**Koninklijk besluit tot vaststelling van de normen voor het zorgprogramma voor ouderen.**

**Gedeelte Ziekenhuis**

1. **Algemene bepalingen**
2.

Om te worden erkend moet het programma voor ouderenzorg - gedeelte ziekenhuis voldoen aan de in dit besluit vastgestelde normen.

Het gedeelte ziekenhuis van het zorgprogramma voor ouderen wordt in dit koninklijk besluit "zorgprogramma voor ouderen" genoemd.

§ 1. Elk algemeen ziekenhuis moet een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt hebben.

§ 1. Elke ziekenhuislocatie die patiënten van 75 jaar of ouder kan ontvangen, moet een functioneel samenwerkingsakkoord hebben met een algemeen ziekenhuis van hetzelfde netwerk dat over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt beschikt.

1. **Doelgroep en doel.**

Het ouderenzorgprogramma is gericht op patiënten met een risico op biopsychosociale kwetsbaarheid. Het omvat preventie, opsporing en behandeling van ziekten, geriatrische syndromen en kwetsbaarheid.

De gemiddelde leeftijd van patiënten die zijn opgenomen op een geriatrische opnameafdeling (zoals gedefinieerd in de Hoofdstuk V) moet 80 jaar of ouder zijn.

Patiënten jonger dan 70 jaar behoren niet tot de doelgroep van het ouderenzorgprogramma.

Elke patiënt van 75 jaar of ouder die in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt door een lid van het team waar de patiënt verblijft (inclusief de spoedafdeling) gescreend aan de hand van een wetenschappelijk gevalideerd instrument (zoals gedefinieerd door het in hoofdstuk XXX genoemde College voor Geriatrie) om na te gaan of hij of zij behoort tot de doelgroep van patiënten in het zorgprogramma voor ouderen die een geriatrische interventie rechtvaardigen.

Als de screening positief is, moet het zorgteam op de afdeling waar de patiënt verblijft informatie verzamelen over co-morbiditeiten en medicatie, mobiliteit, mentale toestand, voeding en sociale context. Zij moeten beslissen of het nuttig is het geriatrisch verbindingscentrum te bellen en het resultaat daarvan in het dossier van de patiënt opnemen.

*Om elke gehospitaliseerde patiënt zo goed mogelijk te kunnen verwijzen, is een eerste screening bij de ingang van het ziekenhuis wenselijk (voor een dringende opname via de spoeddienst, voor een geplande opname idealiter via de eerstelijnsactoren of een poliklinische raadpleging bij een gespecialiseerde arts).*

Wanneer het zorgteam op de afdeling waar de patiënt verblijft een verzoek tot tussenkomst van de geriatrische intramurale liaison schrijft, specificeren zij de reden van de oproep. Het geriatrisch verbindingsteam beoordeelt de patiënt verder en doet aanbevelingen voor het dossier van de patiënt.

Bij de kwijting worden de resultaten opgenomen in het kwijtingsverslag.

1. **Aard en inhoud**

Het zorgprogramma maakt deel uit van het zorgcontinuüm en integreert alle bestaande zorgtrajecten van de patiënt en moet worden gecoördineerd met andere primaire en secundaire zorgverleners.

De doelstellingen van het zorgprogramma omvatten

* Preventie van het begin van kwetsbaarheid,
* Screening op broosheid en geriatrische syndromen, meestal op verzoek van een 1ère lijn of ziekenhuisacteur.
* De zorg voor kwetsbare patiënten of patiënten met geriatrische syndromen.

Deze doelstellingen moeten het behoud en/of het optimale herstel van functionele prestaties en een betere autonomie en levenskwaliteit van de oudere mogelijk maken.

Gestandaardiseerde en gepersonaliseerde geriatrische beoordeling is een van de voorkeursinstrumenten tijdens klinische en poliklinische zorg.

Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de participatie en mondigheid van de patiënt en zijn familie. In dit verband is een participatieve omgeving en de actieve betrokkenheid van mantelzorgers bij de door de dienst verleende zorg vereist.

