

Eerstelijnspartners  
aan het woord

# Ouderenzorg in dialoog

Zorprojecten voor  
ouderen in onze regio

Vroegtijdige zorgplanning,  
levenseindezorg op maat

V.U. : dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen



**HARTSLAG**

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2015

**rz** **tienen**

regionaal ziekenhuis  
heilig hart tienen vzw

# Inhoud



- 4 Ouderenzorg en de huisarts: werk aan de winkel?
- 6 Schotten tussen residentiële zorg en thuiszorg doorbreken
- 8 Medicatielijst onmisbaar bij transitie in de zorg
- 10 Wat kan de huisapotheker doen?
- 12 Netwerk voor zorgaanbieders
- 13 Zorgteamformulier bij ziekenhuisopname en -ontslag
- 14 Samenwerking in zorgvernieuwing
- 16 Thuisverpleegkundige als coach en brug
- 17 Vergrijzing vraagt geriatrische kinesitherapie
- 18 Nieuwe zorgvormen vragen netwerkmodel
- 20 Vaak het laatste vangnet voor kwetsbare ouderen
- 22 Beroerte tijdig herkennen: "Time is brain"
- 24 Geheugenkliniek voor diagnose en opvolging
- 25 Levensinzorg op maat



## Regionale samenwerking, een must voor de oudere zorgvrager

Dr. Luc Belmans, medisch directeur

Regionale samenwerking in de zorg, het is een thema dat door onze huidige federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, en door Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen bovenaan op de agenda gezet is. Het opzet is heel eenvoudig: door de verschillende zorgverleners meer met elkaar te laten samenwerken, zal enerzijds de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg voor de patiënt verder verbeteren en zal anderzijds de kost door bv. onnodige onderzoeken of te lange ziekenhuisverblijven dalen.

### Regionale zorgstrategie: heft zelf in handen nemen

De uitgangspunten voor de nieuwe ziekenhuishuisfinanciering liggen ondertussen vast, de contouren van de regionale zorgstrategie die de Vlaamse overheid voor ogen heeft, geraken stilaan getekend. Nemen we als zorgpartners echter niet zelf het heft in handen voor de gevraagde samenwerking in de regio, zullen anderen ons zeggen hoe we dit moeten doen.

Een reden voor RZ Heilig Hart Tienen om stapsgewijs en systematisch met vertegenwoordigers van onze zorgpartners uit de regio rond de tafel te gaan zitten. Heel wat zorgorganisaties zijn al op deze uitnodiging ingegaan, op zich al een sterk signaal. Een van de veeleer toevallige resultaten uit formeel en informeel overleg, is deze speciale editie van Harts slag over de ouderenzorg in de regio.

### Communicatie en dialoog

Niet enkel in onze streek, maar in gans Vlaanderen komt er een enorme uitdaging op ons af door de ster-

ke vergrijzing van onze samenleving en de extra, vaak complexe zorgvragen die daarmee samengaan. Willen we aan al deze zorgvragen blijvend en kwaliteitsvol tegemoet kunnen komen, dan zullen we ons nog efficiënter moeten organiseren en nog meer kosteneffectief moeten werken. RZ Heilig Hart Tienen wil dit proces samen met de zorgpartners faciliteren in onze regio. Communicatie en dialoog tussen de verschillende zorgverleners onderling en met de betrokken zorgvrager zullen hierin cruciaal zijn. Hoe kunnen gegevens bv. optimaal uitgewisseld en beschikbaar gesteld worden over zorgorganisaties heen?

### Partners aan het woord

In deze Harts slag laten we enkele partners aan het woord over samenwerking in de ouderenzorg. Wat zijn de uitdagingen van vandaag, hoe bereiden we die van morgen voor? Wat zijn bijzondere aandachtspunten bij transitie momenten in de zorg? Welke initiatieven zijn er al om tekortkomingen in de continuïteit van zorg te overstijgen? Deze editie heeft niet de pretentie het volledige zorglandschap van onze regio in kaart te brengen. Dit zou een onmogelijke opdracht zijn. Heel wat zorg gebeurt trouwens ook door mantelzorgers, mensen die in stilte zorg dragen voor anderen. Deze Harts slag heeft wel tot doel aan te geven dat er heel wat verschillende actoren betrokken zijn in het zorgproces van de oudere zorgvrager en dat elk van hen een specifiek deelgebied van het zorggebeuren voor zich neemt, elk vanuit zijn eigenheid en invalshoek.

Tot slot wil ik u en uw familie van harte een gezond en voorspoedig 2016 wensen.

### Hebt u vragen of opmerkingen?

Uw suggesties of vragen aan het ziekenhuis, en opmerkingen over een hospitalisatie of ander patiëntencontact, zijn welkom op het e-mailadres [huisarts@rztienen.be](mailto:huisarts@rztienen.be).



# Zorgnoden hanteren via geriatrisch assessment

## Ouderenzorg en de huisarts: werk aan de winkel?

Dr. Johan Wuyts, voorzitter Huisartsenkring Zuid-Oost Hageland (HAZOH)

Dr. Jeroen Van den Brandt, ondervoorzitter Huisartsenkring Zuid-Oost Hageland (HAZOH)

De vergrijzing van de bevolking gaat gepaard met een toenemende mate van afhankelijkheid en comorbiditeit. De ouderenzorg neemt hierdoor een groeiende hap uit het gezondheidszorgbudget. Om de zorg kwaliteitsvol en toch betaalbaar te houden, is een gestructureerde aanpak nodig. In België levert de eerste lijn het grootste deel van de zorg aan ouderen. Elke 75-plusser heeft jaarlijks gemiddeld elf contacten met de huisarts. Deze veelheid van contacten in combinatie met de unieke arts-patiëntrelatie plaatst de huisarts in een ideale positie om de ouderenzorg aan te bieden of te regisseren.



Onbeantwoorde zorgnoden zijn problemen die vaak bij routineonderzoek over het hoofd worden gezien, omdat de arts er niet altijd aandacht voor heeft of omdat de patiënt ze niet spontaan vermeldt. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) werd met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via deze benadering screent men tijdens de contacten met de ouderen de medische, psychosociale en functionele zorgnoden. In Vlaanderen is de GAZETO-agenda in onderzoek. Het kan gebruikt worden als een GMD+ preventiemodule voor 75-plussers. Agendapunten zijn het gehoor, de cognitie, depressie, vaccinatiestatus, slaap(medicatie), functionele autonomie, valpreventie, ondervoeding, osteoporose, beweging, medicatie en nierfunctie, incontinentie, psychosociaal welzijn en vroegtijdige zorgplanning. Door simpele screeningsvragen kan men komen tot een stappenplan. Gazeto is tot nu toe webgebaseerd of te gebruiken op een tablet. Het probleem met de veelheid van goede tools is dat ze (nog?) niet geïntegreerd zijn in de softwarepakketten van de huisartsen. Het multidisciplinair delen van relevante informatie wordt daardoor bemoeilijkt.

### > Projecten

Het is een grote uitdaging voor de huisarts om zich niet te verliezen in de toenemende informatiestroom en wetenschap-

pelijke bevindingen en het patiëntencontact prioritair te houden. Vanuit de gedeelde zorg voor de patiënt hebben verschillende organisaties, instellingen en disciplines de handen al ineengeslagen. Enkele voorbeelden.

- Het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost heeft een ouderenteam dat de eerste lijn ondersteunt in de thuiszorg en de woonzorgcentra. Zij bieden advies, diagnostiek en therapie op maat bij cognitieve problemen, dementie en andere psychische noden.
- Het PIOT-project, *Psychotherapeutische Interventie bij Ouderen in de Thuisituatie*, blijft gefinancierd door de overheid. (zie ook pag. 14).
- We zijn als huisartsen dankbaar dat we ouderenpsychiater An Haekens (Broeders Alexianen) om advies kunnen vragen bij complexe psychiatrische casuïstiek in de thuiszorg of in de woonzorgcentra.
- Het project *Zorg 24* biedt 24 uursthuiszorggarantie met zorgcoach in Groot-Tienen en Hoegaarden. (zie ook pag. 14).
- Als partner in de proeftuinen van *Innovage* kunnen de collega's van onze kring gebruik maken van intelligente medicatiedispensers indien men zich zorgen maakt over de compliance. Deze dispensers zorgen op geautomatiseerde wijze voor de correcte toediening op het juiste tijdstip.

### > E-Health

Waar heeft onze huisartsenkring zich de laatste jaren voor ingezet?

- **Praten over later.** De huisarts is vaak getuige van scharnierpunten in het leven van zijn patiënt. Vroegtijdige zorgplanning geeft de oudere meer regie in zijn eigen zorg. Vooral in de woonzorgcentra probeert men onnodige opnames te vermijden door te spreken over zinvolheid en zinloosheid van sommige behandelingen. Verschillende disciplines kregen gesprekstoring om de drempel voor de hulpverlening, patiënt en familie te verlagen. Onze kring heeft een communicatiedocument opgesteld dat meerdere woonzorgcentra uit onze regio hanteren in de communicatie naar het ziekenhuis.
- **Intrafamiliaal geweld.** Het Centrum voor Algemeen Welzijn en twee jonge huisartsen van onze kring werken een multidisciplinaire detectietool en lokale verwijshulp uit om ouderenmis(be)handeling beter te kunnen aanpakken.



# Medische urgenties bij kwetsbare patiënten

## Verwijsbrief voor spoedopname

Dr. Tineke Crits, diensthoofd Spoedgevallen RZ Heilig Hart Tienen

**K**wetsbare patiënten worden idealiter door de huisarts gezien vooraleer ze naar de spoedgevallendienst gebracht worden. Is dit niet mogelijk, dan is het uitermate belangrijk dat de spoedarts zoveel mogelijk informatie over de patiënt ontvangt. Voor ouderen met multipathologie is een rechtstreekse opname op de geriatrie afdeling te verkiezen.

Een opname op een spoedgevallendienst is altijd stresserend. Het onderbreekt de dagelijkse gang van zaken op een ongepland moment. Er is meestal iets ergs aan de hand. Men moet er vaak lang wachten in een minder aangename omgeving. Wat betekent dit dan niet voor iemand die het niet kan uitleggen, die niet weet waarom hij op Spoedgevallen is, die abrupt weggeplukt is uit zijn vertrouwde omgeving? Het is daarom van uitermate belang dat kwetsbare patiënten (ouderen, mensen met een beperking etc.) steeds naar Spoedgevallen gestuurd worden met een verwijsbrief. Deze bevat volgende items:

- reden van doorverwijzing,
- algemene toestand van de patiënt voor de opname,
- medicatiefiche,
- document vroegtijdige zorgplanning,
- sociale informatie over de patiënt.

Het best zijn deze patiënten eerst gezien door een huisarts vooraleer ze naar Spoedgevallen gestuurd worden. Indien dit niet mogelijk, is het toch noodzakelijk om zoveel mogelijk informatie met de patiënt mee te geven.

