

##

Titel:	Kwaliteitshandboek geriatrie
Versie:	2

Doelstelling / Trefwoorden

1. Afkortingen

Enkele basistermen worden regelmatig gebruikt. Ze kunnen worden vervangen door afkortingen.

AZN = Algemeen Ziekenhuis Nikolaas
CRA = Coördinerend en Raadgevend Arts
GST = Geriatisch Support Team (interne liaison geriatrie)
DZG = dagziekenhuis geriatrie
KB ZPG = Koninklijk Besluit Zorgprogramma voor de geriatische patiënt
PKH = Pluridisciplinair Kwaliteitshandboek
WZC = Woon- en Zorgcentrum

2. Inleiding

Dit kwaliteitshandboek wordt opgesteld zoals vermeld in het Koninklijk Besluit Zorgprogramma voor de geriatische patiënt (KB ZPG, [bijlage 1](#)). Dat KB is van kracht sinds 2007. Het beschrijft voorwaarden waaraan het geriatisch zorgaanbod van AZ Nikolaas (AZN) moet voldoen. Daarnaast wordt rekening gehouden met het KB Bijzondere normen voor een ziekenhuisafdeling geriatrie, met vereisten van het kwaliteitveiligheidssysteem NIAZ en de kwaliteitscriteria van het kwaliteitskeurmerk Seniorenvriendelijk hospitaal ([bijlage 2](#)).

In dit document worden alle diensten van het ZPG toegelicht: een afdeling geriatrie, een consultatie, een daghospitaal, een interne liaison en samenwerkingsverbanden met (externe) partners. Niet elke oudere is een geriatische patiënt. Kenmerken van een fragiele en geriatische patiënt worden beschreven. Tot slot wordt toegelicht met wie en hoe er wordt gewerkt aan kwaliteit van zorg, aan welke waarden belang wordt gehecht, welke toekomstplannen er zijn.

Dit kwaliteitshandboek wordt ter beschikking gesteld aan alle medewerkers, aan patiënten, aan bezoekers en aan hulpverleners (in opleiding voor een beroep in de gezondheidszorg).

De teams van het ZPG zijn benieuwd naar uw ervaringen. Elke stem telt, ongeacht de leeftijd! Op leren en verbeteren staat immers ook geen grens!

Inhoud

3. Structuur en organisatie

AZN heeft een belangrijke plaats in het aanbod van gezondheid en welzijn in het Waasland, dat tegemoet wil komen aan de noden en behoeften van kwetsbare ouderen.

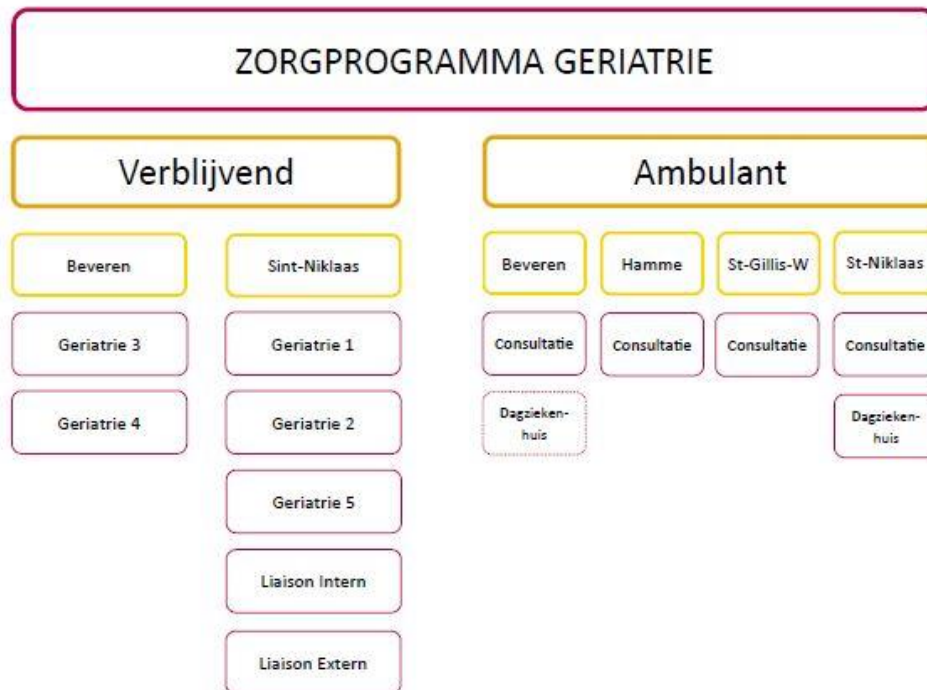
De ziekenhuisafdelingen geriatrie zijn gespreid over de campussen Beveren en Sint-Niklaas. Het Geriatisch Support Team (GST) of interne liaison geriatrie spoort kwetsbare ouderen op op de niet-geriatische diensten en ondersteunt het team in de zorg met aandachtspunten en adviezen.

Er wordt samengewerkt met revalidatiecentra, organisaties voor thuiszorg, met de huisartsen, met woonzorgcentra (WZC) en met expertisecentra. De samenwerking buiten de ziekenhuismuren wordt externe liaison genoemd.

Tot slot, een ziekenhuisopname kan soms worden vermeden door ambulante hulpverlening via een consultatie bij de dokter op de campus in Beveren, Sint-Niklaas of Sint-Gillis-Waas. Voor uitgebreider onderzoek zonder overnachting wordt verwezen naar het dagziekenhuis geriatrie (DZG) op de campus Sint-Niklaas.