Op het niveau van de ziekenhuisorganisatie behoren tot de taken van het multidisciplinaire geriatrische team van het zorgprogramma

1° bijdragen tot de cultuur van continuïteit van ouderenzorg

2° acties voorstellen en uitvoeren met betrekking tot het beleid van het ziekenhuis inzake continuïteit van ouderenzorg

3° deelnemen aan de permanente opleiding van het personeel in de beginselen van continuïteit van zorg

4° het ontwikkelen van synergieën van multidisciplinaire samenwerking in alle eenheden van het ziekenhuis en daarbuiten, die transversale en transmurale zorg mogelijk maken

6° samenwerkingsverbanden ontwikkelen met geïntegreerde thuiszorgdiensten en met thuiszorgstructuren

(7) samenwerkingsnetwerken met andere instellingen voor ouderenzorg op te zetten.

(8) de aanbevelingen van het college voor ouderengeneeskunde (vermeld in hoofdstuk XXX) toe te passen

1. **Deskundigheid en personeelsbehoeften**

Het zorgprogramma moet beschikken over een uitgebreid multidisciplinair geriatrisch team.

Dit team bestaat uit ten minste de volgende kwalificaties:

* Specialist in Geriatrie,
* Een verpleegkundige met de specifieke beroepstitel van in de ouderengeneeskunde gespecialiseerde verpleegkundige of met de specifieke beroepskwalificatie van verpleegkundige met specifieke deskundigheid op het gebied van de ouderengeneeskunde,
* Maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige,
* Fysiotherapeut,
* Ergotherapeut,
* Logopedisch,
* Diëtist,
* Master in de psychologie,
* Verzorger,
* Klinisch apotheker,
* Logistieke steun
* Secretaris.

§ De coördinatie en organisatie van het zorgprogramma valt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts van het zorgprogramma voor ouderen en een niet-artscoördinator van het zorgprogramma voor ouderen.

§ De hoofdarts van het ouderenzorgprogramma is een arts gespecialiseerd in geriatrie. Hij organiseert de medische aspecten van het ouderenzorgprogramma. Hij besteedt ten minste een halve voltijdse arbeidstijd aan de coördinatie van de activiteiten van het ouderenzorgprogramma en aan de permanente opleiding van het personeel.

§ 1. De niet-artscoördinator van het zorgprogramma voor ouderen moet een masterdiploma gerontologie en geriatrie hebben en deskundig zijn op deze gebieden. Hij organiseert het zorgaspect van het zorgprogramma. Hij/zij wijdt ten minste een halve voltijdequivalent aan de coördinatie van de activiteiten van het zorgprogramma.

§ De hoofdarts van het zorgprogramma en de niet-artscoördinator van het zorgprogramma voor ouderen organiseren gezamenlijk alle paramedische activiteiten van het zorgprogramma voor ouderen.

In overleg met het multidisciplinaire team en op basis van de aanbevelingen van het in hoofdstuk XXXX genoemde College of Geriatric Medicine zorgen zij ervoor dat :

* Het opstellen en bijwerken van de "Praktische gids voor het zorgprogramma voor ouderen in (naam van het ziekenhuis)" gedefinieerd in artikel XXX.
* Opstellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid,
* De registratie van geriatrische gegevens,
* Continuïteit van de zorg, met inbegrip van de overdracht van patiëntengegevens,
* De praktische organisatie van het multidisciplinair overleg en de notulen van het overleg.

§ 5 De hoofdarts van het programma voor ouderenzorg en de niet-artscoördinator van het programma voor ouderenzorg zijn elk ten minste halftijds in dienst om hun coördinerende werkzaamheden te verrichten voor ten hoogste 96 conventionele ziekenhuisbedden, 1500 bezoeken aan het daghospitaal en 2000 verbindingsconsulten.

Deze tijden moeten worden verhoogd met 1/10ème tijd voor elke extra 48 bedden of 1500 daghospitaalbezoeken of 2000 extra verbindingsmeldingen.

1. **Geriatrische afdeling**

Het minimumaantal bedden voor een programma voor geriatrische patiëntenzorg bedraagt 48 bedden. Een standaard geriatrische eenheid heeft 24 bedden en idealiter worden 2 eenheden gekoppeld om het gebruik van eventuele gemeenschappelijke ruimten te optimaliseren.

Een acute geriatrische afdeling bevindt zich op een locatie waar ook een afdeling spoedeisende hulp en intensive care bedden zijn. Hier moet een breed scala aan medische en klinische vaardigheden aanwezig zijn met ten minste beeldvorming (röntgen, echografie, CT-scan, MRI) en endoscopie. Laboratoriumtests moeten op korte termijn beschikbaar zijn. Sommige minder dringende medische vaardigheden kunnen worden georganiseerd in coördinatie met het gehele netwerk waartoe het ziekenhuis en de specifieke locatie behoren.