### > Spoedopname vermijden

Ook voor de dienst spoedgevallen vraagt de zorg voor deze patiëntengroep een aanpassing. De focus ligt er immers op acute ernstige pathologie, veel minder op een mix van chroni-

sche aandoeningen. Met de vergrijzing proberen spoedgevallendiensten dit beter te erkennen en er naar te handelen. Toch is nog altijd te verkiezen dat de geriatrie patiënt met een medische urgentie zo weinig mogelijk via een spoedopname in het ziekenhuis terecht komt. Er wordt het best altijd naar een oplossing gezocht om deze patiënt rechtstreeks op de geriatrie afdeling op te nemen. Hoe minder verandering van omgeving, hoe beter voor het verdere verloop van de hospitalisatie.

### > Nieuwe protocollen

Nieuwe protocollen voor de dringende medische hulpverlening kunnen hierin ook een grote rol spelen. RZ Heilig Hart Tienen neemt samen met de huisartsenwachtposten van Tienen en Leuven en de Leuvense ziekenhuizen deel aan het project 1733 van de overheid. Doel is patiënten van bij de aanmelding op een noodnummer te triëren en de huisartsen hier nauwer bij te betrekken. Er werden nieuwe, geïntegreerde protocollen gemaakt die van april 2016 tot oktober 2016 getest zullen worden. In tegenstelling tot de huidige protocollen maken de nieuwe een onderscheid tussen patiënten in functie van de leeftijd. Voor de geriatrie patiënt wordt ernaar gestreefd om hem minder snel naar het ziekenhuis te laten afvoeren en langer in de eigen vertrouwde omgeving te houden. Indien dit niet kan, moet de ziekenhuisopname vlot en efficiënt kunnen verlopen.

- **EMD-gebruik en e-Health.** Dit is een prioriteit voor onze collega's. Huisartsen wensen hun elektronisch medisch dossier beter te kunnen gebruiken. Een gemakkelijk te gebruiken EMD is een basisvoorwaarde voor zinvolle communicatie van en naar andere disciplines. *Vitalink* start in dit licht ook in onze regio met clusters waarbij artsen, apothekers en verpleegkundigen elektronisch het medicatieschema delen, rechtstreeks vanuit het EMD.
- Samen met de eerstelijns partners van SEL GOAL (*zie ook pag. 12*) is er **structureel overleg** met collega's en de directie van het ziekenhuis en wordt er gesproken over **opname- en ontslagbeleid**. Via casuïstiek en registratie van incidenten starten we verbeterprojecten. Via liaisons wordt er beter gecommuniceerd tussen de eerste en tweede lijn. Het hanteren van zorgnaden kan gedeeltelijk een uitweg bieden om op een geïntegreerde manier naar ouderen te kijken en oplossingen te ontwikkelen. Tegelijk zijn ouderen beter geïnformeerd en vragen zij terecht meer inspraak in hun zorg

en zorgregio. Het betrekken van ouderenorganisaties, patiëntenverenigingen, mantelzorgverenigingen, ziekenzorgkernen, buurtverenigingen en lokaal beleid (sociale beleidsplan van de gemeente) biedt mogelijkheden aan hulpverleners en welzijnswerkers om ouderenzorg substantieel te verbeteren.

### Meer informatie?

U vindt de contactgegevens van de HAZOH-bestuursleden via [www.hazoh.be](http://www.hazoh.be).

Een overzicht van de huisartsenkringen in de regio en hun leden vindt u via [www.mediwacht.be](http://www.mediwacht.be).

Website huisartsenwachtpost Tienen:  
[www.wachtposttienen.be](http://www.wachtposttienen.be)

## Alexianen Zorggroep Tienen

### Schotten tussen residentiële zorg en thuiszorg doorbreken



Frans Theys, directeur ouderenzorg AZT

**S**amenwerken met de zorgpartners van de regio Zuidoost-Hageland en het zorgaanbod efficiënt en kwalitatief afstemmen. Dat is de rode draad in de visie van de ouderenzorg van de Alexianen Zorggroep Tienen. Een constante vraag in het ouderenzorgbeleid is welk antwoord we in onze regio kunnen geven op het veranderende zorglandschap dat gekenmerkt wordt door een sterke vergrijzing en een toename van het aantal kwetsbare ouderen.

Een belangrijk uitgangspunt is dat we de schotten tussen residentiële zorg en de thuiszorg willen doorbreken. We streven naar samenwerking met andere zorgpartners en gaan voor het uitwisselen van expertise en meer efficiënte zorg op maat.

#### > Psychische zorgnoden

De *Ouderenzorg Alexianen Tienen* bestaat uit de afdeling ouderenzorgpsychiatrie van de Psychiatrische Kliniek Alexianen en twee woonzorgcentra, Sint-Alexius in Tienen en Huize Nazareth in Goetsenhoven. Een derde project staat in de steigers: Park Passionisten, een site waar wonen en zorg in elkaar vloeien.

*Ouderenzorg Alexianen* zet in de eerste plaats een samenwerking op tussen de verschillende organisaties binnen de Zorggroep zelf, onder andere door de expertises van de verschillende afdelingen en doelgroepen uit te wisselen. Even belangrijk is de keuze om een gedifferentieerd zorgaanbod voor de ouderen en de mantelzorgers extramuraal uit te bouwen en dit in samenwerking met de verschillende zorgpartners in de regio Zuidoost-Hageland. De afdeling Ter Linden van de Psychiatrische Kliniek Alexianen staat in voor de diagnosestelling en behandeling van ouderen met psychische en psychosociale problemen bij bijv. geheugenklachten, depressie, psychose of rouw. Er is een aparte module voor ouderen met verslavingsproblemen. Naar analogie met de ontwikkeling van

mobiele teams in de volwassenpsychiatrie bereidt Ter Linden een mobiel team voor ouderen met psychische zorgnoden voor. De afdeling ouderenzorgpsychiatrie heeft samen met RZ Heilig Hart Tienen ook een geheugenkliniek opgezet voor patiënten met geheugenklachten. (zie ook pag. 24)

#### > Woonzorgnetwerk

De woonzorgcentra Sint-Alexius en Huize Nazareth participeren in de nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen door mee een woonzorgnetwerk te helpen uitbouwen voor ouderen met (complexe) zorgnoden. Vooreerst organiseren we woonzorgwijken en -zones rondom de lokale dienstencentra van onze woonzorgcentra. In onze visie is het lokaal dienstencentrum een kruispunt waar informatie, zorgen en diensten worden aangeboden opdat de cliënt/patiënt zo lang mogelijk in die vertrouwde omgeving kan blijven wonen. Basisdoel is de versterking van de zelfredzaamheid en van het sociale netwerk van onze doelgroep. Concreet gebeurt dit door preventie en informatie, het stimuleren van de sociale cohesie via ondersteuning van een buurtcomité, door mee te werken aan een sociaal- en verkeersveilige omgeving, door zorg en diensten in functie van de individuele zorgbehoefte aan te bieden of het organiseren van 24-urenzorgpermanentie. Dit alles in en door samenwerking met de verschillende zorgpartners in deze woonzorgzones.



## > Thuiszorgondersteuning

In de beide dienstencentra spelen we met thuiszorgondersteuning in op toekomstige zorgnoden. Bij een aanvraag voor opname in een woonzorgcentrum is er meestal een onderliggende vraag naar informatie en hulp. De thuiszorgondersteunende dienst onderzoekt samen met de cliënt en de mantelzorger deze hulpvraag om er een efficiënt en kwalitatief antwoord op te bieden, bijvoorbeeld om een residentiële opname zo lang mogelijk uit te stellen en een kwalitatieve overbrugging te maken tussen thuiszorg en residentiële zorg. Hiervoor beschikken we over een centrum voor dagverzorging en een centrum voor kortverblijf.

We trachten deze doelstelling samen met andere zorgactoren ook te realiseren met nieuwe initiatieven zoals een zorgtraject vroegdetectie voor personen met dementie, projecten als 'Zorg 24' in Groot-Tienen en Hoegaarden (zie ook pag. 14) of de zorgcoach voor ouder wordende personen met een psychische en/of lichamelijke beperking.

### Meer informatie?

[www.alexianentienen.be](http://www.alexianentienen.be)

Ook de OCMW's bieden thuisvervangende alternatieven voor zorgbehoevende ouderen (zie pag. 21). Het volledige aanbod per provincie via [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) > Zorgaanbod > Residentiële-ouderenzorg.



## Ondersteuning eerste lijn Supportteam Geestelijke Gezondheidszorg Tienen

An Vandeputte, diensthoofd psychologische dienst  
Alexianen Zorggroep Tienen

Het psychologisch team van de Alexianen Zorggroep Tienen ondersteunt eerstelijnsprofessionals via dienstverlening bij diagnose en behandeling en heeft voor hen ook een uitgebreid vormingsaanbod. Doel is de hulpverlening zo veel mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden.

Het Support Team GGZ Tienen stelt expertise ter beschikking van eerste- en tweedelijnssteams en biedt tijdelijk en flexibel diagnostiek, korte begeleiding en vorming van specialisten wanneer nodig en ter versterking van hun eerstelijnsaanbod. Doelgroepen zijn jongvolwassenen en volwassen patiënten.

### “Wat is hier aan de hand?”

Expertise bij de inschatting van het probleem of de klachten. De diagnostiek gebeurt zo laagdrempelig mogelijk, bij voorkeur van thuis uit en niet meer dan nodig ('stepped care'). Resultaten worden teruggekoppeld en adviezen voor verdere zorg worden geconcretiseerd voor de eerstelijnsprofessional.

### “Wat dient verder te gebeuren?”

Advies bij het zorg- en behandelplan. Begeleiding wordt slechts kortdurend ingevoerd door het supportteam in afwachting van opstart in tweedelijnssteams, en als brug bij het plots wegvallen van zorg om de continuïteit te helpen garanderen.

### “Hoe kan ik bijleren?”

Vorming op maat voor eerstelijns- en tweedelijnsprofessionals die te maken krijgen met psychologische en psychische zorgnoden bij hun cliënten. Gericht op hun vraag is er maximale flexibiliteit op vlak van inhoud, werkvormen, locatie, en leervorm (kennisleren, vaardigheidslernen, casusgericht leren).

Het supportteam heeft de steun van het regionaal netwerkcomité en werkt intensief samen met de huisartsenkring HAZOH, het OCMW, het mobiel crisisteam (functie 2a), het FACT-team, Hestia, Begeleid Wonen, MSOC, CAW, Wijkgezondheidscentrum, CGG, het netwerk van privétherapeuten en het psychiatrisch ziekenhuis. Het supportteam zoekt voor verdere uitbouw nog financiering en werkt voorlopig volledig met inbreng van patiënten voor de patiëntgerelateerde werktijd (€ 50/uur).

### Meer informatie?

[supportggztienen@fracarita.org](mailto:supportggztienen@fracarita.org)  
016 80 75 11 | Els Pauwels | An Vandeputte



## Polyfarmacie bij ouderen

### Medicatielijst onmisbaar bij transitie in de zorg

Dr. Anne Beyen, geriater RZ Heilig Hart Tienen

Ouderen lijden vaak aan multiple chronische aandoeningen en nemen als gevolg daarvan veel verschillende medicijnen. Door hun kwetsbaarheid en de fysiologische veranderingen die optreden met het verouderen, zijn ouderen vaak ook gevoeliger aan bijwerkingen.