Onderstaand schema geeft de elementen een plaats in de organisatie.

##



4. Doelgroep

Ouderdomsverschijnselen met ziektebeelden doen de kwetsbaarheid toenemen. De afhankelijkheid van een professionele hulpverlener kan stijgen.

De geriatrische patiënt wordt in het KB ZPG gekenmerkt door:

- een kwetsbaar functioneren van verschillende organen of stelsels (homeostase);
- een samengaan van acute en chronische ziektebeelden;
- een afwijkende, vage presentatie van een ziekte (vage klachten, symptomen of signalen);
- een verstoorde werking van geneesmiddelen (van opname in het bloed tot verdeling in het lichaam en uitscheiding);
- een gevaar van functionele achteruitgang (dreigende afhankelijkheid in het functioneren);
- een gevaar voor onvoldoende of te veel inname van voedingsstoffen;
- een neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid, met een kans tot opname in een instelling en afhankelijkheid bij activiteiten van het dagelijkse leven en/of
- psychosociale problemen.

Een oudere persoon hoeft niet altijd op een afdeling geriatrie te verblijven. Het is wel nodig om de mate van kwetsbaarheid, de nood aan extra begeleiding of een transfer naar geriatrie in te schatten ongeacht of de opname gepland (na contact tussen de huisarts en de specialist), na een consultatie of urgent via de spoedgevallen gebeurt.

Ouderen op een afdeling heelkunde of geneeskunde

Elke patiënt vanaf 75 jaar wordt bij opname op een niet-geriatrische dienst specifiek bevraagd (screening) door de verpleegkundige van die afdeling (bijlage 3). Een positieve score activeert het GST en kan alsnog leiden tot een transfer naar geriatrie of verdere opvolging tijdens het verblijf. De specifieke vragenlijst (screening) wordt toegelicht onder 8.2.1 Geriatrisch Support Team (8. Werkwijzen - Buiten de afdeling)

Ook voor patiënten onder de 75 jaar, mét kenmerken zoals eerder beschreven, kan een verblijf op een afdeling geriatrie of ondersteuning door het GST een meerwaarde zijn.

De graad van kwetsbaarheid is belangrijker dan de leeftijd op zich.

##

5. Missie en visie

Een missie beschrijft de bestaansreden van een organisatie, de waarden en identiteit. Een visie beschrijft een toekomstbeeld, wat een organisatie wil bereiken.

Door de veelheid aan zorgbehoevende ouderen in en rond het ziekenhuis, is het belangrijk dat het ZPG tot in de kern van de organisatie zit verweven.

5.1. AZ Nikolaas – missie

De missie van AZN is een inspiratiebron voor het ZPG ([bijlage 4](#)). Kernwoorden zijn: specialistisch, toegankelijk, gepersonaliseerd en kwaliteitsvol.

Belangrijke waarden die AZN uitdraagt, zitten vervat in de waardenroos ([bijlage 5](#)).

5.2. Zorgprogramma geriatrie – missie

De missie van het ZPG is ontstaan uit de missie van AZN.

Het ZPG wil kwaliteitsvolle zorg bieden op een gepersonaliseerde manier, door een pluridisciplinair team, met aandacht voor continuïteit en veiligheid van zorg, en het cliëntensysteem

Kwaliteitsvolle zorg betekent:

- het op peil houden van basisfuncties, het opsporen van achteruitgang en het voorkomen van complicaties (vb. vallen);
- het zorgdragen voor minimale behoeften (vb. slapen);
- het herstel of behoud van zelfstandigheid door revalidatie en educatie, rekening houdend met de goede en gezonde gewoonten van thuis;
- veilige zorg door gekwalificeerde hulpverleners, met hulpmiddelen indien nodig, in overleg met andere hulpverleners, vanaf de opname tot na het ontslag.

Een gepersonaliseerde benadering betekent:

- zorg op maat, afgestemd op noden en verwachtingen;
- respect voor waarden en normen van de persoon;
- een betrokkenheid door elke lid van het team in de zorgrelatie;
- aandacht geven, binnen de beschikbare tijd door er werkelijk te 'zijn';
- aansluiten bij de belevingswereld, door het erkennen van iemands gevoelens enz..

Het pluridisciplinair team omvat alle disciplines van het ZPG, met specifieke kwaliteiten en verantwoordelijkheden (zie 6. Functies en verantwoordelijkheden) ([bijlage 1](#)).

Het cliëntensysteem verwijst naar aanwezige zorgverlening van naasten (informeel, leken) en professionele hulpverleners, voor of na de opname.

5.3. Zorgprogramma geriatrie – visie

De visie beschrijft concreet welke doelen (richting) worden nagestreefd, de specifieke aandacht en hoe wordt bijgedragen aan ouderenzorg van morgen.

Om de gezondheid en het welzijn van de oudere zorgvrager te ondersteunen, wordt dagelijks een pluridisciplinair team (met referentiepersonen) ingezet, met specifieke vaardigheden en up to date kennis. Zorg wordt verleend op maat. De belevingswereld is een belangrijk gegeven. Inspraak, deelname en versterken (empowerment) van de zelfredzaamheid van de oudere patiënt zijn hierbij belangrijk. Wanneer de gezondheid ernstig wordt bedreigd, dan wordt op een menswaardige manier en in samenspraak overgegaan tot comfortzorg.

Bijzondere aandacht gaat naar vaak voorkomende gezondheidsproblemen zoals vallen en vrijheidsbsperking, verwardheid, psychosociale problemen, beperkte mondzorg enz. Deze thema's zitten verwerkt in een poster die aan elke afdeling is aangeboden, met als centrale boodschap: WARME ZORG voor ouderen.