De organisatie en de werking van het secundair en interhospitaal vervoer moeten duidelijk worden omschreven.

Flexibiliteit in het aantal bedden op een geriatrische afdeling kan worden overwogen om rekening te houden met seizoensgebonden schommelingen.

Er wordt wekelijks een multidisciplinaire vergadering gehouden om het beheer en het gepersonaliseerde zorgplan voor elke patiënt te bespreken. Voor elke patiënt wordt een zorgplan opgesteld op basis van zijn behoeften en wensen. De acties van de verschillende teamleden worden zo nodig tijdens deze vergadering gespecificeerd. De behandelend arts wordt op de hoogte gebracht van de multidisciplinaire vergadering en is een permanente gast.

1. **Geriatrisch dagziekenhuis**

§Het geriatrisch dagziekenhuis moet gevestigd zijn op een ziekenhuislocatie waar ook een acute geriatrische opnameafdeling is.

§Het geriatrisch dagziekenhuis moet verbonden zijn met alle in het ziekenhuis beschikbare diensten om meerdere consulten en technische onderzoeken op dezelfde dag mogelijk te maken.

Het dagziekenhuis zorgt voor de patiënten die in hoofdstuk II zijn gedefinieerd als de doelgroep van het programma voor geriatrische zorg.

De interventies in het daghospitaal kunnen van het type ontwikkeling, follow-up, specifieke revalidatie of bijzondere behandelingen in een aangepaste omgeving zijn.

Speciale aandacht gaat uit naar het beschikbaar stellen van de uitgebreide geriatrische beoordeling voor gedragsproblemen en/of dementie, voor reflecties over zorgintensiteit en gepersonaliseerde zorgplannen en voor andere specialisten zoals oncologie, cardiologie, nierfalen, diabetes, orthopedie (niet-limitatieve lijst).

Pre-operatieve beoordelingen moeten helpen de beste behandelingskeuzes te maken en de patiënten beter voor te bereiden.

De aandacht voor verschillende aandoeningen omvat geriatrische syndromen zoals vallen, cognitieve stoornissen, ondervoeding (niet-limitatieve lijst).

Revalidatie in geriatrische dagziekenhuizen wordt uitgevoerd voor functionele stoornissen (bv. gang- en/of evenwichtsstoornissen, postoperatieve ingrepen, hart- en longaandoeningen, dysfagie, cognitieve stoornissen, (niet-limitatieve lijst)) en wordt uitgevoerd voor patiënten met onderliggende kwetsbaarheden die revalidatie in niet-geriatrische programma's onmogelijk maken.

Therapeutische ingrepen worden uitgevoerd in het kader van het beheer van de bejaardenpatiënten van het programma, met name die met een kwetsbaarheidssyndroom.

De beoordeling kan ook gericht zijn op primaire preventie bij pre-fragiele patiënten, bij voorkeur verwezen door de behandelend arts of een gespecialiseerde arts.

1.

Patiënten worden naar de dagkliniek verwezen door een huisarts of specialist.

Multidisciplinaire functionele revalidatie in een geriatrisch daghospitaal door het multidisciplinaire geriatrische team voldoet aan de volgende voorwaarden:

1° Het is gebaseerd op een voorafgaande multidisciplinaire geriatrische evaluatie met behulp van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten die aantonen dat er behoefte is aan functionele revalidatie.

2° Voorafgaand aan de multidisciplinaire functionele revalidatie wordt een individueel functioneel revalidatieplan opgesteld dat in het dossier van de patiënt wordt opgenomen.

3° De functionele revalidatie wordt uitgevoerd door minstens 2 zorgverleners per geriatrische patiënt, die elk een andere kwalificatie vertegenwoordigen binnen het geriatrische multidisciplinaire team.

4° Er wordt wekelijks een multidisciplinaire vergadering georganiseerd om de vooruitgang van de patiënt te evalueren en eventueel het individuele functionele revalidatieplan aan te passen.

5° Na de functionele revalidatie wordt een verslag opgesteld waarin de vorderingen van de patiënt worden beschreven en een vervolgplan voor verdere verzorging thuis wordt opgenomen. Deze documenten worden opgenomen in het dossier van de patiënt en toegezonden aan de behandelend huisarts en, in voorkomend geval, aan de specialist die de patiënt heeft doorverwezen en aan andere door de patiënt aangewezen zorgverleners. De patiënt wordt op de hoogte gebracht van deze informatieoverdracht.