Farmakokinetisch is de vermindering van de renale excretie door de afname van de glomerulaire filtratiesnelheid veruit de belangrijkste factor die noopt tot aanpassing (verlaging) van de medicatiedosis. Bij het ouder worden wijzigt ook de verhouding tussen het totaal lichaamswater (dat vermindert) en het totaal vetgehalte (dat toeneemt). Hierdoor verandert het distributievolume. Het lagere distributievolume van hydrofiele medicatie zal resulteren in hogere plasmaconcentraties. Bij lipofiele medicatie neemt het distributievolume toe en zal de plasmaconcentratie dalen.<sup>1</sup> Verschillende medicijnen kun-

nen ook onderling interageren, wat eveneens tot bijwerkingen kan leiden.

#### > Atypisch

Bijwerkingen worden vaak niet herkend door hun atypisch voorkomen of de vage klachten waarmee ze zich presenteren, denk maar aan delier, recidiverend vallen, anorexie of ongewild gewichtsverlies.<sup>2</sup> Ongewenste effecten door medicatiegebruik treedt op bij 20 procent van de thuiswonende ouderen en dit cijfer loopt zelfs op tot 50 procent bij ouderen die in zorginstellingen verblijven.<sup>3</sup> Het is aangetoond dat mensen die meerdere soorten medicatie nemen, ook vaker opgenomen worden in een ziekenhuis.<sup>4</sup> We moeten hier echter ook kritisch blijven, de meest zieke patiënten nemen nu eenmaal ook vaak de meeste medicatie. Anderzijds neemt de kans op fouten, verminderde therapietrouw en medicamenteuze interacties toe naarmate er meer voorschrijvers zijn.





## Medicatie pletten?

Bij ouderen wordt medicatie soms geplet om de inname te vergemakkelijken. Dit kan echter tot ongewenste effecten leiden. Als vuistregel geldt: zo weinig mogelijk medicatie pletten. Op de handige website [www.pletmedicatie.be](http://www.pletmedicatie.be) van de Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA) kan zeer eenvoudig opgezocht worden of medicatie gedeeld of geplet mag worden en wat de mogelijke alternatieven zijn.

[www.pletmedicatie.be](http://www.pletmedicatie.be)

### > Medicatielijst

De transitie tussen de verschillende zorgsettings is een bijzonder kwetsbaar ogenblik. Naast de beoogde therapeutische wijzigingen treden ook vaak fouten of misverstanden op. Het is daarom van bijzonder belang dat telkens de juiste medicatielijst met de patiënt meegegeven wordt. Het opzetten van Vitalink-clusters voor het delen van medicatieschema's zal deze informatie beter beschikbaar maken voor de ziekenhuizen. Het Sumehr delen, hoe bescheiden we hier ook mee van start gaan, zal meer relevante gegevens uit het EMD van de huisarts beschikbaar stellen voor spoeddiensten of wachtposten.

Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt in de ontslagbrief idealiter ook de medicatielijst vermeldt met motivatie van starten of stoppen van medicatie. Sinds kort drukken we op onze geriatrie afdelingen de medicatielijst in veelvoud af bij het ont-

slag van een patiënt, met een exemplaar voor de patiënt zelf, voor de huisarts, de huisapotheker en de thuisverpleging. In de thuissituatie is de ondersteunende thuiszorg bij medicatiegebruik niet te onderschatten. Vaak wordt de medicatie klaargezet en zo nodig toegediend door thuisverpleegkundigen. Ook de technologie kan goed medicatiegebruik zeker faciliteren, denk maar de intelligente medicatiedispenser (zie pag. 15).

### > Beleid bij chronisch medicatie

Verbetering is zeker ook nog mogelijk bij langdurige of chronische medicatie. We overwogen met enkele huisartsen, CRA's en ziekenhuisartsen een veranderproject voor een meer gestructureerd en rationeler medicatiebeleid bij oudere patiënten. Daarbij moet aandacht gaan naar zowel overmatig/onjuist voorschrijven als het onrechtmatig niet voorschrijven<sup>5</sup>. Een goede aanzet hiervoor zijn onder andere de STOPP- en START-criteria uit de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' van het Nederlands Huisartsgenootschap.

Bij medicatiegebruik zal communicatie en samenwerking met de patiënt en tussen alle zorgverleners altijd op de eerste plaats komen, ongeacht alle richtlijnen en technologische hulpmiddelen.

### Meer informatie?

De MDR Polyfarmacie bij ouderen is online raadpleegbaar via [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

Meer informatie over Vitalink-infosessies of webinars voor zorgverleners vindt u via [www.eenlijn.be](http://www.eenlijn.be).

### Referenties

1. Turnheim, K. (2003). When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental Gerontology*, 38(8), 843–853. doi:10.1016/S0531-5565(03)00133-5
2. Huffman, G. B. (2002). Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *American Family Physician*, 65(4), 640–650
3. Hubbard, R. E., O'Mahony, M. S., & Woodhouse, K. W. (2013). Medication prescribing in frail older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(3), 319–326. doi:10.1007/s00228-012-1387-2
4. Nederlands Huisartsgenootschap, N. V. V. K. G. O. V. de M. S. (2013). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012, 1–199.
5. Spinewine, A., Schmader, K. E., Barber, N., Hughes, C., Lapane, K. L., Swine, C., & Hanlon, J. T. (2007). Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*, 370(9582), 173–184. doi:10.1016/S0140-6736(07)61091-5

# Medicatieveiligheid bij opname en ontslag uit het ziekenhuis

## Wat kan de huisapotheker doen?

Marie Van de Putte, Brabants Apothekers Forum

**D**agelijks stapt gemiddeld 1 Belg op 20 een apotheek binnen. De apotheker luistert, geeft raad en selecteert samen met de patiënt het gepaste geneesmiddel of product. En als het nodig is, verwijst hij door naar andere zorgverstrekkers. Het is de wettelijke opdracht van de apotheker om 'basis farmaceutische zorg' te bieden aan zijn patiënten. Die zorg beoogt een veilig en doeltreffend medicatiegebruik en is gericht op het voorkomen en oplossen van geneesmiddelgebonden problemen.

Farmaceutische zorg komt erop neer dat de apotheker de patiënt informeert, adviseert en opvolgt, zowel voor een gezonde levenswijze als voor een rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten. Farmaceutische zorg beoogt een veilig en doeltreffend medicatiegebruik en is dus gericht op het voorkomen en oplossen van geneesmiddelgebonden problemen.

### > Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD)

Tegen 2017 zal het Gedeeld Farmaceutisch Dossier, dat in 2014 werd ingevoerd, beschikbaar zijn voor elke ambulante patiënt die daarvoor zijn geïnformeerde toestemming gegeven heeft. Door de medicatiegegevens uit het farmaceutisch dossier uit te wisselen, worden blinde vlekken vermeden en krijgt elke apotheker in België waarmee de patiënt een therapeutische relatie heeft, een totaalbeeld van het geneesmiddelengebruik van de patiënt. Dat stelt de apotheker in staat om adequate farmaceutische zorg te verlenen.

### > Medicatieoverdracht bij en na ziekenhuis-opname

Veel patiënten, bv. ouderen met polymedicatie, zijn niet in staat om hun medicatiegebruik correct te melden. Bij een opname in het ziekenhuis is de informatie over de medicatie die de patiënt neemt in 6 op de 10 gevallen 'onvolledig of afwijkend'<sup>1</sup>. Een studie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg<sup>2</sup> vermeldt dat een derde tot de helft van alle ontslagen patiënten het ziekenhuis verlaat met een of ander geneesmiddelgebonden

# GERAAK JE ER OOK NIET MEER AAN UIT?



**Je medicatie hoeft geen raadsel te zijn: je apotheker helpt je graag.**  
Vraag hier om je persoonlijke medicatieschema.

Met steun van de Vlaamse overheid

een initiatief van  
**VAN**  
Vlaamse Apothekers Vereniging

probleem. Deze cijfers tonen aan dat sluitende medicatieoverdracht een uitermate belangrijk verbeterpunt is.

Na ontslag uit het ziekenhuis komen patiënten vaak de dag zelf nog naar de huisapothek met voorschriften voor nieuwe medicatie. Het is belangrijk dat de apotheker op dat moment de nodige farmaceutische zorg en een goede medicatiebegeleiding biedt. Daarvoor heeft hij nood aan bijkomende informatie. En daar knelt het schoentje in de praktijk. De apotheker ontvangt enkel de geneesmiddelenvoorschriften en slechts zelden een medicatieschema. Het is nochtans essentieel dat de apotheker een overzicht heeft van de actieve medicatie: welke medicatie werd stopgezet, welke opgestart? De apotheker moet dubbeldmedicatie en interacties kunnen controleren, want daarmee duiken meer dan eens problemen op. Daarnaast kan de apotheker het medicatieschema toelichten en ervoor zorgen dat de patiënt goed begrijpt wat de wijzigingen zijn ten opzichte van vóór opname (bv. stopgezette medicatie, geneesmiddelen met beperkte therapieduur, therapietrouw).

Meestal komen patiënten na ontslag eerst bij de huisapotheker, dus nog voor ze door hun huisarts zijn gezien. Hoewel de geneesmiddelenvoorschriften over het algemeen de kleinste verpakkingsgrootte vermelden, komt dit vaak neer op 28 tabletten, voldoende voor enkele weken of een volledige maand. In een kritieke periode zoals na een hospitalisatie, moet de patiënt echter goed opgevolgd worden door de huisarts. Ook hier kan de huisapotheker helpen en patiënten met een complexe behandeling adviseren tijdig de huisarts te raadplegen. De medi-

catie moet immers goed opgevolgd worden en wijzigt vaak tijdens de eerste weken na ziekenhuisontslag. Patiënten zijn zich hier niet altijd van bewust.

### > Gedeeld medicatieschema

Er is nood aan een gedeeld medicatieschema, waardoor de medicatieoverdracht bij opname en ontslag uit het ziekenhuis naadloos kan verlopen. In Vlaanderen zal tegen 2017 de meerderheid van de patiënten bij opname beschikken over een digitaal medicatieschema dat geraadpleegd kan worden in het ziekenhuis via Vitalink of de (meta)hub van het lokale of regionale netwerk. Omgekeerd zal bij ontslag het digitale medicatieschema tijdens het ziekenhuisverblijf aangepast worden met de wijzigingen, zodat er een goede medicatieoverdracht is naar de eerste lijn.

### > Geplande acties regio Tienen

In afwachting van de volledige uitrol van Vitalink willen apothekers nu al zoveel mogelijk polymedicatie-patiënten voorzien van een medicatieschema, voorlopig nog op papier. Zo kan er ook bij een onverwachte opname een goede medicatieoverdracht gebeuren tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis. RZ Heilig Hart Tienen levert eveneens inspanningen om huisapothekers meer en beter te informeren over de ontslagmedicatie. In afwachting van een elektronisch communicatiemiddel ontvangen huisapothekers binnenkort een papieren medicatieschema, dat via de patiënt wordt overhandigd aan de apotheker.

### Vragen of opmerkingen?

Mail naar [marie.vandeputte@baf.be](mailto:marie.vandeputte@baf.be)

### Ri De Ridder (RIZIV):

“De directe begeleiding door de apotheker is belangrijk, bv. door de opmaak van medicatieschema’s. De apotheker is een vertrouwenspersoon, die een perfecte schakelfiguur is tussen patiënt en arts of specialist, ook naar het ziekenhuis toe. Hij kan nagaan of een patiënt therapietrouw is en merkt het vaak op wanneer mensen het moeilijk hebben. Het is belangrijk dat de apotheker die informatie in de toekomst zal kunnen delen en inbrengen in de zorg voor die patiënt.”