Opleiding over deze en andere onderwerpen worden ondersteund om meer kwaliteitsvolle en veilige zorg te kunnen bieden. Educatie van teamleden, van familie of naasten van de patiënt en van de patiënt is belangrijk.

Deze doelstellingen en kernwaarden gelden ook voor ouderen die niet op een afdeling geriatrie zijn opgenomen. Om deze geriatrische zorgcultuur uit te dragen in het ziekenhuis, zijn referentiepersonen op veel afdelingen aanwezig. Het zijn collega's met een groot hart en een bijzondere interesse in de oudere.

##

6. Functies en verantwoordelijkheden

In dit hoofdstuk wordt elke discipline kort beschreven die dagelijks actief is in het ZPG. Deze informatie is terug te vinden via de website www.aznikolaas.be en via de afdelingsbrochure.

In volgorde worden beschreven: (1) het team dat instaat voor dagelijkse zorg, (2) het team dat de geriatrie zorgcultuur uitdraagt in het ziekenhuis en (3) de eindverantwoordelijken in het ZP, zijnde de zorgmanager, de clustermanager en het medisch diensthoofd.

6.1. Op de afdeling geriatrie

Hieronder worden alle disciplines beschreven die via het afdelingsbudget worden ingezet ([bijlage 1 en 2](#)).

Het **afdelingsteam** creëert een zorgzaam leefklimaat, via het dagelijks contact met de patiënt en de naasten. Aan veilige zorg wordt gewerkt via preventiemaatregelen, gerichte communicatie, uitgebreide gegevensverzameling, observatie en rapportering. Elk teamlid draagt zorg voor basisbehoeften en comfort van de patiënt.

De **verpleegkundige** is verantwoordelijk voor de planning, de uitvoering, de observatie en rapportering van zorg, met verpleegtechnische handelingen in eenvoudige en complexe situaties, met psychosociale en emotionele ondersteuning van de patiënt en de naasten. Dit gebeurt vaak in samenwerking met andere disciplines.

De **zorgkundige** is medeverantwoordelijk voor zorgactiviteiten volgens de eigen deskundigheid, onder toezicht van de verpleegkundige. Met toezicht wordt bedoeld dat de verpleegkundige in de onmiddellijke omgeving bereikbaar is.

De **ergotherapeut** evalueert, adviseert en traint het dagelijks functioneren met oog op het behoud of verbeteren van de zelfredzaamheid. Hulpmiddelen worden zo nodig (tijdelijk) ingezet. De woonsituatie en de (gewenste) zelfredzaamheid zijn belangrijk in het stellen van prioriteiten. De ergotherapeut heeft ook een voortrekkersrol in het valpreventiebeleid.

De **logopedist** evalueert, adviseert en traint de zorgvrager met spraak-, taal- en slikproblemen. Hinder kan ontstaan bij een activiteit zoals het drinken, het (samen) eten, het zich uitdrukken of een gesprek voeren. Gepaste methoden en hulpmiddelen worden gezocht. Ook de naasten worden zo nodig geïnformeerd en begeleid.

De **psycholoog** evalueert en adviseert over het emotioneel en cognitief functioneren, biedt psychosociale begeleiding bij emotionele problemen eigen aan een levensfase of een life-events (rouwverwerking, angst, ...) en ondersteunt bij levensbelangrijke (existentiële) vragen.

De **hoofdverpleegkundige (HVP)** is een belangrijke schakel tussen de dagelijkse zorg en het ziekenhuis als organisatie. De HVP coördineert het eigen pluridisciplinair team, streeft naar kwaliteit en dynamiek, laat teamleden zorg dragen op een zorgzame manier, stimuleert onderling overleg en samenwerking. Elke HVP bouwt mee aan een netwerk buiten het ziekenhuis, in functie van continuïteit van zorg.

De patiënt worden omringd door een pluridisciplinair team onder leiding van de geriater, een **arts** met een erkenning in de geriatrie. De arts is verantwoordelijk voor de medische diagnostiek en het behandelplan, de begeleiding van artsen in opleiding, samenwerking met huisartsen en CRA's. Wekelijks wordt interdisciplinair overleg gehouden. Naast de verblijfsafdeling worden patiënten gezien via de consultatie en/of het DZG.

Andere disciplines en teams die een zeer waardevolle bijdrage leveren aan de dagelijkse zorg om kwetsbare ouderen zijn de medewerker sociale dienst, de logisitiek assistent, de kinesist, de klinisch apotheker, de diëtist en nutrieverpleegkundige, het decubitusteam, het fixatiepreventieteam, het team voor levensbeschouwelijke zorg (zie afdelingsbrochure).

6.2. Buiten de afdeling geriatrie

Het **Geriatrisch Support Team** is een multidisciplinair team onder begeleiding van de geriater. Het bestaat uit ten minste een verpleegkundige, een ergotherapeut, een psycholoog en een logopedist. Het draagt de geriatrie zorgcultuur uit in het ziekenhuis op afdelingen waar veel patiënten worden opgenomen met een leeftijd ouder dan 75 jaar. Preventie van geriatrie syndromen en gezondheidsproblemen behoren tot de kerntaken. Het GST geeft advies naar het team, de behandelende ziekenhuisarts en de huisarts. Het GST deelt

##

ook kennis met de patiënt, de mantelzorger, referentiepersonen enz. over pijn, omgaan met dementie, valpreventie, verwardheid, vrijheidsbeperking enz.