6° Multidisciplinaire geriatrische functionele revalidatie in een daghospitaal is beperkt tot maximaal 40 zittingen over een periode van 12 weken. Geriatrische functionele revalidatie kan maar één keer per jaar plaatsvinden.

1. **Geriatrische consultatie en teleconsultatie**

§Het overleg vindt plaats in een voor de doelgroep geschikte omgeving.

§2 Er moet een diversificatie van middelen en doelstellingen worden gebruikt om de patiënten in de doelgroep zo goed mogelijk te helpen.

§De raadpleging kan plaatsvinden in het geriatrisch daghospitaal.

§In samenwerking met eerstelijnsactoren kunnen verschillende soorten raadpleging op afstand worden georganiseerd, waaronder

Teleconsultatie van een geriater met een patiënt en/of een mantelzorger.

Teleconsultatie van een geriater met een patiënt onder begeleiding van een beroepsbeoefenaar en/of een mantelzorger.

Teleconsultatie van een geriater met een patiënt en zijn of haar huisarts/specialist.

Telecoördinatie van een geriater met de huisarts van de patiënt om de juiste behandeling te bepalen.

§ Een geriater of leden van het multidisciplinaire geriatrische team kunnen op verzoek van de eerstelijnswerkers het huis of een alternatieve locatie (bv. een verpleeghuis) bezoeken.

1. **Interne geriatrische liaison**

De interne geriatrische liaison stelt geriatrische principes en multidisciplinaire geriatrische expertise beschikbaar aan de behandelend specialist en teams voor geriatrische patiënten die in het hele ziekenhuis zijn opgenomen en niet op de geriatrische afdeling of in een geriatrisch daghospitaal zijn opgenomen. Ook teams en patiënten die op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis worden opgenomen, kunnen hiervan profiteren.

De interne geriatrische liaison wordt verzorgd door een multidisciplinair geriatrisch team dat onder meer bestaat uit verpleegkundigen met geriatrische deskundigheid en de overige in artikel XXX genoemde kwalificaties.

Deze verbinding is zodanig georganiseerd dat geriatrische patiënten die op de Spoedeisende Hulp en op andere afdelingen dan de afdeling Geriatrie van het ziekenhuis verblijven, een beroep kunnen doen op elk van de kwalificaties van dit team. Dit team komt ter ondersteuning en op afroep van het team van een van deze diensten.

Alle niet-geriatrische afdelingen en programma's (behalve pediatrie en kraamzorg) moeten ten minste 2 geriatrische referentieverpleegkundigen hebben om de toepassing van de beginselen van geriatrische zorg op hun afdeling te stimuleren. Zij moeten hun deskundigheid op peil houden door permanente educatie in de geriatrie. Zij dragen bij tot de uitvoering van de noodzakelijke geriatrische screening en beoordeling voor alle patiënten van 75 jaar en ouder. Zij mogen deelnemen aan de opstelling van het plan voor geriatrische zorg.

Het multidisciplinaire geriatrische interne liaison team is verantwoordelijk voor :

1. Het verzoek van de verzoekende dienst zo nodig verduidelijken,
2. Voer zo nodig een aanvullende, op de context afgestemde geriatrische beoordeling uit,
3. Samenwerken met het zorgteam en de behandelend specialist aan de geriatrische aspecten van de zorg.
4. **Geriatrische hulpverlening**

De ambulante liaison is een transversale en transversale opdracht van het programma voor geriatrische patiëntenzorg, die wordt uitgevoerd door de teams van de Geriatrische Dienst, het Geriatrisch Daghospitaal, de Intramurale Liaison en het Geriatrisch Consult.

Het doel van de poliklinische liaison is om geriatrische principes en multidisciplinaire geriatrische expertise beschikbaar te maken voor de huisarts, de coördinerend arts van verpleeghuizen en zorgverleners van patiënten ouder dan 75 jaar buiten het ziekenhuis. Het beoogt de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te voorkomen en synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen met patiënten, hun familie, natuurlijke en professionele verzorgers, alle zorgverleners en psycho-medisch-sociale belanghebbenden.

Poliklinische contacten moeten worden geïntegreerd in netwerken voor ziekenhuiszorg en alle lokale en regionale zorgnetwerken en -organisaties (waaronder geïntegreerde thuiszorgdiensten, huisartsenkringen, rust- en verzorgingstehuizen, dagcentra).

