neemt helemaal geen deel aan de huishoudelijke taken

Wassen

- 1 Doet zijn/haar eigen was
- 2 Kan linnengoed zelf wassen
- 3 Wast en spoelt het klein linnengoed, sokken, enz.
- 4 De was moet door anderen worden gedaan

Vervoer

- 1 Reist volledig zelfstandig (openbaar vervoer en/of eigen wagen)
- 2 Gebruikt het openbaar vervoer indien begeleidt
- 3 De verplaatsingen zijn beperkt tot taxi of wagen met hulp van een derde
- 4 Verplaatst zich helemaal niet buitenshuis

Gebruik geneesmiddelen

- 1 Neemt zelfstandig geneesmiddelen in zoals voorgeschreven
- 2 Is in staat om zelfstandig geneesmiddelen in te nemen, maar vergeet af en toe
- 3 Geneesmiddelen moeten op voorhand klaargelegd worden
- 4 Is niet in staat om zelfstandig geneesmiddelen in te nemen

Financieel beheer

- 1 Regelt zelfstandig de financiële zaken
- 2 Regelt zelfstandig de financiële zaken, maar af en toe fout
- 3 Is in staat om dagelijkse aankopen te doen maar heeft hulp nodig voor bankrekening of grote aankopen
- 4 Is onbekwaam om geldzaken te regelen

Huishoudelijke karweitjes en onderhoudswerken

- 1 Zelfstandig voor de meeste onderhouds- en herstellingswerken
- 2 Hulp en richtlijnen nodig voor sommige huishoudelijke herstellingswerken
- 3 Kan elementaire herstellingen of karweitjes uitvoeren
- 4 Is onbekwaam voor huishoudelijke karweitjes of onderhoudswerken

Totaal score: / 36

Valscreening:

- Patiënt ouder dan 75 jaar: JA / NEEN
- Opname omwille van een val: JA / NEEN
- Patiënt is afgelopen 6 maanden gevallen: JA / NEEN
- Inschatting gezondheidswerker ' Risico op vallen': JA/ NEEN

Evaluatie bijkomende valrisicofactoren

- Risicogedrag: JA / NEEN
 - Klachten van draaiduizeligheid : JA / NEEN Orthostatische hypotensie: JA / NEEN
 - Valangst: JA/ NEEN
 - Omgevingsfactoren: JA / NEEN
 - Veilig gesloten schoeisel: JA / NEEN
 - Osteoporose: JA / NEEN
- Reeds therapie: NEEN / JA, dewelke:

Opsporen van malnutritie : NRS :

Gewicht: Länge: BMI:

Gewichtsverlies: NEEN / JA, hoeveel kg over hoeveel tijd ?

Anorexie: JA / NEEN Nausea: JA / NEEN

Diëtiste: JA / NEEN Bijvoeding: JA / NEEN

Stoelgangspatroon:

Opsporen van cognitieve stoornissen

Scholing :

Beroepsanamnese:

Bestaande geheugenproblemen:

Familiale belasting:

MMSE:		/ 30	recall	/ 3
Oriëntatie in tijd				
-Welk jaar zijn we?		/		
1				
-Welk seizoen?		/		
1				
-Welke maand?		/ 1		
-Welke dag van de maand?		/ 1		
-Welke dag van de week?		/ 1		
Oriëntatie in ruimte				
-In welk ziekenhuis zijn we?		/ 1		
-In welke stad zijn we?		/ 1		
-In welke provincie zijn we?		/ 1		
-In welk land zijn we?		/ 1		
-Op welke verdieping ligt uw kamer?		/ 1		
Registratie (3 woorden test)				
-Citroen / Sleutel / Bal		/ 3		
Aandacht en rekenen (hoogste score telt)				
Aftellen vanaf 100 met telkens 7	93 / 86 / 79 / 72 / 65			
Omgekeerd spellen	MARKT	WORST		/ 5
Herroeping (3 woorden test)				
-Eén punt per herinnert woord				/ 3
Taal				
-Naam voorwerp (potlood)				/ 1
-Naam voorwerp (uurwerk)				/ 1
-Zin nazeggen: GEEN ALS EN OF MAAR				/ 1
-Opdracht: (één punt per juist uitgevoerd element)				
Neem blad met de rechter hand				
Plooi het in twee				
Leg het op vensterbank, nachtkastje				/ 3
-Sluit uw ogen				/ 1
-Correct zin schrijven				/ 1
Constructie				
Natekenen tekening				/ 1
Kloctest:				
		/ 5		

Opsporen van depressie

Daginvulling / Hobby's :

Gemoedsstemming :

Inname anti- depressiva: JA / NEEN

Psychologische ondersteuning: JA / NEEN

Nachtrust: inslaap / doorslaapproblemen:

nycturie: NEEN / JA, hoeveel keer:

Mini GDS (vraag 1,3,6,7) / 4	indien positief	GDS (alle vragen) /15
1 Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?		ja / NEE
2 Hebt u veel van uw activiteiten en interesses laten vallen?		JA / nee
3 Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?		JA / nee
4 Verveelt u zich dikwijls?		JA / nee
5 Bent u meestal goed gezind?		ja / NEE
6 Bent u bang dat er u iets ' ergs' zal overkomen?		JA / nee
7 Voelt u zich meestal gelukkig?		Ja / NEE
8 Voelt u zich dikwijls hulpeloos?		JA / nee
9 Blijft u liever thuis, in plaats van weg te gaan of nieuwe dingen te doen?		JA / nee
10 Hebt u het gevoel dat u meer moeilijkheden ondervindt met uw geheugen dan de meeste andere mensen van uw leeftijd?		JA / nee
11 Bent u blij nu te leven?		Ja / NEE
12 Voelt u zich waardeloos zoals u nu bent?		JA / nee
13 Voelt u zich vol levensenergie?		Ja / NEE
14 Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?		JA / nee
15 Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?		JA / nee

Pijn :

Wonden:

Bespreking, besluit en advies:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Goede zorg laat niemand achter

Pluridisciplinair geriatisch handboek Zorgprogramma Geriatrie

Dr. Buyck Griet (medische coördinator)

Mevr. Vandenberghe Tine (zorgcoördinator)

**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
Brugge**