Sommige gezondheidsproblemen hoeven niet te eindigen in een snelle of lange opname, ook al wordt het zelfstandig thuis wonen moeilijker. Evaluatie, opvolging en/of herstel (revalidatie) kan dan verlopen via het **Daghospitaal Geriatrie**.

6.3. Organisatie en beleid

De **zorgmanager** is de verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma ([bijlage 1](#)). De zorgmanager werkt aan de kwaliteit van zorg op de afdelingen geriatrie en aan de geriatrie zorgcultuur in het ziekenhuis, samen met de hoofdverpleegkundigen, de gerieters, paramedici, referentiepersonen, het GST en de clustermanager ([bijlage 6](#)).

De **clustermanager** (CM) coacht de hoofdverpleegkundige in de organisatie en de sturing van het afdelingsteam, is verantwoordelijk voor de inzet van middelen (personeel, producten), evalueert de kwaliteit van zorg enz.

Het **medisch diensthoofd geriatrie** is verantwoordelijk voor de dagelijkse medische zorg en voor het kwaliteitshandboek. Samen met de verantwoordelijke verpleegkundige wordt toegezien op :

- 1° het opstellen en bijwerken van het kwaliteitshandboek;
- 2° het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het kwaliteitshandboek;
- 3° de naleving van de in dit besluit vastgestelde normen;
- 4° de registratie van de geriatrie gegevens;
- 5° de continuïteit van de zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens;
- 6° de praktische organisatie van het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving.

7. Competentieprofiel en opleiding

7.1. Competentieprofielen

Naast een brede kennis en kunde moet een competente hulpverlener een professionele houding vertonen. Sommige eigenschappen lijken aangeboren. Andere medewerkers leren door te doen. Die leergierigheid doet groeien.

Competentieprofielen zijn beschikbaar via NIKOdoc per niveau en per functie ([bijlage 7](#)).

7.2. Opleidingsbeleid

AZ Nikolaas ondersteunt het 'levenslang leren'. Een hoger opleidingsniveau en een mix van inzichten zijn positief voor de kwaliteit van zorg.

Voor alle medewerkers van het ZPG wordt jaarlijks een interne studiedag georganiseerd.

In het KB staat beschreven dat elke afdeling over een aantal verpleegkundigen dient te beschikken die een gespecialiseerde. Verpleegkundigen worden ondersteund in het behalen van een erkenning als gespecialiseerd verpleegkundige. Voor het behoud en verdere ontwikkeling worden interne en externe vormingen opgevolgd.

Paramedici die actief betrokken zijn in een team worden gevraagd om vorming of vaardigheidstraining te geven. Ook voor paramedici worden externe vormingen gestimuleerd die aansluiten bij het zorgdomein geriatrie.

Tot slot worden handboeken of tijdschriften aangekocht per discipline, beschikbaar op de afdeling voor teamleden en studenten.

8. Dagelijkse (samen)werking

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op werkafspraken, methoden en samenwerking (1) op de afdeling geriatrie en (2) buiten de afdeling (vb. het GST, het DZG, externe liaison). Afspraken en/of methodes zijn continu in ontwikkeling.

##

8.1. Op de afdeling geriatrie

8.1.1 Opnamebeleid

Een afdelingsbrochure is beschikbaar met aandachtspunten voor en tijdens de opname. Het bevat informatie over medicatiegebruik, een voorbeeld van een dagverloop, een ontslagvoorbereiding enz. ([bijlage 8](#)).

Belangrijke voorwaarden voor een opname zijn de aanwezigheid van een geriatrisch profiel, een (acuut) medisch probleem en herstelmogelijkheid.

Een opname kan **ongepland** verlopen op 2 manieren. Dit kan via het daghospitaal, bij voorkeur met een verwijzingsbrief door de huisarts. De opnamereden is dan niet levensbedreigend. De zelfredzaamheid (en het thuiswonen) is bedreigd door de combinatie van gezondheidsproblemen en de leefomstandigheden. Daarnaast kan een opname via de spoeddienst lopen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een (potentieel) levensbedreigend probleem. Het gezondheidsprobleem behoort tot het competentiedomein van de geriater. Indien er een (negatieve) wilsverklaring is, dan is het belangrijk dat deze snel kenbaar wordt gemaakt, hetzij via de oudere, hetzij door de naaste indien de zorgvrager zelf hiertoe niet meer in staat is.

Een opname kan **gepland** gebeuren op 3 manieren: (1) de huisarts neemt telefonisch contact met de geriater, (2) een interne transfer gebeurt na een evaluatie door het GST, (3) een geplande transfer is het gevolg van een samenwerking tussen de geriater en een andere medische specialiteit, vb. neurologie of orthopedie en geriatrie ([bijlage 9](#)).

Behalve duidelijk omschreven opnamecriteria voor een transfer zijn er nog een aantal aandachtspunten namelijk:

- een opname gebeurt zo veel mogelijk op maat van de oudere, rekening houdend met waarden en normen, met aandacht voor de beleving van en bezorgdheden rond een opname ([bijlage 10](#))
- er dient een identiteitscontrole te gebeuren zodat de juiste persoon op de juiste plaats is terecht gekomen
- een aantal risicodomeinen worden extra bevraagd om (dreigende) problemen in te schatten (vb. vallen)
- ...

Om de opname veilig en volledig te laten verlopen, wordt een checklist gebruikt op een afdeling geriatrie. Een vlotte communicatie en gegevensuitwisseling tussen de huisarts of de specialist en de geriater is belangrijk.