*Outreach neemt deel aan en werkt mee aan systematische screening op frailty en geriatrische syndromen voor de ouder wordende bevolking. Hij kan als tweede lijn deelnemen aan preventief advies op verschillende gebieden (voeding, mobiliteit, vaccinatie, herziening van behandelingen, (niet-limitatieve lijst).*

Een lid van het multidisciplinaire geriatrische team moet tegenover de eerstelijnswerkers en andere instellingen duidelijk worden aangewezen als de externe geriatrische referentiepersoon.

1. ***Geriatrische MS (te bespreken met fysiotherapeuten en psychogeriaters)***

*1.* ***Indicaties voor revalidatie :***

* + *Neurologisch en hersenletsel: beroerte, hersenbloeding, ruggenmergletsel*
	+ *Bot- en gewrichtsletsels: amputaties, ernstig trauma, dijbeenhals- en andere ernstige fracturen, knie- en heupprothesen, ernstige gewrichtsproblemen (ernstige artrose, reumatoïde artritis, vasculitis).*
	+ *Perifeer vaatletsel (arteritis), hartletsel (infarct, hartklepoperatie, bypassoperatie)*
	+ *Ernstige deconditionering (post-infectieuze, infectieuze, chirurgische aandoeningen), ernstige reversibele sarcopenie*
	+ *Brandwonden en complexe wonden*
	+ *Andere complexe revalidatie bij een geriatrische patiënt*

*2.* ***Indicaties voor "stabilisatie" van*** *aandoeningen waarvoor geen acute zorg meer nodig is.*

***3. Psychogeriatrische indicaties***

***Therapie :***

* + *De patiënt neemt deel aan een zo intensief mogelijke therapie (bij revalidatie: minstens 60 min/dag intensieve multidisciplinaire therapie, 6 dagen/week).*
	+ *Empowerment van de patiënt mogelijk*
	+ *Bij ontslag wordt de patiënt bij voorkeur verwezen naar het tehuis, dat is aangepast aan de herstelde vermogens van de patiënt om de continuïteit van de zorg met het tehuis te waarborgen. Als de capaciteiten van de patiënt onvoldoende zijn, wordt hij doorverwezen naar een instelling voor langdurig verblijf.*

***Betekent:***

* + *24-uurs verpleging*
	+ *Medische zorg :*
		- *Dagelijkse rondleiding door de zaal*
		- *24-uurs telefonische hotline*
		- *Beschikbaarheid van specialistische zorg*
	+ *Multidisciplinair geriatrisch team*
1. **Personeelsnormen**
2. **Intramurale eenheid (per 24 bedden)**
* Een hoofdverpleegster
* Verpleegkundigen (berekening van wat er nodig is voor 7 verpleegsterspauzes en 5,5 verpleegsterspauzes op een dag),
* Fysiotherapeut (berekend op 1,5 personeelslid/d tijdens de week en 0,5 op vrijdag en in het weekend),
* Ergo (idem),
* Psy (8 halve dagen per week),
* Maatschappelijk werker (8 halve dagen per week),
* Diëtist (12 uur per week),
* Logo (2 uur per dag inclusief het weekend),
* Logistieke ondersteuning (één fulltime persoon die elke dag aanwezig is),
* Mondhygiënist (0,2 voltijds equivalent)
* Klinisch apotheker 0,5 FTE
* Geriater 3 voltijdse equivalenten voor 48 bedden (exclusief de coördinerende arts).
1. **Interne geriatrische liaison**

Het multidisciplinaire geriatrische verbindingsteam bestaat uit mensen met de kwalificaties van het geriatrische kernteam. De exacte verhouding tussen deze verschillende beroepen wordt bepaald door de geriater die verantwoordelijk is voor het programma voor geriatrische patiëntenzorg en de niet-artscoördinator die verantwoordelijk is voor het programma voor geriatrische patiëntenzorg.

Het aantal voltijdsequivalenten in het team hangt af van het aantal opnames van patiënten ouder dan 75 jaar in niet-geriatrische diensten. Er is een minimum van 3 voltijdsequivalenten plus 0,25 voltijdsequivalenten voor elke extra 500 opnames boven de 1000 opnames (geriaters niet inbegrepen).

