

Toelichting flowchart zorg voor ouderen thuis en in woonzorgcentra

Deze flowchart is tot stand gekomen door de samenwerking van de Universiteit Antwerpen – departement Eerstelijns-en Interdisciplinaire zorg (Huisartsgeneeskunde, Palliatieve zorg en geriatrie) – de Orde van Artsen provincie Antwerpen- geriateren van ziekenhuizen en de CRA's van de Woon- en ZorgCentra in Antwerpen

Deze flowchart is ontstaan vanuit een bezorgdheid om zowel voor de vermeende COVID-19 alsook voor de niet COVID-19 bewoners en bejaarden de essentiële en dringende zorg te kunnen garanderen en aldus de 'collateral damage' voor onze oudere patiënten tot een minimum te beperken. Het doel is om een gestroomlijnd stappenplan of beslissingsinstrument aan te bieden. Het model is generiek en zal regelmatig aangepast worden aan de veranderde regelgeving. Goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners maar ook met de bejaarde en diens familie is primordiaal. Ter ondersteuning van het aanbieden van ethisch verantwoorde zorg wordt ook verwezen naar het document <https://www.zorgneticuro.be/content/fag-covid-19-coronavirus-ethiek>

De flowchart bestaat uit twee delen: één voor de pre-hospitalisatie fase en één voor de ziekenhuisopname. Evalueer indien mogelijk vooraf de bewoner of bejaarde met de Clinical Family Scale (zie bijlage) zodat bij essentiële en dringende zorg de juiste keuze kan gemaakt worden.

Legende flowchart

¹ Het is ten eerste aan te raden om een goed zicht te hebben op de vroegtijdige zorgplanning (VZP) bij ouderen en/of deze vooraf en tijdig te doorlopen – deze wordt meegenomen in het overleg met de geriater.

Het gaat o.a. om volgende aandoeningen:

- Niet in thuissituatie behandelbare aandoening
- IV-behandeling nodig
- Technische onderzoeken noodzakelijk
- Voorbeelden van aandoeningen:
 - o Val met fractuur
 - o Hemodynamische, neurologische, cardiovasculaire aandoeningen
 - o Acute verwardheid bij niet-demente patiënt

² Voor patiënten thuis geldt

- dat de behandelende arts de eindverantwoordelijke blijft van de zorg voor zijn/haar patiënt tenzij hij/zij zich wegens ziekte moet laten vervangen.

Voor WZC geldt

- Volgens de richtlijnen van de overheid is het **niet** de bedoeling dat de CRA de zorg van de behandelende huisarts overneemt. De huisarts blijft het eerste aanspreekpunt. De huisarts kent de bewoner het best en kan ook best de

communicatie voeren naar de bewoner en familie toe. Op vraag van de huisarts kan eventueel – in onderling overleg en met akkoord van betrokken patiënt/bewoner – de zorg door de CRA overgenomen worden.

Niet-dringende huisbezoeken worden wel uitgesteld.

Huisartsen moet de richtlijnen van de verpleegkundigen volgen (geen ringen of uurwerken, handen wassen/ontsmetten, ...)

Behandelende arts blijft de essentiële en dringende zorg verstrekken

- Als de **CRA** de zorg overneemt, **moet** die **dagelijks langsgaan** – het is niet voldoende een telefonisch contact te hebben met het WZC. Er mag **geen** telefonisch advies worden gegeven over patiënten die niet gekend zijn door de arts. WZC/CRA moeten desnoods een klein team van artsen samenstellen als de CRA die zorg niet alleen kan opnemen. Dit is nodig aangezien patiënten met een 'Clinical Frailty Scale' (CFS) van 8 en 9 en/of een duidelijke wil omschreven in de VZP in de centra zullen blijven en dus intensieve verzorging aldaar zullen nodig hebben. Dit kan niet zonder de patiënt te zien. Bovendien moet bij verwijzing een duidelijk overzicht van de parameters kunnen gegeven worden
- Indien het om een **bewoner gaat met infectieuze klachten** gaat, moet de procedure worden gevolgd zoals voorgeschreven door de triagecentra. Bij twijfel moet een arts van het CORONA-team komen en is het niet de CRA of behandelende arts die moet gaan.

³ PHA biedt support aan voor de CRA's en artsen in de thuiszorg. Dit kan gaan om advies, maar ook voor het aanleveren van sputaandrijvers.

⁴ De huisartsenkring kan met de G-dienst van het lokaal ziekenhuis afspraken maken over de bereikbaarheid van de geriater(s) zodat huisartsen snel contact kunnen hebben met een geriater. Bij overleg met de geriater is het belangrijk de Clinical Frailty Scale (CFS)-score en de wensen van uw patiënt(e) in het kader van de VZP te kennen.










⁵ Huisartsen en CRA's kunnen ondersteuning krijgen van geriater(s) en/of PHA om complexe zorg te verlenen bij Covid-19 patiënten. Comfortzorg in de thuiszorg zal enkel mogelijk zijn mits het handhaven van voldoende mantelzorg

Voor de Antwerpse regio zijn de contactnummers voor geriatrie

AZ MONICA	03 3206308
GZA	03 4434560
KLINA	03 6505122
UZA	03 8212010
ZNA	03 4329048

Bijlage: Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale

 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	 <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p>
 <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p>	 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	 <p>9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>
 <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.</p>	
 <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	
 <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.