Tot slot kan een opname worden geweigerd of niet onmiddellijk doorgaan om een aantal redenen. Ten eerste wordt verwezen naar het KB Bijzondere normen waarin staat dat een sociale opname te vermijden is. Hiermee wordt bedoeld dat er geen direct medische aanleiding is tot opname, eerder een sociale problematiek. Daarnaast, om een overaanbod aan patiënten te beperken, worden volgende argumenten geformuleerd waarbij niet onmiddellijk wordt ingegaan op een vraag tot op- of overname: (1) als de persoon al verschillende malen is opgenomen bij één andere medische specialiteit dan geriatrie (vb. Cardiologie), met gelijkaardige aanmeldingsklachten in het afgelopen jaar, (2) een aanmeldingsklacht die gelinkt is met een ontslag in de laatste 2 weken bij een andere medische discipline en (3) een onhandelbare patiënt, vb. door agressie.

8.1.2. Ontslagbeleid

Ontslagplanning wordt kort na opname gestart. Daarom komt het nu al aan bod in de tekst.

Ontslagcriteria voor een afdeling geriatrie zijn:

- de acute fase van het ziektebeeld is voorbij (klinische beeld is genormaliseerd of gestabiliseerd)
- medicatie op puntstelling is gebeurd;
- een veilige medicatie-inname kan gebeuren;
- sociale opvang is verzekerd.

Ontslagcriteria en het verloop van de ontslagplanning kunnen verschillend zijn voor thuis wonenden en bewoners van een WZC.

De medewerker sociale dienst op de afdeling geriatrie speelt een belangrijke rol in het persoonsgerichte contact. Gesprekken worden zoveel mogelijk gevoerd met de patiënt.

Een belangrijke doelstelling is om de verwachte datum van ontslag zo spoedig mogelijk kenbaar te maken. Dit kan gebeuren met een kaartje, bij voorkeur na het multidisciplinair overleg ([bijlage 11](#)).

Op het moment van ontslag wordt een documentenbundel samengesteld (een overzicht van medicatie(wijzigingen), voorschriften voor hulpmiddelen). De enveloppe bevat een checklist met duiding welk

##

document voor een welke hulpverlener buiten AZN is bedoeld (vb. Informatie voor thuisverpleging).

8.1.3 Informatie en communicatie

8.1.3.1 Anamnese

Onmiddellijk na de opname wordt de gezondheid status en de ziektegeschiedenis in kaart gebracht. Sommige domeinen worden extra bevraagd, vb. valrisico, risico op malnutritie enz. Het multidisciplinair team verzamelt deze gegevens met aandacht voor een biologisch, psychologisch en sociaal luik (BPS). Elk dossier kan worden besproken met alle betrokken disciplines (zie MDO). Op grond van deze gegevens worden acties en/of onderzoeken gepland. Dit wordt bijgestuurd in functie van verwickelingen, herstel, comfort of ontslag.

8.1.3.2 Dagelijkse rapportage

De zorgverlening wordt georganiseerd in een ochtend-, avond- en nachtshift. De continuïteit en patiëntveiligheid bij elke wissel wordt gewaarborgd door een correct bijgehouden patiëntendossier en een mondelinge bespreking van de belangrijkste (nieuwe) informatie. Om de kans op miscommunicatie te verkleinen, worden leefregels voor vergaderhygiëne opgesteld (vb. stoorzenders vermijden). De SBAR(R) methodiek wordt toegepast om noodzakelijke informatie volledig en gestructureerd te delen ([bijlage 12](#)).

De bespreking vindt plaats van 6u54 tot 7u15, van 14u tot 15u en van 21u45 tot 22u06.

8.1.3.3 Multidisciplinair overleg

Een MDO vindt wekelijks plaats met aanwezigheid van de geriater, de hoofd- en/of zoneverpleegkundige, een medewerker sociale dienst en een uitnodiging voor de klinisch apotheker en paramedici (vb. ergotherapie, logopedie enz.). Voor het MDO heeft AZN een huishoudelijk reglement opgesteld ([bijlage 13](#)).

Een MDO heeft als doel de gezondheidsstatus, valkuilen en ontwikkelingen van patiënten te bespreken om het zorgplan aan te passen en/of een ontslagplanning voor te bereiden. Voorbeelden van concrete doelstellingen zijn het behoud en/of herstel van zelfredzaamheid (Activiteiten Dagelijks Leven); een holistische benadering tot levenseinde-zorg enz.

8.1.3.4 Contactmomenten met familie

Bij (dringende) vragen kan de afdeling of de dagverantwoordelijke worden gecontacteerd (zie afdelingsbrochure, website). Om de dagelijkse werking vlot te laten verlopen, wordt gevraagd om telefonisch contact te beperken en te laten verlopen via één aanspreekpunt in de familie.

De geriater is telefonisch bereikbaar. Dit kan verschillen per geriater en per afdeling. De contactmomenten zijn gekend door het afdelingsteam.

Een gesprek kan op de afdeling plaatsvinden, na de patiëntenbespreking van 14u of op afspraak, met een specifieke hulpverlener indien nodig, vb. de arts, de psycholoog enz.

Opgelet: Rekening houdend met de wet patiëntenrechten (22 augustus 2002) kan informatie slechts onder bepaalde voorwaarde en aan specifieke personen worden meegedeeld.

8.1.4 Staand order (medicatie voor kortdurend gebruik)

Een staand order (SO) is een door de arts voorafgaandelijk vastgesteld medicatieschema, voor kortdurend gebruik, vb. eenmalig een pijnstillend of slaapwekkend product geven.

Voor de afdelingen geriatrie bestaat een SO voor medicatie bij specifieke klachten of categorieën van problemen opgesteld in overleg met de klinisch apotheker ([bijlage 14](#)).