1. **Geriatrisch dagziekenhuis**

Alle beroepen van het multidisciplinaire team van het programma voor geriatrische zorg moeten in het geriatrisch daghospitaal kunnen werken.

De financiering moet voorzien in 6 voltijdse equivalenten voor een geriatrisch dagziekenhuis dat 6 patiënten per dag zou opnemen (1500 opnames per jaar).

De toewijzing van paramedici kan variëren naar gelang van de behoeften van elk geriatrisch dagziekenhuis.

Dagelijkse aanwezigheid van een geriater voor een daghospitaal met ten minste 6 plaatsen.

1. **Geriatrisch.**

*Opnemen (en aanpassen?) van de normen voor locomotorische SP psychogeriatrie + mogelijke toegang tot alle beschreven beroepen voor ziekenhuisopname in de geriatrie*

*Zie quid fysiotherapeut, geriater, psychogeriater, ...*

1. **Geriatrische ambulante liaison.**

Een lid van het multidisciplinaire geriatrische team moet ten minste de helft van een voltijds equivalent aan geriatrische outreach-activiteiten besteden.

1. **Architectonische normen**

De gehele geriatrische afdeling moet worden ingericht voor mensen met beperkte mobiliteit. De gangen moeten voorzien zijn van leuningen.

1. Intramurale eenheid

De lokalen en hun toegankelijkheid moeten worden aangepast voor personen met beperkte mobiliteit.

Naast de standaardkamers en -voorzieningen van een opnameafdeling moet elke afdeling beschikken over

* Een oefenruimte voor de fysio,
* Voldoende ruimte voor de activiteit van elk lid van het multidisciplinaire team, waarbij sommige ruimten een gemengd gebruik hebben,
* Een leefruimte voor patiënten waarbij een deel van de ruimte kan worden gebruikt als eetkamer en/of lounge,
* Een spreekkamer voor gesprekken met de patiënt en/of familieleden,
* Elke kamer moet voorzien zijn van een badkamer met deurbel, toilet, douche en wastafel,
* Idealiter zou een bad met variabele hoogte beschikbaar moeten zijn voor patiënten in bepaalde situaties (maar niet noodzakelijk voor elke afdeling),
* Passende bewegwijzering moet duidelijk zichtbaar zijn zodat patiënten en familie gemakkelijk hun weg kunnen vinden op de afdeling.
1. Geriatrisch dagziekenhuis

Het geriatrisch daghospitaal moet omvatten :

* een onderzoekskamer,
* 4 kantoren voor ergo, psycho, verpleegster en een multifunctionele,
* een fysiotherapieruimte,
* een secretariaat,
* een behandelkamer (apparatuur voor het nemen van monsters, verband, enz.)
* een wachtkamer om patiënten te ontvangen, maar ook hun familie die aanwezig moet kunnen blijven tijdens het verblijf van de patiënt in het daghospitaal.
* ten minste één kamer die plaats biedt aan meerdere patiënten of meerdere eenpersoonskamers.
1. Interne geriatrische liaison

Het multidisciplinaire geriatrische interne verbindingsteam moet beschikken over :

* werkruimte om aantekeningen te maken en multidisciplinaire vergaderingen te houden
* ruimten voor bijeenkomsten met patiënten (indien de omstandigheden van de ziekenhuisafdelingen dit niet toelaten met de nodige privacy)
1. Geriatrische Sp
2. **Zorgtrajecten van patiënten van 75 jaar en ouder binnen het ziekenhuis**
3. Gestandaardiseerd transversaal evaluatiesysteem

*§ Idealiter worden alle ouderen gescreend op broosheid en geriatrische syndromen en, indien nodig, beoordeeld in het kader van zorg en follow-up door de 1ère zorglijn.*

*Deze screenings en beoordelingen zouden idealiter moeten worden opgenomen in het elektronisch dossier van de patiënt en moeten kunnen worden doorgegeven aan de verschillende zorginstellingen, zorgplaatsen en zorgsystemen, medische dossiers van de behandelende artsen, dossiers van bewoners in verpleeghuizen, dossiers van thuiszorgdiensten en ook ziekenhuisdossiers.*

§ Voor alle opnames op spoedafdelingen of ziekenhuisafdelingen, met inbegrip van geriatrische dagziekenhuizen, is een screening met een wetenschappelijk gevalideerd instrument vereist om na te gaan of de patiënt van 75 jaar of ouder een specifieke interventie in het zorgprogramma voor ouderen rechtvaardigt.