Farmazine nr.56, juli 2015

### Referenties

1. De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbrabant P, Desruelles D, Sabbe M, Gillet JB, Wilmer A, Willems L. Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Qual Saf Health Care.* 2010 Oct; 19(5):371-5.
2. Spinewine A, Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter FA, et al. Seamless care focusing on medication between hospital and home. Brussels; 2010 (Report No.: KCE report 131A).

### Voorbeeld

## MEDICATIESCHEMA

Patiënt: Jan Pieters  
Mijn huisarts: Dr. D. Willems  
Mijn huisapotheker: Apotheek Dirksen

Datum: 01/05/2014

Permanente medicatie	Ontbijt			10u.	Middagmaal			16u.	Avondmaal			20u.	Opmerkingen
	voor	met	na		voor	met	na		voor	met	na		
Bisoprolol 5mg	1												
Atorvastatine 20mg									1				
Zolpidem 10mg												1	

Tijdelijke medicatie	Behandelingsduur	Ochtend	Middag	Avond
Paracetamol 1g	Zolang pijn - inname indien nodig	1	1	1

Dit schema werd opgesteld op basis van de gegevens beschikbaar in de apotheek, aangevuld met jouw gegevens. Neem dit schema mee bij elk bezoek aan de huisarts. Verwittig je apotheker bij wijzigingen.





## Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Netwerk voor zorgaanbieders

Dr. Jeroen Van den Brandt, ondervoorzitter SEL GOAL

In Vlaanderen en Brussel zijn er vijftien door de Vlaamse overheid erkende SEL's actief. Een dergelijk Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg wil de kwaliteit van de zorg rond de individuele patiënt binnen zijn regio optimaliseren. Dit bereiken we door de thuiszorg te coördineren en samenwerking te stimuleren.

Het SEL als netwerk van zorgaanbieders komt niet rechtstreeks tussen in de zorg van de individuele patiënt maar wel op het niveau van organisaties en zelfstandige zorg- en hulpverleners. SEL GOAL heeft het hele arrondissement Leuven als werkingsgebied (GOAL staat voor Gezondheidsoverleg Arrondissement Leuven). De partners zijn organisaties en kringen van zorg- en hulpverleners in deze regio. SEL GOAL richt zich niet enkel tot de eerstelijnsgezondheids- en welzijnzorg maar werkt ook samen met de tweede en derde lijn.

### > Waarom netwerken?

Centraal in onze werking staat het optimaal welzijn van de hulpbehoevende patiënt thuis of in de thuisvervangende situatie. SEL GOAL wil het de patiënten of cliënten mogelijk maken om langer in hun vertrouwde thuisomgeving te blijven wonen door hen thuis aangepaste zorg te bieden. Dat vergt afstemming en samenwerking. Enerzijds moet de zorg afgestemd worden op de behoeften van de patiënt, anderzijds moet de dienstverlening van de zorg- en hulpverleners beter op elkaar afgestemd worden. Omdat de zorgvragen toenemen, zowel in aantal

als in complexiteit, vraagt dit bovendien om krachtenbundeling over de lijnen heen en een gezamenlijke inspanning, kennis, ervaring en middelen van alle disciplines. Wanneer de verschillende zorgaanbieders binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en hier buiten optimaal multidisciplinair samenwerken, kan dit ook een optimale zorg ten aanzien van de patiënt betekenen.

### > Twaalf opdrachten

Wat doen we in de praktijk? Als SEL heeft GOAL twaalf opdrachten meegekregen van de Vlaamse overheid. We bieden vorming en informatie aan de zorg- en hulpverleners, faciliteren ontmoeting en netwerking, verwijzen mensen met zorgvragen door naar de juiste zorgaanbieder, gaan samenwerkingsovereenkomsten aan over de lijnen heen, ondersteunen multidisciplinaire zorgtrajecten en verbeterprojecten, enzovoort. Een van de grote pijlers in onze werking is het aanbieden van multidisciplinair overleg. Bij complexe thuiszorgsituaties worden vaak verschillende zorg- en hulpverleners ingeschakeld. In dergelijke situaties is een goede samenwerking met alle betrokken partijen noodzakelijk. Een

multidisciplinair overleg in de vorm van een rond-de-tafelgesprek streeft naar een dergelijke samenwerking en naar een goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de patiënt of cliënt.

### > Lokale werking

SEL GOAL werkt niet enkel regionaal, het heeft ook een lokale werking. Om een grotere betrokkenheid met de lokale actoren te garanderen, wordt arrondissement Leuven opgesplitst in acht SEL-regio's. In elke SEL-regio, zoals Tienen-Zuid-Oost Hageland, zijn verschillende lokale zorgaanbieders vertegenwoordigd en worden er platformbijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze multidisciplinaire bijeenkomsten wordt ruimte gecreëerd voor ontmoeting, vorming, informatie-uitwisseling en andere activiteiten.

### Meer informatie?

[www.selgoal.be](http://www.selgoal.be) | [info@selgoal.be](mailto:info@selgoal.be)  
016 30 14 30



## Van raamakkoord tot verbeterproject Zorgteamformulier bij ziekenhuisopname en -ontslag

Cécile Verbeke, coördinator SEL GOAL vzw

**S**EL GOAL ging in 2014 een structureel samenwerkingsverband aan met de algemene ziekenhuizen van het arrondissement Leuven, het zogenaamde raamakkoord. Doel is via taakafspraken en verbeterprojecten de vlotte overgang van de thuissituatie naar een ziekenhuis en omgekeerd te helpen garanderen. Een praktisch resultaat hiervan is het Zorgteamformulier, dat in oktober gelanceerd werd.

De patiënt mag zo weinig mogelijk na deel ondervinden van transitie in de zorg, bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Een efficiënte opname- en ontslagprocedure in het ziekenhuis, een continue en kwalitatieve zorgverlening en een wederzijds vertrouwen tussen de zorgprofessionals van het ziekenhuis en van de eerste lijn staan hierbij centraal. Het raamakkoord dat SEL GOAL vorig jaar sloot met de ziekenhuizen van Diest, Leuven en Tienen, bevat concrete taakafspraken om die transmurale samenwerking te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn een duidelijke verwijsbrief van de huisarts bij opname en dito verslaggeving van de behandelende ziekenhuisarts(en) over de evolutie van de gezondheidstoestand tijdens het verblijf.

Een begeleidingscommissie per ziekenhuis garandeert een vlotte opvolging van deze taakafspraken en overleg tussen ziekenhuis en eerste lijn. Structurele knelpunten kunnen worden aangekaart en er worden verbeterprojecten opgestart. Een van deze verbeterprojecten resulteerde in het Zorgteamformulier.

### > Wat is een zorgteamformulier?

Het zorgteamformulier bevat praktische gegevens over het zorgteam van de patiënt en zijn situatie thuis.

- Wie is zijn huisarts, apotheker, maatschappelijk werker, thuisverpleging, kinesitherapeut ...?
- Wie is zijn contactpersoon in geval van nood?
- Heeft de patiënt een voorkeur voor een bepaald ziekenhuis? ...

Het zorgteamformulier is eigendom van de patiënt die het thuis bewaart en meeneemt bij elke opname. Daar geeft hij het formulier ter inzage en hij vraagt het terug mee naar huis. Het is de bedoeling dat de patiënt en zijn zorgteam het zorgteamformulier samen invullen.

### > Waarom?

Heel wat moeilijkheden kunnen vermeden worden door een vlotte informatiedoorstroom tussen het zorgteam en het ziekenhuis. Dankzij het zorgteamformulier:

- krijgt het ziekenhuis van de juiste personen tijdig informatie over de

thuissituatie van de patiënt;

- worden bij ontslag de vertrouwde de zorgverleners van de patiënt ingeschakeld;
- en kunnen het ziekenhuis en zorgteam van de patiënt het ontslag goed voorbereiden en krijgt de patiënt thuis vlotte en gepaste zorg.

### > Help uw patiënt dit te gebruiken

Maakt u deel uit van het zorgteam van een patiënt? Zorg ervoor dat uw patiënt het zorgteamformulier kent. Geef hem een exemplaar, laat hem kennismaken met de vele voordelen en vul het samen in. Herinner de patiënt eraan het formulier mee te nemen bij elke ziekenhuisopname. Het zorgteamformulier werd ontwikkeld door SEL GOAL, SEL Zorgnetwerk Zenneland, de Vlaams-Brabantse ziekenhuizen en provincie Vlaams-Brabant. Dit document valt onder het beroepsgeheim, de bepalingen van de wet op de privacy en de wet op de patiëntenrechten.

### Meer informatie?

Het zorgteamformulier (per blocnote van 20 pagina's), flyers en affiche zijn gratis aan te vragen via [www.vlaamsbrabant.be/zorgteam](http://www.vlaamsbrabant.be/zorgteam) of via 016 26 74 27.

# Ondersteunende zorgvormen en proeftuinen

## Samenwerking in zorgvernieuwing

SEL GOAL is partner in verschillende multidisciplinaire projecten die worden gerealiseerd in samenwerking met de eerste, tweede of derde lijn. Enkele voorbeelden.

### Zorgvernieuwingprojecten

Zorgvernieuwingprojecten werken alternatieve of ondersteunende zorgvormen uit, die ertoe bijdragen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Deze projecten worden gedurende minstens drie jaar gesubsidieerd door de federale overheid in het kader van het zogenaamde derde protocolakkoord. Na afloop worden de projecten geëvalueerd en wordt er gekeken hoe ze eventueel een structurele verankering kunnen krijgen. Momenteel zijn er vier zorgvernieuwingprojecten lopende waarbij SEL GOAL partner is: Nachtzorg, Zorg 24, PIOT en OOTT.

#### Nachtzorg Leuven (zie ook pag. 16)

biedt nachtelijke hulp aan in het hele arrondissement Leuven en de gemeenten Hoeilaart en Overijse. Het project wil via nachtoppas, -zorg of -hotel kwetsbare ouderen helpen om thuis te kunnen blijven wonen en mantelzorgers de nodige adempauze geven om de zorg verder te dragen. Een paar nachten rustig kunnen slapen kan voor mantelzorgers het verschil maken om de batterijen weer op te laden.