8.1.5 Procedures (voor behandeling, onderzoek, ...) en zorgpaden

Door het individuele karakter van verouderingsprocessen (normaal of pathologisch) in combinatie met multipathologie kan het zijn dat standaard protocols voor behandeling, onderzoeken of transfers moeten worden aangepast naar de geriatrische patiënt.

Procedures die van kracht zijn of afwerking zitten, gaan over de thema's: dementie, valpreventie, vrijheidsbeperking, handhygiëne, incontinentiewissel, cognitief functioneren, spoedopname van een geriatrische patiënt, interne transfer (ortho)geriatrie.

Procedures die nog in aanmaak zijn, gaan over mondzorg, pijnobservatie en –behandeling.

Een zorgpad voor een opname op de afdeling geriatrie en een zorgpad levenseinde zorg worden uitgewerkt.

##

8.2. Buiten de afdeling geriatrie

Door de vele patiënten boven 75 jaar die mogelijk in aanmerking komen voor een opname in het zorgprogramma geriatrie, is het belangrijk dat aandacht voor ouderen en specifiek een geriatrische zorgcultuur aanwezig is in het ziekenhuis. Dit wordt gestimuleerd door een GST, door concrete afspraken rond op- en overname van een geriatrische patiënt, door samenwerking met organisaties buiten het ziekenhuis enz.

8.2.1. Geriatrisch Support Team (interne liaison)

8.2.1.1. Screening

Zoals beschreven onder 4. Doelgroep wordt elke patiënt ouder dan 75 jaar bij opname voor een ander specialisme dan geriatrie gescreend op een geriatrisch risicoprofiel, met de tool Geriatric Risk Profile (GRP). Met 5 vragen wordt bepaald of een evaluatie door het GST nodig is. De vragen gaan over (1) aanwezigheid van een cognitieve stoornis (desoriëntatie), (2) de woonstatus (alleenstaande of met hulp van een inwonende), (3) de mobiliteit (en vallen), (4) de laatste hospitalisatie (< 3 maanden) en (5) het gebruik van medicatie. Vanaf 2 positieve antwoorden, wordt het GST ingeschakeld.

8.2.1.2. Geriatrisch assessment

Met een assessment verzamelt en analyseert het GST extra informatie over gezondheids-problemen die vandaag of in de toekomst de zelfredzaamheid kunnen beïnvloeden. Aandacht gaat naar zelfzorg (voor basisbehoeften), voeding en uitscheiding, geheugen en oriëntatie, mobiliteit, gebruik van medicatie, de leef- en woonomstandigheden.

8.2.1.3. Adviesverlening

Advies wordt gegeven aan de patiënt en zijn omgeving en het afdelingsteam. Het kan gaan over het zorgplan tijdens en/of na de opname. Adviezen zijn niet verplichtend. Referentiepersonen worden gevormd in ingeschakeld als contactpunt van de afdeling.

Wekelijks worden complexe casussen besproken op een MDO (zie 8.1.3.3). Dit kan leiden tot een transfer naar de afdeling geriatrie of tot advies voor ambulante opvolging.

De huisarts mag een verslaggeving ontvangen van elke evaluatie of bundel van adviezen.

De algemene werking van het GST is beschreven voor alle niet-geriatrie diensten ([bijlage 3](#)).

8.3. Dagziekenhuis geriatrie

Het DZG maakt deel uit van de ambulante hulpverlening (zie 3. Structuur en organisatie). De oudere kan een bezoek brengen voor of na of onafhankelijk van een ziekenhuisopname, steeds op verzoek van een huisarts, een geriater of een andere specialist (zie 6.2 Functies en verantwoordelijkheden buiten de afdeling geriatrie).

8.3.1. Evaluatie

Een uitgebreide evaluatie van gezondheidsklachten kan gebeuren aan de hand van meetinstrumenten (vragenlijsten, gebruik van toestellen) en eventueel bijkomende technische onderzoeken. Indicaties voor een uitgebreide evaluatie kunnen zijn: geheugenstoornissen, algemeen achteruitgaan van de zelfredzaamheid, valproblematiek, vermagering enz. Alle resultaten worden samengebracht en multidisciplinair besproken. Op het moment van een diagnosebespreking wordt een behandel- en nazorgplan toegelicht.

8.3.2. Revalidatie

Het KB ZPG verduidelijkt dat het kan gaan om een programma rond evenwicht, continëntie, geheugen en/of slikproblemen.

Het ZPG heeft een samenwerking het revalidatiecentrum om ouderen met valproblemen een revalidatietraject aan te bieden. Aanmelding voor het revalidatietraject kan na een ziekenhuisverblijf of via doorverwijzing van de huisarts naar het dagziekenhuis. Na evaluatie door het multidisciplinair team wordt een oefenprogramma opgesteld. De evolutie wordt wekelijks opgevolgd opdat het herstel zo spoedig mogelijk in de eigen thuisomgeving kan worden verder gezet.

Er wordt tevens gewerkt aan een programma met aandacht voor enkele probleemgebieden samen, vb. mobiliteit, hulpmiddelen gebruiken, taal- en spraak, medicatietrouw enz.

##

8.4. Externe samenwerking

8.4.1. Begeleidingscommissie

Om de samenwerking met andere organisaties te bewaken en te verbeteren, worden met vaste regelmaat de begeleidingscommissie woonzorg en thuiszorg georganiseerd.