§ 1. Het medisch en verzorgend team waar de patiënt is ondergebracht moet beslissen of het zinvol is het geriatrisch verbindingsteam te bellen en het resultaat van deze reflectie vastleggen in het dossier van de patiënt (zoals beschreven in artikel 5). Deze reflectie is gebaseerd op een minimale beoordeling van medische, functionele, mentale en sociale aspecten. Met het oog op een optimale doorverwijzing is een eerste screening voor de deur van het ziekenhuis wenselijk. Gegevens van screening en beoordeling in 1ère lijn worden idealiter doorgegeven aan het ziekenhuis.

§ Het medisch en verzorgend team waar de patiënt verblijft kan een verzoek tot tussenkomst van het geriatrisch liaison team schrijven. De reden voor de oproep moet worden vermeld. Het interne verbindingsteam maakt een aanvullende beoordeling van de patiënt en doet aanbevelingen die in het dossier van de patiënt worden opgenomen.

Als de patiënt geen geriatrische patiënt is, worden de resultaten van de verbindingsrapporten voor geriatrische patiënten in het ontslagrapport opgenomen.

Als de patiënt is opgenomen in een geriatrisch ziekenhuis, bevat het ontslagrapport de resultaten van de beoordelingen en adviezen van het multidisciplinaire team.

1. **"Revalidatie follow-up en revalidatie (te herzien met de eerste lijn)**

§1 Revalidatie en revalidatie vormen een integrerend deel van de geriatrische zorg zodra dat nodig is en vereisen een passende sequentie, normen en infrastructuur.

§2 **Stadium van revalidatie voor oudere/geriatrische patiënten en opnamecriteria**

1. Revalidatie in de acute fase van geriatrische ziekenhuisopname:
* Revalidatie (of preventie van functionele achteruitgang) begint zo snel als medisch mogelijk is voor elke gehospitaliseerde patiënt.
* De patiënt neemt deel aan activiteiten om functionele vaardigheden te behouden/verbeteren
* Afhankelijk van het probleem, de revalidatiemogelijkheden en de bedenkingen van de patiënt, zal het zorgteam een overplaatsing naar de meest geschikte faciliteit in het ontslagplan opnemen.
1. Sp geriatrische :

Deze dienst kan worden gebruikt voor geriatrische revalidaties die worden bemoeilijkt door kwetsbaarheid en/of afhankelijkheid.

1. Poliklinische revalidatie voor de geriatrische patiënt

*De meeste revalidaties vinden plaats in de eerste lijn van de thuis- en/of residentiële zorg.*

*Sommige aandoeningen vereisen gespecialiseerde revalidatiediensten.*

*Specifieke revalidaties kunnen worden uitgevoerd in het geriatrisch daghospitaal.*

1. ***Alomvattende screening en zorgpaden voor de vergrijzende bevolking (hoofdstuk moet met de eerste lijn worden herzien)***
2. *Organisatie van systematische screening (algemeen publiek) op kwetsbaarheid en afhankelijkheid.*

*§1. 1ère stap is het gebruik van gevalideerde zelfbeoordelingsinstrumenten, vergelijkbaar met die welke door de WHO worden gepromoot.*

*De verschillende zorgverleners die in 1ère lijn werken, zorgen ervoor dat mensen die dat niet hebben gedaan, worden gescreend met zelfbeoordelingsinstrumenten.*

*§Als de screening negatief is, wordt preventief advies gegeven aan de persoon die wordt uitgenodigd om na 6 maanden terug te komen voor een systematische beoordeling.*

*§In geval van positieve elementen in de screeninginstrumenten wordt de huisarts op de hoogte gebracht.*

*§Een "preventief gezondheidscentrum voor ouderen" interpreteert positieve elementen, een eerste triage en eventuele adviezen worden gegenereerd.*

*Om deze beoordelingen en interventies uit te voeren, bestaat het centrum uit een team van 1ère lijnwerkers in nauwe samenwerking met het lokale geriatrische netwerk (externe geriatrische liaison).*

1. ***Preventie +" zorgpad.*** ***(Naam te herzien, hoofdstuk te herzien met de eerste regel)***

*§1 Mensen bij wie een of meer criteria voor kwetsbaarheid worden vastgesteld, komen terecht in een zorgtraject dat "Preventie +" wordt genoemd.*