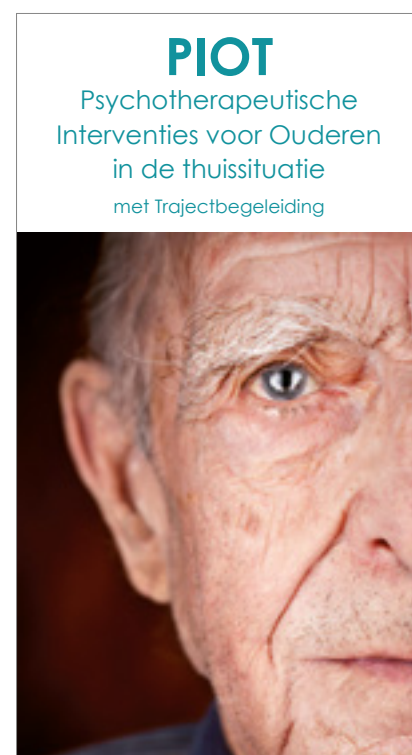
**Zorg 24** (24-uursthuiszorggarantie met zorgcoach) breidt het bestaande aanbod van thuisverpleging en gezinszorg in de regio Groot-Tienen en Hoegaarden verder uit opdat er voldoende hulp aangeboden kan worden voor en na de kantooruren, 's nachts en tijdens het weekend. De uitbreiding bestaat onder meer uit flexibele gezinszorg, een nachtronde en nachtinterventie, crisisopvang, ergotherapie aan huis, professionele alarmopvolging, psychosociale ondersteuning, 24/24 permanentie, vrijwilligerswerk en een centrum voor dagverzorging en kortverblijf. Naargelang de behoeften en de vragen van de patiënt/cliënt en zijn mantelzorgers wordt een zorgpakket op maat samengesteld. Een on-



afhankelijke zorgcoach staat in voor de zorgcoördinatie en is het centraal aanspreekpunt voor de zorgvragers en alle betrokken zorg- en hulpverleners. WZC Sint-Alexius is de administratieve coördinator van het project.

**OOTT** staat voor *Oriëntatie- en OpgvolgingsTraject Thuiszorg voor kwetsbare ouderen* en richt zich tot ouderen in het hele arrondissement Leuven. Een begeleiding op maat garandeert de continuïteit van zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers die in een crisissituatie terecht komen. Een team van zorgverleners werkt samen met de cliënt en zijn familie een zorgtraject uit. Dit traject richt zich op het zoeken naar de juiste zorg- en hulpverlening in de thuiszorg, advies over hulpmiddelen, woningaanpassingen en dergelijke. De cliënt verblijft intussen tot maximaal drie weken in een OOTT-kamer in campus Sint-Pieter als thuis wonen even geen optie is. Het expertteam volgt de kwetsbare oudere op tot één jaar na de eerste interventie door het OOTT-team.

**PIOT** staat voor *Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen in de thuis-situatie met Trajectbegeleiding* en biedt in het arrondissement Leuven ondersteunende gesprekken aan huis voor ouderen met psychische moeilijkheden. Ook mantelzorgers kunnen gebruik maken van deze psychische ondersteuning. Een psychotherapeut komt gratis aan huis bij de patiënt of mantelzorgers. Sinds 2014 is het project bovendien uitgebreid met het aanbieden van een zorgtraject aan kwetsbare thuiswonende ouderen die omwille van een psychologische of psychiatrische problematiek op andere levensdomeinen nood hebben aan professionele ondersteuning.



#### Meer informatie?

Folders per project op deze webpagina van SEL GOAL: [www.selgoal.be/samenwerking/zorgvernieuwingprojecten](http://www.selgoal.be/samenwerking/zorgvernieuwingprojecten)



## Projecten InnovAGE

In het kader van de oproep 'Proeftuin Zorginnovatie Vlaanderen' startte twee jaar geleden InnovAGE, het proeftuinplatform van Groot-Leuven. InnovAGE is het resultaat van een samenwerking tussen SEL GOAL (als vertegenwoordiger van de eerstelijnsgezondheidsorganisaties), stad Leuven, UZ Leuven, Cera, RVO Society, VOKA en Nextel. De zorgproeftuin heeft als doel ouderen met een complexe zorgbehoefte op geïntegreerde wijze langer kwalitatief thuis te laten wonen. Via een reeks innovaties worden geïntegreerde en innovatieve zorgproducten en zorgprocessen ontwikkeld die leiden tot een doelmatige en betaalbare zorg, dicht bij de burger en zolang mogelijk in de eigen thuisomgeving. Een greep uit de innovaties van InnovAGE.

**VAL-net** wil een platform (digitale tools, valcoach, opleidingenreeksen ...) ontwikkelen om de therapietrouw te doen toenemen voor adviezen die verstrekt worden aan patiënten in de valkliniek. Een toegenomen therapietrouw moet het aantal valincidenten, en hieruit voortvloeiend ook de valgerelateerde letsels, bij ouderen aanzienlijk reduceren. Het project richt zich op thuiswonende ouderen met een valgeschiedenis (65-plussers) die op consultatie komen in de valkliniek.

**URGENT** wil het aantal heropnames van kwetsbare oudere patiënten helpen terugdringen. Ongeveer een derde tot de helft van de spoedopnames bij ouderen resulteert in een opname in het ziekenhuis. Nadat de diagnose is gesteld en de nodige behandelingen werden uitgevoerd, wordt een grote groep ouderen onmiddellijk weer naar huis ontslagen. Binnen korte of middellange termijn wordt een groot deel van deze patiënten (12 tot 30 %) echter ongepland heropgenomen op de

Marijs  
Meul, maatschappelijk  
werker bij OCMW Leuven:

'Het is goed dat dit onderzoek gebeurt. Daarnet was er weer iemand die hier pas kortverblijf had en daarna thuis gevallen is. Het komt vaak voor.'

Magazine WEL Vlaams-  
Brabant (jul-aug-sep 2015)

spoedgevallendienst. Het doel van het project is het aantal ongeplande heropnames te verlagen met behulp van een transitioneel zorgmodel tussen het ziekenhuis en de thuiszorg. URGENT richt zich specifiek tot thuiswonende 70-plussers uit het arrondissement Leuven die ontslagen worden uit de dienst spoedgevallen van UZ Leuven.

**Ingenieurs@WZC** wil ouderenzorg en technologisch onderzoek samenbrengen om tot innovaties te komen die de kwaliteit van zorg en leven verbeteren. Hoe kunnen zorgprofessionelen beter betrokken worden bij het bedenken van technologische innovaties? En hoe krijgen ingenieurs zicht op de echte noden, ervaringen en meningen van de doelgroep ouderen? Via een samenwerking tussen ingenieurs van de KU Leuven en het Leuvense woonzorgcentrum Edouard Remy ('het eerste Europese ingenieurslabo in een woonzorgcentrum') wil het project verkennen hoe de kennisoverdracht tussen beiden gebeurt en nieuwe technologieën uittesten om deze later te vertalen naar de thuiszorg.

## Therapietrouw en medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen thuis

werkt een zorgtraject uit om die medicatieveiligheid en therapietrouw in de thuissituatie te bevorderen. Duidelijke rollen voor de betrokken zorgverleners met aandacht voor samenwerking, efficiënte inzet van technologie en elektronische communicatiemiddelen die de continuïteit en de medicatieveiligheid ondersteunen, bewaken en bevorderen, moeten helpen om de kwetsbare oudere langer op een veilige manier in zijn vertrouwde thuisomgeving te verzorgen. Zo werd in de studie vastgesteld dat geautomatiseerde individuele medicatie voorbereiding (IMV) en gebruik van een 'intelligente' medicatiedispenser verbonden aan een zorgcentrale (zie foto) de therapietrouw van kwetsbare ouderen in de thuissituatie significant verhoogt (rapport beschikbaar op de website van Innovage).



### Meer informatie?

[www.innovage.be](http://www.innovage.be)  
[www.zorgproeftuinen.be](http://www.zorgproeftuinen.be)

## Ook inzetten op preventie

# Thuisverpleegkundige als coach en brug

Veroniek Thomas, voorzitter Kring Zelfstandige Verpleegkundigen Tienen Zuid-Hageland

**D**e groeiende zorgvraag door meer chronisch zieken en kwetsbare ouderen, die de controle willen behouden over behandeling en zorg, maakt van de thuisverpleegkundige een coach van zijn cliënten. Als brug tussen artsen, andere zorgverleners in de eerste lijn, patiënten en hun familie, heeft de thuisverpleegkundige een unieke positie.

Thuisverpleegkundigen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en hierdoor is hun verantwoordelijkheid ook aanzienlijk. Als schakel in de eerste lijn spelen ze een belangrijke rol in de ouderenzorg.

Het regelmatige bezoek van een verpleegkundige bij de oudere patiënt biedt ook de kans om in te zetten op preventie. Het intense patiëntencontact is een gelegenheid om problemen te voorzien en daardoor onnodige opnames in het ziekenhuis te voorkomen.

### > Continuïteit

Continuïteit van de zorg aan de oudere patiënt maakt het wenselijk en noodzakelijk dat ziekenhuizen en thuisverpleging samenwerken. Voor heel wat oudere patiënten is een ziekenhuisopname een ingrijpende gebeurtenis die vaak nieuwe, onverwachte problemen met zich meebrengt. Door goede afspraken bij opname en ontslag kunnen we in samenwerking met andere eerstelijnsdiensten de zorg voor de oudere patiënt optimaliseren.

Een voorbeeld van good practice is de ontwikkeling van het transferdocument Mijn Zorgteamformulier (zie ook pag. 13). Dit formulier geeft een duidelijk overzicht van de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt en vermijdt tijdverspilling en vergissingen bij opname en ontslag. Ook het recent gestart project 'Zorg 24' in Groot-Tienen en Hoegaarden (zie ook pag. 14) is een mooi voorbeeld van wat er in samenwerking met de verschillende partners mogelijk is. Snelle en adequate hulp bieden met 24 uursthuiszorggarantie en zorgcoach is de prioriteit van het project, en het heeft zijn nut al bewezen.



### > Sociale rol

Thuisverpleegkundigen komen regelmatig in contact met arme en vereenzaamde ouderen. Deze groep heeft een verhoogde kans op gezondheidsproblemen. Bovendien staan zij vaak sceptisch tegenover het aanbod aan zorg. Schroom over de eigen situatie in een onaangepaste woning of onhygiënische omstandigheden is een drempel om de nodige zorg in huis te halen. De rol van de thuisverpleging is in zulke situaties daarom uitermate belangrijk. Met tact en professionele kundigheid kan de thuisverpleegkundige het verschil maken en de patiënt nieuwe kansen bieden.

Er zijn vele interessante nieuwe initiatieven in de gezondheidszorg in onze regio. Eerder dit jaar hebben we de Kring voor

Zelfstandig Verpleegkundigen Tienen Zuid-Hageland opgericht. Wij willen met onze verenging de stem van de thuisverpleging laten horen en meewerken aan een betere organisatie van de ouderenzorg in de streek.

### Meer informatie?

**Kring zelfstandige verpleegkundigen Tienen Zuid-Hageland**

[www.kring-thuisverpleging.be](http://www.kring-thuisverpleging.be)

**Kring Zelfstandige Thuisverpleging Leuven vzw**

[www.thuisverpleging-leuven.be](http://www.thuisverpleging-leuven.be)

**Thuisverzorging in Solidariteit vzw**

[www.solidariteit.be](http://www.solidariteit.be)

[www.witgelekruis.be](http://www.witgelekruis.be)

# Functionaliteit behouden of herwinnen

## Vergrijzing vraagt geriatrische kinesithérapie

Paul Rabau, voorzitter Tiense Kinesithérapeuten Kring vzw

**M**et de steeds ouder wordende bevolking is ook de nood aan aangepaste kinesithérapie almaar groter geworden.

De geriatrische kinesithérapie is een specifiek domein binnen de kinesithérapie die zich richt op de (hulpbehoevende) geriatrische patiënt, die thuis woont, in een residentieel of niet-residentieel centrum verblijft of opgenomen is op een geriatrische ziekenhuisafdeling. Vanuit curatief en preventief oogpunt heeft kinesithérapie ook aandacht voor de meer algemene doelgroep van “de ouder wordende”.

