

## 1. Revalidatieconcept

Het revalidatieziekenhuis van het Zorgband Leie en Schelde wil betaalbare, veilige, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg op maat aanbieden aan oudere personen met een geriatrisch patiëntenprofiel, waarvoor verlengde medische zorgen en/of revalidatie nodig zijn. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een maximale (re)activering van de oudere met het oog op de terugkeer naar het thuismilieu.

De revalidatie is gebaseerd op het ICF concept, waarbij we binnen het bio-psycho-sociaal kader streven naar maximale zelfredzaamheid en optimaliseren van Quality of Life.

Doelstelling van de revalidatie is om te komen tot een geslaagde herintegratie in de oorspronkelijke thuisomgeving of thuisvervangend milieu.

Hierbij wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de mogelijkheden, verwachtingen en wensen van de patiënt en/of familie, maar tevens wordt verwacht dat ook de patiënt en/of familie zich houden aan het behandelingsplan met tijdschema dat bij opname werd opgemaakt binnen het interdisciplinair team.

## 2. Revalidatie-team

Het interdisciplinair team bestaat uit een arts-geriater, een revalidatiearts, verpleeg- en zorgkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk assistenten/sociaal verpleegkundigen, logopedisten en diëtisten. Indien nodig kan op vraag van de arts een psychologische consult aangevraagd worden.

Daarnaast beschikken we ook over een erkende ziekenhuisapotheek.

## 3. Patiëntenprofiel revalidatieziekenhuis

Het revalidatieziekenhuis richt zich op de behandeling en revalidatie van voornamelijk ouderen met een geriatrisch profiel. Met een geriatrisch profiel wordt bedoeld ouderen vanaf 65 jaar met chronische pathologie, polypathologie, polyfarmacie, verzwakte homeostase, neiging tot bedlegerigheid en inactiviteit met toegenomen afhankelijkheid van derden al dan niet gecombineerd met sociale problemen.

Ook jongere patiënten of patiënten zonder geriatrisch profiel kunnen na overleg en op basis van de medische, verpleegkundige, paramedische en sociale gegevens tijdelijk gehospitaliseerd worden voor revalidatie.

Vaak zal een opname in het revalidatieziekenhuis volgen na een verblijf in een acuut ziekenhuis waarbij er vraag is naar revalidatie, medische opvolging en verdere nazorg. Patiënten kunnen ook vanuit de thuissituatie om deze redenen tijdelijk gehospitaliseerd worden.

Tot slot kan er aan patiënten ook geïndividualiseerde palliatieve zorg aangeboden worden.

### Opname-indicaties

Geriatrisch patiëntenprofiel met:

- Verlies functionaliteit waardoor terugkeer naar thuismilieu tijdelijk niet meer mogelijk is
- Ziekenhuisopname nav heelkundige ingreep, ernstige ziekte-episode,...
- Neurologische aandoeningen zoals CVA, Parkinson, MS, critical illness polyneuropathie, ...
- ...

### Absolute exclusiecriteria

- Voor dag drie postoperatief heup-, knie- en schouderprothesen
- Dementie met belangrijke gedragsstoornissen die de revalidatie in de weg staan (oa. wegloupedrag)
- Hemodialyse
- Besmettelijke ziekten of dragerschap van multiresistente kiemen met nood aan isolatie
- Meerdaagse radio- en/of chemotherapie bij opname
- Onvoldoende revalidatiedoelstellingen (patiënt moet revalideerbaar zijn)

### Relatieve exclusiecriteria

- Steunverbod
- Radio- en chemotherapie
- Kolonisatie multiresistente kiemen die de revalidatie belemmeren

## 4. Praktisch

### Aanvraag tot opname

Een aanvraag tot hospitalisatie in het revalidatieziekenhuis gebeurt aan de hand van een standaardformulier welke te bekomen is via de sociale dienst van ons ziekenhuis. Aanvraagformulieren worden door de verwijzende instelling (ziekenhuis of thuisvervangend milieu) of (huis)arts ingevuld en bestaan uit een medisch-, verpleegkundig- en sociaal luik aangevuld met een Katz-schaal.

Nadat de nodige inlichtingen ter beschikking werden gesteld, wordt door de sociale dienst en de verantwoordelijke arts bekeken of de patiënt al dan niet beantwoordt aan het patiëntenprofiel. Voor goedkeuring wordt rekening gehouden met het beschreven opnameprofiel. Zo nodig wordt aanvullende informatie verkregen na telefonisch overleg met de verwijzende instelling/arts.

Bij de beoordeling van een aanvraag tot opname wordt geen onderscheid gemaakt naar sociale en/of financiële toestand.

Nader bericht omtrent de beslissing wordt nadien gecommuniceerd via de sociale dienst.

### Revalidatietraject

Vanaf de opnamedag wordt de patiënt bezocht door onze hulpverleners en wordt er per discipline (arts, verpleging, kinesitherapie, ergotherapie, logopedie, dieet, sociale dienst) een individueel dossier aangemaakt. Zodra voldoende gegevens beschikbaar zijn, wordt een behandelplan met doelstellingen en ontslagcriteria opgesteld, waarbij een zo volledig mogelijke herintegratie in het thuismilieu wordt nagestreefd.

De doelstellingen om te komen tot een optimaal herstel en zelfredzaamheid via revalidatie en behandeling wordt samen met de patiënt en/of vertegenwoordiger van de patiënt geïndividualiseerd. Het interdisciplinair team doet dit in samenspraak met het extern thuiszorgteam of residentieel team (o.l.v. de huisarts). De contacten met het thuismilieu stellen ons in staat de realisatie hiervan te bespoedigen en zullen tevens een correcte evaluatie mogelijk maken.

Wekelijks is er een interdisciplinair overleg om de toestand te evalueren waarbij zo nodig de doelstellingen en ontslagcriteria worden aangepast.

Indien een terugkeer naar huis niet meer mogelijk blijkt, zal deskundige hulp gegeven worden om een zo hoog mogelijke graad van zelfredzaamheid te bereiken en om zo snel als mogelijk een verwijzing waar te maken naar een geschikt thuisvervangend milieu.

### Ontslagprocedure

Eens er een maximale zelfredzaamheid is bereikt, wordt een ontslagplanning opgemaakt. In het kader hiervan is het mogelijk dat de revalidant kortstondig naar huis gaat (proefontslag), mede om de herintegratie naar huis te vergemakkelijken.

Wij streven naar een optimale transmurale samenwerking met de thuiszorgdiensten en residentiële zorg om zo te streven naar geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit te waarborgen. De huisarts en het thuiszorgteam (thuisvervangend team) zijn onontbeerlijke partners hierin.

Om de continuïteit van zorg na ontslag te garanderen, wordt bij ontslag steeds een medische ontslagbrief, paramedische - en verpleegkundige gegevens met de nodige voorschriften, een medicatielijst en medicatie voor een drietal dagen mee gegeven.

De ontslagcriteria zijn:

- Medisch ontslagklaar
- Optimalisatie van de zelfredzaamheid  
(Ontslag wordt beslist in interdisciplinair teamverband)
- Het thuisvervangend team is klaar om de zorgcontinuïteit te waarborgen