*§Patiënten worden opgenomen in dit zorgpad als gevolg van screening in 1ère lijn of als gevolg van interventie door het team van een van de onderdelen van het zorgprogramma voor geriatrische patiënten,*

*§Patiënten in deze categorie moeten een huisarts hebben en een uitgebreid medisch dossier.*

*§Zij krijgen een voorkeursvergoeding voor zorg in verband met preventie en de gevolgen van hun kwetsbaarheid.*

*§5* *. Er is een jaarlijkse telecoördinatie gepland tussen het door de huisarts gecoördineerde eerstelijnsteam en het door de geriater gecoördineerde zorgprogrammateam.*

1. ***Zorgpad "Geriatrische afhankelijkheid" (Naam te herzien, hoofdstuk te herzien met de eerste regel)***

*§1 Patiënten die zeer zwak en/of afhankelijk zijn geworden, komen in het zorgpad "geriatrische afhankelijkheid" terecht.*

*§Patiënten worden opgenomen in dit zorgpad als gevolg van screening in 1ère lijn of als gevolg van de interventie van het geriatrische zorgteam,*

*§Patiënten in deze categorie moeten een huisarts hebben en een uitgebreid medisch dossier.*

*§Zij krijgen een preferentiële vergoeding voor zorg in verband met hun kwetsbaarheid/afhankelijkheid.*

*§Er is een tweejaarlijkse telecoördinatie gepland tussen het primaire zorgteam, gecoördineerd door de behandelend arts, en het zorgprogrammateam, gecoördineerd door de geriater. In het geriatrisch dagziekenhuis wordt jaarlijks een geïndividualiseerde gestandaardiseerde geriatrische evaluatie gepland, tenzij de huisarts dit niet nodig acht.*

1. **"Een praktische gids voor het programma Ouderenzorg in (naam ziekenhuis)".**

Deze gids bevat de praktische details:

* uitvoering van het zorgprogramma binnen het ziekenhuis
* interacties met eerstelijnsactoren en instellingen
* relaties met patiënten
* het kwaliteitsbeleid en de controle daarop
* de verspreiding van protocollen en richtsnoeren

De inhoud van deze gids is gespecificeerd door het College of Geriatric Medicine.

De "Praktische gids voor het zorgprogramma voor ouderen in (naam van het ziekenhuis)" is beschikbaar voor alle medewerkers van het zorgprogramma. Het kan in het ziekenhuis worden geraadpleegd door alle zorgverleners van het ziekenhuis en door andere zorgverleners die door samenwerking bij het zorgprogramma betrokken zijn, alsmede door de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Deze gids wordt regelmatig bijgewerkt.

1. **College voor Geriatrische Geneeskunde**

Het College of Geriatric Medicine geeft algemene aanbevelingen over praktische aspecten van het zorgprogramma voor ouderen en maakt het mogelijk algemene gedachten uit te wisselen. Het bewaakt de kwaliteit van de zorg.

Het College voor Geriatrie heeft de volgende taken

* ondersteuning van ziekenhuizen bij de ontwikkeling en aanpassing van een "Praktische gids voor de ouderenzorg in (naam van het ziekenhuis)
* de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren
* de ontwikkeling van evaluatiecriteria voor het toezicht op de doelstellingen inzake kwaliteit, zorg en continuïteit van dit koninklijk besluit.
* het opstellen van aanbevelingen voor screening en het verzamelen van basisgegevens in niet-geriatrische diensten

Het College voor Geriatrie bestaat uit .... *(vergelijkbaar met de samenstelling van het bestuur van de SBGG).*

1. **Computer systeem**

Het verzamelen en doorgeven van patiëntengegevens vereist een actueel, transmuraal, gedeeld multidisciplinair IT-systeem.

Screeningen, beoordelingen, diagnoses en behandelingen zouden idealiter in het elektronisch patiëntendossier moeten worden opgenomen en door verschillende zorginstellingen, zorgplaatsen en -systemen, medische dossiers van verwijzende artsen, dossiers van bewoners in verpleeghuizen, dossiers van thuiszorgdiensten en ook ziekenhuisdossiers moeten kunnen worden doorgegeven.

1. ***Financiering (te behandelen in een afzonderlijke tekst)***

*Kijk wat in het zorgprogramma wordt gefinancierd, wat andere financiering heeft (diëtist, AS, ...), wat moet worden veranderd (fysiotherapeut?).*

*Hoe zit het met aanvullende academische financiering?*