### > Informatiebron

De geriatrische kinesithérapeut is voor zijn patiënt en de senior een bron van informatie om lichamelijke veranderingen bij het verouderen beter te begrijpen. Hij helpt om mogelijkheden die dreigen verloren te gaan te behouden, om verloren mogelijkheden te herwinnen of nieuwe mogelijkheden te ontwikkelen. Dit in alle maatschappelijke

“Lichamelijke veranderingen bij het ouder worden beter begrijpen.”

settings waar ouderen kunnen voorkomen. Algemeen kan de (geriatrische) kinesithérapeut helpen en laten oefenen bij krachtverlies, bewegingsarmoede, valrisico bij ouderen, evenwichtsstoornissen, concentratieverlies, na chirurgische ingrepen enzovoort. Specifiek gaan de aandacht en de bekommernis vooral naar de bijzondere problemen bij het ouder worden zoals vallen en botbreuken, dementie, eenzijdige verlammingen na hersenletsel (acuut of chronisch), de ziekte van Parkinson.

### > Activiteitgerichte oefentherapie

Er wordt voornamelijk via activiteitgerichte oefentherapie gewerkt om op die manier de ouder wordende persoon langer thuis zelfstandig te laten functioneren. Daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van zachte manuele technieken en specifieke bewegingsvormen die de patiënt pijnvrij maken en hem lichamelijk in staat stellen om functioneel te worden of te blijven. Heel wat wetenschappelijke studies bewijzen dat meer bewegen, kracht- en evenwichtsoefeningen doen, heilzaam zijn voor ouderen.

Rekening gehouden met het preventief en therapeutisch aanbod van de geriatrische kinesithérapeut kan binnen het geriatrisch dagziekenhuis via onderzoek en aange-

past advies de oudere persoon eventueel verwezen worden naar kinesithérapie voor coaching, begeleiding en oefentherapie.

### Meer informatie?

Tiense Kinesithérapeuten Kring  
[www.kine-tienen.be](http://www.kine-tienen.be)

Kinesithérapeuten in Oost-Brabant vindt u via de kringpagina [www.kine-tienen.be/kinesithérapeuten-overzicht](http://www.kine-tienen.be/kinesithérapeuten-overzicht). Voor de ruimere regio kunt u onder meer ook terecht op de website van de **beroepsvereniging van kinesithérapeuten** [www.axxon.be](http://www.axxon.be).







## Diensten voor gezinszorg

### Nieuwe zorgvormen vragen netwerkmodel

Sepe Vanhex, stafmedewerker Zorg- en Dienstverlening Familiehulp vzw

In de hele regio Vlaanderen zijn diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg actief. Zij leveren thuiszorg aan gezinnen en ouderen op het vlak van persoonsverzorging, huishouding en psychosociale bijstand. Nieuwe vormen op de grens van thuiszorg en residentiële zorg komen tegemoet aan de veranderende noden in de ouderenzorg. Ze kunnen echter maar succesvol zijn als alle zorgactoren regionaal efficiënt samenwerken.

#### > Vermaatschappelijking van de zorg

De zorgverlening is gericht op herstel met als doel gezinnen en ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Hierbij is de stem van de cliënt en die van zijn omgeving centraal. Als thuiszorgdienst spelen we een grote rol in de zogenoemde vermaatschappelijking van de zorg. Dit beleid is erop gericht om kwetsbare mensen zoveel mogelijk te ondersteunen in hun thuisomgeving, vertrekkende vanuit de eigen krachten en positie, met het doel een eigen zinvolle plek in de samen-

“Voor mij betekent de gezinszorg meer dan hulp in het huishouden.”

Josée, cliënt gezinszorg

leving te laten innemen<sup>1</sup>. Deze aanpak vraagt niet alleen een engagement van het individu maar ook van de samenleving en van het (inter)professionele netwerk rond de cliënt. Familiehulp zet zich alvast ten volle in voor een afgestemde zorg op maat van de cliënt en zijn omgeving en voor het uitbouwen van netwerken rond de cliënt.

#### > Netwerk rond de cliënt

Onze zorgverlening is gericht op het activeren van iedereen in de thuisomgeving.

We verlenen uitsluitend de zorg en hulp die niet binnen of door de informele zorg kan worden opgenomen. De mantelzorg is een essentiële partner in de thuiszorg, en tegelijk moet de thuiszorg de mantelzorg kunnen ontlasten.

#### › Ontschotting van de zorg

Meer dan ooit is de ouderenzorg in beweging. Niet alleen de doelgroep ouderen diversifieert, ook het zorglandschap is in voortdurende verandering. Zo ontstaan er met regelmaat nieuwe zorgvormen op de grens tussen thuiszorg en residentiële zorg. Het dagverzorgingshuis NOAH is hiervan een recent voorbeeld. Ouderen die al thuiszorg genieten, kunnen laagdrempelig en efficiënt gebruik maken van dit aanbod dagopvang. Hierbij staat kleinschaligheid en huiselijkheid centraal.

Nieuwe zorgvormen kunnen echter maar succesvol zijn mits er regionaal goed samengewerkt wordt tussen de verschillende zorgpartners en over de muren heen. Naast een betere onderlinge afstemming van de verschillende thuiszorgdiensten kan een netwerkmodel met alle andere betrokken zorgactoren ervoor zorgen dat een individuele zorgvraag beter beantwoord wordt. Zo ontstond enkele jaren geleden het project 'nachtzorg Leuven' in nauwe samenwerking met verschillende thuiszorgdiensten (Landelijk Thuiszorg,

“Of ik thuis geen last heb van de eenzaamheid? Dat ben ik na al die jaren wel gewoon. Ik heb ook goede burens die geregeld binnenspringen en die ik kan bellen als er iets scheelt. Maar dat neemt niet weg dat ik erg gelukkig ben met de NOAH (dagopvang). Als ik een keer niet naar hier kan komen, duurt de dag héél lang. Thuis verveel ik me wel eens.”

Odilia, cliënt NOAH Werchter

Familiehulp, Wit-Gele Kruis ...), OCMW's, woonzorgcentra en het Palliatief Netwerk Panal vzw. Vanuit deze pluralistische samenwerking kan er vandaag, afhankelijk van de nood, nachtzorg geboden worden door polyvalente verzorgenden dan wel nachtoppas door vrijwilligers, of kan een woonzorgcentrum een nachthotel aanbieden als tijdelijk residentiële nachtzorg. Net door deze gecoördineerde samenwerking is het aanbod groter, wordt er efficiënter doorverwezen en kan er meer en beter afgestemde zorg geboden worden aan de cliënt. In Limburg is een dergelijk netwerkmodel recent ook als project van start gegaan.

'Ontschotting' is dan ook minder een slogan dan wel een van de grote uitdagingen, zowel in de intramurale zorg als in de thuiszorg.

#### › Interdisciplinaire samenwerking

Het bevorderen en versterken van transmurale zorg op maat van de cliënt is niet alleen een uitdaging voor de betrokken zorgorganisaties binnen een netwerk, maar ook voor de zorgverleners zelf. Interdisciplinair samenwerken houdt in dat cliënten of patiënten efficiënter worden doorverwezen, maar evenzeer dat men te gepasten tijde met elkaar overlegt (telefonisch, in teamvergaderingen of bij overdracht) en samen zorg- en behandelplannen opmaakt over de schotten en disciplines heen<sup>2</sup>. Samenwerken is meer dan naast of bij elkaar werken.

#### Meer informatie?

[www.familiehulp.be](http://www.familiehulp.be)

Lokaal contact voor Tienen en Aarschot is **Zorgregio Leuven**.  
016 29 81 30  
[leuven@familiehulp.be](mailto:leuven@familiehulp.be)

Andere diensten gezinszorg:  
[www.landelijkethuiszorg.be](http://www.landelijkethuiszorg.be)

[www.solidariteit.be](http://www.solidariteit.be)  
(Solidariteit voor het Gezin)

[www.fsmb.be/thuiszorg](http://www.fsmb.be/thuiszorg)  
(Thuishulp Brabant)

[www.witgelekruis.be](http://www.witgelekruis.be)

#### Referenties

1. Vandeuren J., Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en gezin.
2. Vyt A. (2012), Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn; Antwerpen: Garant-uitgevers.





# De sociale rol van het OCMW in ouderenzorg

## Vaak het laatste vangnet voor kwetsbare ouderen

Elly Vandersteen, OCMW Tienen

**E**en OCMW heeft als missie om op het lokale niveau duurzaam bij te dragen tot het welzijn van de burgers. In het domein van de zorg voor senioren is de visie op langere termijn om aan iedere oudere die er nood aan heeft de hulp- en dienstverlening te bieden om zo lang mogelijk zelfstandig in zijn vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen. Indien dit niet meer kan, wordt gestreefd naar een passend thuisvervangend alternatief.

De sociale dienst van het OCMW is een eerstelijns dienst- en hulpverlening met oog voor kwaliteit, goede toegankelijkheid en laagdrempeligheid, en met een specifieke aandacht voor de sociaal zwakkeren en kwetsbaren. Het behoort tot de opdracht van de sociale dienst om iedereen die er behoefte aan heeft en ongeacht zijn financiële toestand, diensten of hulp te verstrekken (of te doen verstrekken) op sociaal, sociaal-medisch en medisch gebied. De sociale dienst heeft een specifieke cel ouderenzorg. Het OCMW Tienen baat een woonzorgcentrum uit en beheert ook een aantal serviceflats (*zie kader*).

### › Cel ouderenzorg

De cel ouderenzorg spitst zich toe op de kerntaken van het OCMW, nl. informatie verstrekken over het zorgaanbod in de regio, actieve bijstand verlenen bij doorverwijzingen en hulp

### Familiegroep dementie

Het OCMW Tienen is dit najaar van start gegaan met een met een familiegroep dementie van de Alzheimer Liga Vlaanderen voor de regio. Met de familiegroepen brengen we familieleden en mantelzorgers van mensen met dementie om de twee à drie maanden samen in een gemoedelijke sfeer om informatie, ervaringen en steun uit te wisselen. We spelen hiermee in op een van de grootste behoeften van mantelzorgers en familieleden, namelijk lotgenotencontact. Een maatschappelijk werker van de cel ouderenzorg staan in voor de begeleiding van deze familiegroep.





“Het behoort tot onze opdracht om iedereen die er behoefte aan heeft en ongeacht zijn financiële toestand, diensten of hulp te verstrekken (of te doen verstrekken) op sociaal, sociaal-medisch en medisch gebied.”

bieden bij het aanvragen van tegemoetkomingen en financiële voordelen waarop de 65-plusser recht heeft. Daarnaast verleent de cel ook nazorg bij overlijden en staat zij in voor het afleveren van een borgstelling bij opname in een woonzorgcentrum. Na de stopzetting omwille van budgettaire redenen van de schoonmaakdienst en de dienst gezinszorg in 2014, werden de klussendienst en dienst maaltijden aan huis behouden als specifieke huishulpdiensten.