Agendapunten kunnen zijn: ervaringen van bewoners of patiënten, communicatie, zorgthema's zoals infectiepreventie, het uitwerken van ideeën in functie van de kwaliteit van zorg, het opstellen van gezamenlijke opnamedocumenten enz.

8.4.2. Overlegfora, expertisecentra en andere

Het ZPG is regelmatig actief aanwezig op overlegmomenten of kwaliteitsprojecten buiten het ziekenhuis om expertise te delen en zelf te worden geïnspireerd door anderen. Een maatschappelijke betrokkenheid sluit tevens aan bij de missie, namelijk om kwaliteitsvolle zorg af te stemmen op de omgeving van de patiënt. Door te participeren buiten het ziekenhuis komen noden en behoeften beter in beeld, wordt het aanbod van het ZPG beter bekend bij hulpbehoevenden en hulpverleners enz. Voorbeelden zijn het Overleg Platform Dementie, het psycho-educatiepakket voor mantelzorgers van personen met dementie, een vormingsprogramma valpreventie voor leden van Familiezorg enz.

Een resultaat van een samenwerking met Lokaal Multidisciplinair Netwerk Waasland is het stappenplan voor diagnostiek van dementie ([bijlage 15](#)).

9. Kwaliteitsbeleid

De kwaliteit van zorg wordt vanaf de opname tot na ontslag regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd aan de hand van het kwaliteit- en veiligheidsplan.

Belangrijk is immers dat het juiste teamlid op de juiste plaats de juiste acties kan uitvoeren én dat de patiënt door deze dagelijkse inzet een verblijf kan ervaren zonder extra schade, met behoud of herstel van gezondheid.

9.1 Kwaliteit- en veiligheidsplan

Het plan wordt aangestuurd door het kerncomité Kwaliteit en Veiligheid. Het plan bestaat uit vier systemen: het kwaliteitsmanagementsysteem, het veiligheidsmanagementsysteem, het risicomanagementsysteem en het integraal verbeterbeleid ([bijlage 16](#)).

Om veilige en goede zorgverlening te waarborgen, heeft elke medewerker toegang tot procedures, afspraken en zo meer in het documentbeheersysteem NIKOdoc.

De veiligheid en correctheid van zorgverlening wordt continu opgevolgd via veiligheidsrondes op de afdeling, via incidentmeldingen enz. Verbeterpunten worden geformuleerd in verbeteractiepunten per afdeling, die op korte termijn worden uitgewerkt en geëvalueerd. Gaat het om werkpunten die een veel grotere omvang hebben dan kan het een jaaractiepunt worden.

De verbeter- en jaaractiepunten maken dus duidelijk waar elke afdeling en het zorgprogramma in het algemeen aan werkt om goede zorgverlening te bewaren en betere zorgverlening na te streven in de toekomst. Ze worden opgevolgd door leidinggevenden en door directieleden.

9.2 Overlegstructuren

Met onderstaande overlegstructuren wordt de missie bewaakt, een visie uitgewerkt en gedragen, worden doelstellingen geformuleerd en de realisatie er van opgevolgd ([bijlage 17](#)).

9.2.1. Management team

In het managementteam zijn alle disciplines van het pluridisciplinair team uitgenodigd. Agendapunten zijn het beleidsplan, het opname- en ontslagbeleid, de multidisciplinaire samenwerking, preventie van ongewenste problemen, de inzet van middelen enz. Afhankelijk van agendapunten wordt de samenstelling aangepast.

9.2.2. Medische staf (XL)

De medische staf is een maandelijks overlegmoment met alle geriateren en de zorgmanager. Agendapunten zijn diagnose- en behandelplannen (evidence based status), opname- en ontslagbeleid, samenwerking met andere medische specialismen, samenwerking met CRA's (informatiedeling, vroegtijdige zorgplanning, enz.), aanbod en behoefte aan zorg bij de doelgroep enz. Afhankelijk van agendapunten wordt de samenstelling aangepast.

##

9.2.3. Clusteroverleg

In het clusteroverleg zijn alle hoofdverpleegkundigen geriatrie en van het GST/DZG aanwezig. Agendapunten zijn de dagelijkse werking van de verschillende teams op dienstniveau, de inzet van disciplines over de afdelingen, voorstellen tot innovatie enz.

Overlegstructuren zijn er ook op afdelingsniveau (per verblijfsafdeling of team). Op deze manier kunnen ideeën vanuit één afdeling of team opborrelen naar het volledige zorgprogramma. Overkoepelende afspraken kunnen op maat worden gemaakt van de afdeling of het team. Communicatie wordt in de beide richtingen gestimuleerd.

9.3 Kwaliteitsthema's en indicatoren (actueel)

In de dagelijkse werking worden een aantal thema's met betrekking tot kwaliteit en veiligheid extra opgevolgd. Het gaat om decubitus, valpreventie, vrijheidsbeperking, opname- en ontslagbeleid, patiëntentevredenheid en handhygiëne.

Opvolging gebeurt aan de hand van meetbare indicatoren zoals het aantal nieuwe incidenten of gevallen dat is ontstaan op een afdeling geriatrie (vb. decubitus, vallen), het besluitvormingsproces en de correcte registratie bij vrijheidsbeperking, de weg die de patiënt heeft afgelegd vanaf het moment van opname in het ziekenhuis tot en met in het zorgprogramma alsook de voorbereiding en uitvoering van een ontslagplan, de aanwezigheid van kennis van indicaties voor handhygiëne en het correct toepassen.