De maatschappelijk werkers van de cel ouderenzorg willen in de toekomst nog meer proactief de sociaal en financieel zwakkere 65-plussers opsporen en hen bijstand verlenen. Als OCMW zijn we immers vaak het laatste vangnet. Indien nodig verleent het OCMW geldelijke steun zoals tussenkomst in dokters- en apotheekkosten, tussenkomst in hospitalisatiekosten of toekenning van een gemeentelijke mantelzorgpremie.

### Thuisvervangende alternatieven OCMW Tienen

Het woonzorgcentrum Keienhof is gelegen in deelgemeente Kuntich. Het omvat twee zorgafdelingen. Het Buitenhof is een open afdeling met vijftig eenpersoonskamers en vier tweepersoonskamers. Het Binnenhof is een gesloten afdeling voor mensen met dementie en beschikt over twintig eenpersoonskamers en vier tweepersoonskamers. Daarnaast beschikt het woonzorgcentrum ook nog over drie bedden voor kort verblijf.

De Seniorie Houtemhof telt twee gebouwen met elk 31 serviceflats voor 60-plussers. Een serviceflat is een zelfstandige, beschermde, hedendaagse woonvorm die het de senior(en) mogelijk moet maken om langer zelfstandig te blijven wonen en functioneren.

#### › Zorgweigeraars

Bij zorgweigeraars bestaat de uitdaging er in om het contact te behouden en het vertrouwen te winnen om zo een zicht te krijgen op de problematiek en te kunnen interveniëren waar nodig.

Indien er niet op vrijwillige basis kan gewerkt worden aan een menswaardig bestaan en de oudere een gevaar wordt voor zichzelf of de gemeenschap, kan de sociale dienst van het OCMW maatregelen treffen zoals het opstarten van een procedure tot voorlopige bewindvoering. Dit gebeurt uiteraard steeds na uitvoerig en diepgaand overleg met alle betrokken mantelzorgers en professionelen en nadat alle andere mogelijke vormen van hulpverlening onvoldoende effectief zijn gebleken.

#### › Informatiedoorstroming

We merken in de cel ouderenzorg al geruime een groeiende wederzijdse interesse tot samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerste lijn. In het kader van zorgcontinuïteit ervaren we als hulpverlener het belang van een goede informatiedoorstroming in beide richtingen bij opname en ontslag van een patiënt, steeds met respect voor de privacy van de patiënt. Om het thuis wonen zoveel mogelijk kansen te geven en de zorgcontinuïteit te garanderen is het, zeker bij een complexe problematiek, belangrijk dat het ontslag uit het ziekenhuis via multidisciplinair overleg zeer goed wordt voorbereid en er al vanuit het ziekenhuis een goede zorgafstemming gebeurt.

Net omdat wij ons terdege bewust zijn van de noodzaak tot samenwerking en continu overleg, nemen wij actief deel aan diverse werkgroepen van de SEL GOAL<sup>1</sup> (zie ook pag. 12): de algemene vergadering, de SEL-werkgroep Tienen Zuid-Oost Hageland en de lokale begeleidingscommissie van RZ Heilig Hart Tienen, de eerste lijn en woonzorgcentra. Op die manier trachten we samen met deze partners een optimale zorg voor de oudere cliënt/patiënt te organiseren met het oog op het waarborgen van de zorgcontinuïteit.

#### Meer informatie?

[www.ocmwtiens.be](http://www.ocmwtiens.be)  
016 80 11 28 | [info@ocmw.tienen.be](mailto:info@ocmw.tienen.be)

Ook de sociale diensten van de ziekenfondsen bieden dergelijke ondersteuning en begeleiding.

#### Referentie

1. Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT), Samenwerkingsinitiatief EersteLijnsgezondheidszorg (SEL) en GezondheidsOverleg Arrondissement Leuven (GOAL)

# Cerebrovasculair accident

## Beroerte tijdig herkennen: "Time is brain"

Dr. Anneke Govaerts, diensthoofd Neurologie RZ Heilig Hart Tienen

**P**er dag worden meer dan zeventig Belgen getroffen door een beroerte of cerebrovasculair accident. In de westerse wereld is het de derde doodsoorzaak en een van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit. Vroegtijdige behandeling vergroot de kans op overleven en op goed herstel aanzienlijk. Snelle herkenning is dus cruciaal en niet alleen een zaak van zorgverleners. Acute beroertezorg in de ziekenhuizen kan meer therapeutische mogelijkheden bieden dankzij de inrichting van *stroke units*.

Een cerebrovasculaire accident (CVA) is een plotse en ernstige verstoring van de doorbloeding van de hersenen. Dit kan op twee manieren.

- Herseninfarct (ischemisch CVA): een bloedvat in de hersenen geraakt verstopt door een vaatvernauwing of bloedklonter. Dit veroorzaakt zuurstoftekort waardoor hersenweefsel tijdelijk of definitief schade oploopt.
- Hersenbloeding (hemorragisch CVA): een hersenvoedvat scheurt.

Welke klachten optreden, hangt af van de plaats van de beroerte in de hersenen en

de ernst ervan. De functies van die hersendelen vallen dan uit of werken plots minder goed. Meestal ontstaan de klachten zeer plotseling en verminderen ze na

enkele dagen, weken of maanden. Dit verschilt van persoon tot persoon. Soms zijn er blijvende gevolgen of beperkingen. Die kunnen zeer ernstig zijn.

### Hoe kans op beroerte verkleinen?

De oorzaak van een beroerte is meestal de slechte kwaliteit van de bloedvaten. Dit kan komen door een vaatziekte (bv. aderverkalking), suikerziekte, hoge bloeddruk of verhoogd cholesterolgehalte, roken, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging maar ook door ouderdom. Het belangrijkste preventieadvies zijn de algemene aanbevelingen van een gezonde levensstijl.

- Stoppen met roken
- Regelmatige bloeddrukcontrole bij de huisarts
- Gezonde voeding: veel groenten en fruit, volkoren granen, matig gebruik van vlees, vet, suiker, zout en alcohol
- Overgewicht vermijden of aanpakken
- Voldoende en regelmatige lichaamsbeweging



**IK HEB MIJN OMA GERED.  
GEWOON DOOR TE KIJKEN.**

**DE SYMPTOMEN VAN EEN BEROERTE HERKENNEN  
IS EEN LEVEN REDDEN.**



Kijk of de mond scheef staat.



Kijk of een arm (of been) minder goed beweegt.



Luister of de persoon onduidelijk spreekt.



Bij behandeling binnen de 3 uur is de kans op herstel groot.

**Herken de symptomen van een beroerte tijdig en reageer onmiddellijk.** Bij een beroerte is het heel belangrijk de symptomen of alarmsignalen, onmiddellijk te herkennen en een arts of de hulpdiensten zo snel mogelijk te verwittigen. **Elke minuut telt!**

**Doe de test op [www.HerkenEenBeroerte.be](http://www.HerkenEenBeroerte.be)**



## Herken een beroerte en reageer snel



### Gezicht

Let op of de mond scheef staat of een mondhoek naar beneden hangt. Hulpmiddel als u het niet direct ziet: vraag de persoon om te glimlachen of zijn tanden te laten zien: beide mondhoeken moeten naar omhoog gaan.



### Arm

Let op of een arm (of been) verlamd is. Hulpmiddel als u het niet direct ziet: vraag aan de persoon om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegzakt of rondzwakt.



### Spraak

Let op of de persoon onduidelijk spreekt of niet meer uit de woorden komt. Hulpmiddel als u het niet direct ziet: vraag aan de persoon een zin uit te spreken.



### Tijd

Verwittig onmiddellijk een medische hulpdienst. Stel vast hoe laat de klachten bij de persoon zijn begonnen en noteer dit tijdstip voor de ambulanciers/arts. Indien de persoon binnen drie à zes uren behandeld wordt, is de kans op herstel groter.

Bron Belgian Stroke Council

### > Ernst laat zich moeilijk herkennen

Anders dan een hartinfarct is een beroerte zelden pijnlijk. De symptomen zijn niet altijd heel erg uitgesproken en worden daardoor vaak niet als ernstig of levensbedreigend ervaren. Toch heeft de patient er alle belang bij om zo snel mogelijk medische hulp te krijgen. Klassieke symptomen van beroerte zijn:

- de plotse verlamming van een lichaamshelft, wat het gemakkelijkst beoordeeld wordt door te vragen de armen op te heffen;
- een plotse spraakstoornis, vaak met scheefstand van de mond.

Minder frequente symptomen zijn plotse gangmoeilijkheden, onhandigheid, duizeligheid en tintelingen in een lichaamshelft, wazig of dubbel zicht, gedeeltelijke blindheid en gedragsveranderingen.

Verdere bewustwording bij het grote publiek rond het herkennen van de symptomen kan deze ernstig invaliderende en zelfs dodelijke aandoening mee helpen bekampen. Het is een goede zaak dat huis-

artsen, beroeps- en patiëntenverenigingen en andere hulpverleners hiertoe bijdragen.

### > Elke minuut telt

Cruciaal in de aanpak is het aspect tijd. Hoe sneller de diagnose gesteld, hoe sneller de juiste therapie kan gestart worden, hoe groter de kans op het herwinnen van onafhankelijkheid: time is brain. Snelle verwijzing naar een dienst Spoedgevallen is dus essentieel. Belangrijk daarbij is dat het tijdstip van het ontstaan van de klachten bekend is, of het tijdstip waarvan met zekerheid is geweten dat de patiënt nog symptomenvrij was. Dit is bijzonder relevant om de juiste therapie te kunnen starten (toediening van trombolytische medicatie mag enkel indien de symptomen van beroerte minder dan 4,5 uur geleden zijn begonnen en heeft meer kans op success indien zo kort mogelijk na CVA). Meld aan de ambulanciers en/of spoedarts ook welke medicatie de patiënt neemt, vooral dan eventueel gebruik van bloedverdunners.

Toedienen van medicatie (zoals clexane) ter plaatse is niet opportuun en zelfs tegenaangewezen.

### > Miniberoerte als waarschuwing

Ook wanneer de symptomen kortdurend en van voorbijgaande aard zijn, moeten ze ernstig genomen worden en door een arts verder onderzocht worden. Zo een miniberoerte of TIA (transient ischemic attack) veroorzaakt geen blijvende letstels maar is vaak een voorbode van een 'echte' beroerte.

### > Zorgprogramma

In 2014 heeft de overheid normen vastgelegd voor diagnose, behandeling, opvolging en revalidatie van patiënten met een acute beroerte.

- Elke verpleeginrichting moet beschikken over een protocol voor eerste opvang en doorverwijzing.
  - Ziekenhuizen worden voorzien met een *stroke unit* type I voor de medische behandeling met inbegrip van trombolysie.
  - Ziekenhuizen worden voorzien met een *stroke unit* type II, welke als bovenbouw op een *stroke unit* type I faciliteiten voor acute endovasculaire interventies aanbieden uitgevoerd door een gespecialiseerd radioloog.
- RZ Heilig Hart Tienen heeft beslist een *stroke unit* type I te organiseren volgens deze richtlijnen, met multidisciplinaire aanpak door neurologen, revalidatieartsen, specifiek opgeleide verpleegkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten. Voor specialistische endovasculaire procedures wordt samengewerkt met UZ Leuven. Revalidatie gebeurt in samenspraak met geriateren en revalidatie-artsen op de gespecialiseerde afdeling Sp-Loomotorisch.