10. Sterkte - Zwakte - Opportuniteiten (kansen) - Bedreigingen

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt van AZ Nikolaas is een omvangrijk geheel, met veel en gemotiveerde medewerkers, veel contacten binnen en buiten de organisatie, met een drang om te blijven verbeteren en groeien, voor een steeds groter wordende groep van hulpbehoevende ouderen. Om zichzelf goed te kennen en te weten waar naartoe, is het interessant om in beeld te brengen wat de sterktes, de zwaktes, de uitdagingen en de risico's zijn (een sterkte-zwakte analyse).

De **sterke eigenschappen** van het ZPG zijn hierboven uitgebreid beschreven.

Voorbeelden zijn:

- een uitgebreid aanbod, gespreid in het Waasland,
- gemotiveerde, goed opgeleide teamleden, vanuit verschillende disciplines (verpleging, ergotherapie, logopedie, psychologie enz.),
- een bereidheid vanuit de directie om te investeren in een fixatie-arm beleid,
- een uitgebreid netwerk van partners en samenwerkingsverbanden,
- een leergierig geheel met zin voor vernieuwing enz.
- een open communicatie tussen alle teamleden, van medewerkers tot eindverantwoordelijken.

Minstens even belangrijk is het kennen van de eigen **zwaktes** of **werkpunten**. Werkpunten worden actief aangepakt door het kwaliteit- en veiligheidsplan. Op die manier worden ze omgezet naar opportuniteiten, ofwel op korte termijn ofwel op middel-lange termijn.

Voorbeelden zijn:

- de beschikbaarheid van voldoende paramedici per afdeling,
- participatie van de doelgroep (vertegenwoordiging van ouderen in de maatschappij),
- het beschikken over een zorgpad geriatrie, een zorgpad levenseinde zorg,
- het beschikken over onvoldoende alternatieven om wegloupegevaar volledig te vermijden.

De **opportuniteiten** of uitdagingen zijn heel divers. Ze vloeien voort uit intern overleg, veiligheidsrondes, de samenwerking met externe partners zoals onderwijsinstellingen of worden aangebracht door teamleden in opleiding.

Voorbeelden zijn:

- het opstellen van een frailty gids met informatie voor de patiënt en/of naasten,
- de uitbreiding van het aanbod van het daghospitaal,
- het borgen van procedures: valpreventie en SBAR(R)-communicatie,
- de verfijning van een multidisciplinaire samenwerking,
- het uitwerken van een beleid rond vroegtijdige zorgplanning en levenseinde zorg, samen met externe partners,
- het opstarten en onderhouden van samenwerkingsverbanden met andere medische disciplines,

##

- Het bewaken en bewaren van een evenwicht tussen beschikbare werkmiddelen en zorgzwaarte.

Een **bedreiging** of risico is soms onvermijdelijk. Het is heel belangrijk om hiervan bewust te zijn en te proberen pro-actief te handelen. Een inschatting geeft alvast de kans om een voorsprong te nemen.

Voorbeelden zijn:

- een groeiende doelgroep (vergrijzing) buiten het ziekenhuis, met toenemende complexiteit en zorgzwaarte,
- het vinden en behouden van voldoende gekwalificeerde medewerkers (door schaarste op de arbeidsmarkt, door een naderende pensioensgolf, door werkdruk),
- voldoende medische omkadering (door schaarste van toekomstige artsen met specialisatie in geriatrie).

Sterktes, werkpunten, uitdagingen en risico's situeren zich dus op verschillende niveau's. Het bewust zijn en een actieve benadering zijn de zuurstof voor een geriatrische zorgcultuur in een groot regionaal ziekenhuis. Ze werken inspirerend voor teams en medewerkers van het ZPG in het streven naar Top Zorg met een Warm Hart.

Referenties

Referenties zijn gelijkaardig aan documenten in de bijlage.

Bijlagen

- 1) KB zorgprogramma geriatrie, 29 januari 2007
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/erkenningnormen-algemene-ziekenhuizen>
- 2) KB Bijzondere normen voor een ziekenhuis en haar diensten, 23 oktober 1964
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/koninklijk-besluit-van-23-oktober-1964-tot-bepaling-van-de-normen-die-door-de-ziekenhuizen-en-hun>
- 3) [Screening \(GRP\)](#)
- 4) Missie van AZ Nikolaas, www.aznikolaas.be/missie
- 5) [Waardenroos](#)
- 6) Referenties naar wetenschappelijke literatuur (masterproeven)
 - Pauwels, M. Pijndetectie bij personen met dementie. Hogeschool Gent, 2012
 - Bracke, J. De wensen en verwachtingen van ouderen op een dienst geriatrie op vlak van hygiënische zorgen. Ugent, 2014.
 - Elen, T., Poncellet, C., Smits, L. Impact van een ziekenhuisopname bij ouderen, een systematische literatuurstudie. KULeuven, 2016
 - Brauns, S., De Buck, K. Gepercipieerde en effectieve kennis over ouderenzorg bij verpleegkundigen: een systematische literatuurstudie. KULeuven, 2016
- 7) Competentieprofielen (NIKOdoc)
- 8) [Afdelingsbrochure geriatrie en DZG](#)
- 9) [Procedure interne transfer en ortho-geriatrie](#)
- 10) [Betekenis van een ziekenhuisopname, zilverzachte zorg](#)
- 11) [Informatie ifv ontslagdatum](#)
- 12) [SBAR\(R\) kaart](#)
- 13) [MDO huishoudelijk reglement](#)
- 14) [Staand order - Medicatie geriatrie](#)
- 15) [Stappenplan dementie](#)
- 16) [Kwaliteit- en veiligheidsplan: verbeterbeleid](#)
- 17) [Nota Managementstructuren](#)