# Multidisciplinaire samenwerking

## Geheugenkliniek voor diagnose en opvolging

Dr. Anne Beyen, geriater RZ Heilig Hart Tienen  
 Dr. Anneke Govaerts, neuroloog RZ Heilig Hart Tienen  
 Dr. An Haekens, ouderenpsychiater Psychiatrische Kliniek Alexianen



**S**inds najaar 2014 werken de diensten Geriatrie en Neurologie van RZ Heilig Hart Tienen samen met de dienst Ouderenpsychiatrie van het Psychiatrisch Ziekenhuis Alexianen in een zorgtraject voor de patiënten met geheugenproblemen. De geheugenkliniek biedt multidisciplinaire diagnostiek en opvolging in de regio Tienen.

Geheugenproblemen kunnen vele oorzaken hebben. Het kan gaan om normale ouderdomsverschijnselen maar ook een teken zijn van een depressie of beginnende dementie. De klachten kunnen voorkomen na een beroerte, ongeval of ingreep, of bij patiënten met multipathologie. Deze klachten ernstig nemen en de oorzaken ervan snel achterhalen, is nodig om ze adequaat te kunnen behandelen.

### > Uniform zorgtraject

Vanuit de vroegere werking van de geheugenkliniek (hoofdzakelijk gericht op diagnostiek met het doel geheugenmedicatie op te starten en voor te schrijven) werd de nood gevoeld om zowel aan patiënten als mantelzorgers meer informatie aan te reiken en de nodige vaardigheden aan te leren (individuele sociale, emotionele en psychologische ondersteuning). Met het samenwerkingsverband willen het Tiense ziekenhuis en de Psychiatrische Kliniek Alexianen op een uniforme manier kwaliteitsvolle zorg bieden aan patiënten die geheugenklachten hebben of problemen ondervinden met concentratie, taal en/of gedrag. Proberen een (lange) opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling te voorkomen, is een belangrijk doel van de nieuwe aanpak. Voor de verwijzende (huis)artsen is er een duidelijk zorgtraject, voor de patiënten is er een gelijkaardige financiële kost.

### > Multidisciplinaire evaluatie

De patiënten kunnen voor de geheugenevaluatie (diagnostiek) en verdere opvolging terecht op de multidisciplinaire raadpleging. Indien het bv. om een dementieel beeld gaat, geven we advies over geheugondersteunende medicatie (ACHEI en Memantine) indien zinvol. Ook de vaststelling en behandeling van eventuele andere aandoeningen die geheugenproblemen kunnen veroorzaken, zoals psychische problemen (angst, de-

pressie), slaapapneu of metabole problemen (vitamine B12-deficiëntie, schildklierproblemen) komen aan bod.

De verdere opvolging, het herkennen en behandelen van gedragsymptomen samen met de ondersteuning van patiënt en mantelzorgers evenals tijdige zorgplanning en het herkennen van overbelasting van de zorgomgeving vinden we erg belangrijk. We kunnen daarom niet genoeg onderstrepen dat samenwerking tussen de verschillende medische disciplines en psycholoog, sociaal verpleegkundige en ergotherapeut noodzakelijk is om de nodige brede ondersteuning te geven aan de patiënt en zijn mantelzorgers. Uiteraard zijn ook de huisartsen en de thuiszorgdiensten uitermate belangrijk om dit project in de thuissituatie te ondersteunen en te doen slagen. We zijn dan ook erg blij met de goed lopende samenwerking (o.a. ook met de CGG) en nieuwe initiatieven zoals project Zorg 24. (zie ook pag. 14)

### > Coördinatietaak

De coördinator van de geheugenkliniek is het aanspreekpunt voor de patiënten en voor de zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. Zij regelt en plant de verdere opvolging (medisch, sociaal psychologisch) afhankelijk van de noodzaak. De patiënten wordt telkens door een arts, sociaal verpleegkundige en/of psycholoog geëvalueerd. Aparte ondersteuning van zowel patiënt als mantelzorgers is dankzij de aanwezigheid van een multidisciplinair team zeer flexibel te regelen.

### Meer informatie?

[www.rztienen.be/geheugenkliniek](http://www.rztienen.be/geheugenkliniek)  
 016 80 97 92

# Vroegtijdige zorgplanning

## Levensendezorg op maat

Dr. Anne Beyen, geriater RZ Heilig Hart Tienen

**V**eroudering en de functionele achteruitgang die ermee gepaard gaat, vragen een zorgmodel dat niet in hoofdzaak op cure gericht is. Levenskwaliteit en de zorgwensen van de patiënt zelf zijn sturende factoren in het medisch handelen. Vroegtijdige zorgplanning kan hieraan richting geven.

Door veroudering lijden patiënten meer aan chronische aandoeningen, wat ongemakken en beperkingen met zich meebrengt en afhankelijkheid creëert. De schijnbaar onbegrensde medische mogelijkheden zorgen voor onrust: angst voor controleverlies, voor een eindeloze lijdensweg of stervensproces. De multiple aandoeningen hebben een belangrijke impact op de functionaliteit van ouderen, er is een grote kans op bijwerkingen van medicatie en zelfs een mineur probleem kan een grote impact hebben op de zelfredzaamheid en een grote psychologische weerslag veroorzaken. Het is niet altijd gemakkelijk om de reden van achteruitgang bij kwetsbare ouderen op te sporen. Meestal is het een proces van acute aandoeningen boven op chronische beperkingen die een fluctuerende maar geleidelijke verslechtering van de gezondheidstoestand bewerkstelligen. Dit is een totaal andere evolutie dan bij overlijdens op jongere leeftijd (meer overlijdens door kanker). Er stellen zich multiple ethische vragen voor de oudere zelf maar ook voor de mantelzorgers en zorgverleners: Wat kunnen we nog doen? Wat moeten we nog doen? Wat is voor onze patiënt nog belangrijk?

### > Reflectie en dialoog

Vanuit deze bezorgdheid ontstond de vraag naar een ander zorgmodel waarbij levenskwaliteit en kwaliteitsvolle zorg rekening houdend met wensen en waarden van de patiënt op de voorgrond staan. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en één of meerdere zorgverleners (waaronder een arts) waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Deze zorgdoelen zijn gebaseerd op wat de patiënt waardeert als kwaliteitsvolle zorg en ze kunnen

steeds aangepast worden aan de veranderende situatie van de patiënt. Ze kunnen richting geven aan de beslissingen omtrent de zorg aan het levensende op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

Aldus de definitie uit de richtlijn vroegtijdige zorgplanning van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Vroegtijdige zorgplanning is een continu en vrijwillig proces waarbij de patiënt op 'kantelmomenten' (bv. na een ziekenhuisopname) uitgenodigd kan worden voor overleg. Doel is om de wensen van de patiënt zelf te kennen en zijn zorgdoelen goed te kunnen definiëren om aldus te anticiperen op een situatie waarin de patiënt zelf niet meer kan beslissen. Autonomie van de patiënt wordt als belangrijke waarde in het medisch handelen naar voren geschoven. Open communicatie over de zorg is uitermate belangrijk en sluit naadloos aan bij het proces van vroegtijdige zorgplanning. Patiënten en mantelzorgers adequaat inlichten over de gezondheidstoestand is een essentieel onderdeel van deze open communicatie.



### Kwetsbaarheid (frailty)

De levensverwachting bij ouderen hangt in sterke mate af van de ernst en snelheid van veroudering en de functionele achteruitgang die ermee gepaard gaat. Die kwetsbaarheid (frailty) wordt niet alleen door fysieke factoren bepaald (o.a. het samengaan van verschillende ziekten en de weerslag ervan op het functioneren) maar ook door de mentale toestand en sociale en omgevingscontext.

#### Fysiek

- Mobiliteit
- Leeftijd, geslacht
- Zintuigelijke functies
- Voedingstoestand
- Polypathologie

#### Mentaal

- Cognitieve functies
- Depressie
- Angst

#### Sociale en omgevingsdimensies

- Sociaal isolement
- Woonomstandigheden
- Financiële situatie
- Onderwijsniveau

## > Richtlijn vroegtijdige zorgplanning

We citeren hier enkele passages uit de richtlijn vroegtijdige zorgplanning die de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw opgesteld heeft in samenwerking met het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en de dienst Geriatrie van het UZ Gent.

Vroegtijdige zorgplanning stelt de waarden en voorkeuren van de patiënt centraal en tracht door dialoog tot zorgdoelstellingen of zorgafspraken te komen die in een zorgplan kunnen worden opgenomen.

## Wanneer vroegtijdige zorgplanning (VZP) starten?

Zorgverleners nemen best zelf het initiatief om VZP ter sprake te brengen naar aanleiding van verschillende sleutelmomenten.

Volgende situaties zijn sleutelmomenten om VZP te initiëren:

- op vraag van patiënt, familie of zorgverlener; naar aanleiding van het stellen van een ernstige diagnose;
- naar aanleiding van een acute achteruitgang van een chronische ziekte;
- alle situaties die kunnen leiden tot wilsonbekwaamheid;

- na opname in een woonzorgcentrum;
- naar aanleiding van een ziekenhuisopname ;
- bij de start van palliatieve zorg.

## Wat zijn de uitkomsten van VZP?

VZP-gesprekken kunnen de tevredenheid over de geleverde zorg verbeteren en hebben zelden een negatieve invloed op stress, angst en depressie bij patiënten en familieleden.

VZP kan het begrip verbeteren van de vertegenwoordiger over toekomstige zorgdoelen en kan de nauwkeurigheid verbeteren waarmee de vertegenwoordiger de wensen van de patiënt inschat.

Patiënten goed informeren (gecombineerd schriftelijk en mondeling) over VZP resulteert in een toename van de gedocumenteerde zorgvoorkeuren in het dossier. Het vroegtijdig starten van palliatieve zorg met speciale aandacht voor zorgplanning kan het aantal levensverlengende behandelingen aan het levensende verminderen zonder toename van de mortaliteit.

### Meer informatie?

[www.pallialine.be](http://www.pallialine.be), richtlijn vroegtijdige zorgplanning (VZP)



## Ook de laatste reis wil je samen bespreken

Wie ongeneeslijk ziek is, ondergaat soms allerlei behandelingen die niet meer zinvol zijn. Terwijl ze de patiënt en de familie vaak sterk belasten. Denk erover na en bepaal zelf hoe u uw levensende ziet. Spreek erover met uw arts, met familie en vrienden. Want ook al wordt u niet meer beter, weet dat u recht hebt op de beste zorg.

Vraag meer informatie aan uw arts  
of via [www.delaatstereis.be](http://www.delaatstereis.be) – tel. 02 456 82 00.  
Dit is een initiatief van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw.



Sensibilisering van de bevolking is een opdracht van alle actoren in de gezondheidszorg. Deze affiche maakt deel uit van de mediacampagne van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Op de website [www.delaatstereis.be](http://www.delaatstereis.be) vinden zorgverleners en patiënten informatiebrochures, videomateriaal, antwoorden op veelgestelde vragen en documenten zoals een wilsverklaring.







**RZ Heilig Hart Tienen vzw**

Kliniekstraat 45 | 3300 Tienen

(t) 016 80 90 11 | [info@rztienen.be](mailto:info@rztienen.be)