



Multidisciplinair geriatrisch kwaliteitshandboek

AZ Rivierenland

Versie 2.0

update: 22/09/2022

ref: 50121167

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	5
1.1 Missie	6
1.2 Visie	7
2 Doelgroep	8
3 Missie en visie van het multidisciplinair geriatriesch team	9
3.1 Missie	9
3.2 Visie	9
4 Beschrijving van de onderdelen van het zorgprogramma	10
4.1 Onderdelen van het zorgprogramma	10
4.1.1 Dienst acute geriatrie campus Bornem en Rumst	10
4.1.2 Dienst orthopedische geriatrie campus Bornem en Rumst	10
4.1.3 Dagziekenhuis geriatrie campus Bornem, Willebroek en Rumst	10
4.1.4 Consultatie geriatrie campus Bornem en Rumst	11
4.1.5 Interne liaison Geriatrie campus Bornem en Rumst	11
4.1.6 Externe liaison Geriatrie campus Bornem en Rumst	11
4.2 Personalia campus Bornem en Willebroek	12
4.2.1 Coördinator van het zorgprogramma	12
4.2.2 Diensten Acute Geriatrie	12
4.2.3 Dienst Orthopedische Geriatrie	12
4.2.4 Consultatie Geriatrie	12
4.2.5 Dagziekenhuis Geriatrie	12
4.2.6 Interne Liaison Geriatrie	12
4.2.7 Externe Liaison Geriatrie	12
4.2.8 Referentieverpleegkundigen Geriatrie	12
4.2.9 Andere disciplines	13
4.3 Personalia campus Rumst	14
4.3.1 Coördinator geriatriesch zorgprogramma	14
4.3.2 Diensten Acute Geriatrie	14
4.3.3 Dienst orthopedische geriatrie	14
4.3.4 Consultatie Geriatrie	14
4.3.5 Dagziekenhuis Geriatrie	14
4.3.6 Interne Liaison Geriatrie	14
4.3.7 Externe Liaison Geriatrie	14
4.3.8 Referentiepersonen Geriatrie	14
4.3.9 Andere disciplines	15

5	Werking van de diensten (orthopedische) geriatrie en het geriatisch dagziekenhuis campus Bornem-Willebroek en Rumst	16
5.1	Opname- en ontslagbeleid	16
5.1.1	Opnamebeleid	16
5.1.2	Werkwijze en doelstellingen bij opname op de acute of orthopedische geriatrie campus Bornem en Rumst	17
6	Ontslagmanagement	20
6.1	Lijst van samenwerkende woon- en zorgcentra campus Bornem-Willebroek-Rumst	20
6.2	Lijst van samenwerkende thuiszorgdiensten en huisartsenkringen campus Bornem-Willebroek en Rumst	21
7	Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma	22
7.1	Kerncomité geriatrie	22
7.2	Afdeling acute geriatrie/orthopedische geriatrie campus Bornem-Rumst	22
7.3	Interne liaison geriatrie	22
7.4	Externe Liaison geriatrie	23
8	Lijst van standing orders en procedures	24
8.1	Programma van het Comprehensive Geriatric Assessment	24
8.1.1	ADL-schaal: Katz-score	24
8.1.2	IADL-schaal: Lawton schaal	24
8.1.3	Mini Mental state	24
8.1.4	Kloktekentest	24
8.1.5	Geriatrische depressieschaal	24
8.1.6	Tinetti-test	24
8.1.7	Timed Up and go test	24
8.1.8	MNA	24
8.1.9	START/STOPP-criteria	24
9	Gehanteerde onderzoeks- en behandelingsmethodes bij bepaalde pathologieën en situaties	25
9.1	Valpreventiebeleid	25
9.2	Decubituspreventiebeleid	25
9.3	Fixatie en vrijheidsbeperkende maatregelen	25
9.4	Ziekenhuishygiëne	26
10	Organisatie van het verblijf in de verschillende delen van het zorgprogramma	27
10.1	Dagindeling acute afdeling geriatrie/orthopedische geriatrie campus Bornem	27
10.2	Dagindeling acute afdeling geriatrie campus Rumst	29
10.3	Werking interne liaison geriatrie campus Bornem	31
10.4	Werking interne liaison geriatrie campus Rumst	34
11	voor administratieve taken	36
11.1	Kwaliteitshandboek updaten	36
11.2	Opvolgen e-mails	36
11.3	Patiëntgerelateerde verslaggeving	36
12	Competenties, opleiding en bijscholing	37

12.1	Competenties	37
12.2	Vorming, training en opleiding	37
12.3	Bijscholing, accreditering van de geriater	38
13	Kwaliteitsopvolging	39
13.1	Accreditering	39
13.2	Interne audits en veiligheidsrondes	39
13.3	Incidentmeldingen	39
13.4	Patiëntveiligheid	39
13.5	Indicatoren	40
13.5.1	Boordtabel	40
13.5.2	Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals - VIP2	40
13.5.3	Dashboard kwaliteit	40
14	Beleid dementievriendelijk ziekenhuis	41
14.1	Beleid dementievriendelijk ziekenhuis.	41
14.1.1	De zorgrelatie centraal.	41
14.1.2	Pijlers van een dementievriendelijk ziekenhuis.	42
14.1.3	Referentiepersonen dementie	42

1 Inleiding

AZ Rivierenland kenmerkt zich door zorg met het accent op een menselijke benadering van de patiënten. Daarom besteden we - naast de medische zorg - al jaren aandacht aan de niet-medische aspecten die met een ernstige ziekte gepaard gaan. Het gehele welzijn van de patiënt en zijn familie ligt ons nauw aan het hart. Dit wordt ook weergegeven in de *missie en visie* van ons ziekenhuis.

De ziekenhuizen AZ Heilige Familie en Sint-Jozefkliniek Bornem zijn sinds 1 januari 2019 samen 1 ziekenhuis: AZ Rivierenland!

Door deze fusie kan AZ Rivierenland in de toekomst haar patiënten in de zorgregio kwaliteitsvolle zorg dicht bij huis blijven garanderen. Doordat we nu onze krachten en ervaring bundelen, kunnen we bovendien verder investeren én bouwen we een aantal behandelingen en zorgtrajecten verder uit in samenwerking. Een breder aanbod dus, en dit met dezelfde gezichten en in een vertrouwde campus dicht bij huis.

Ook onze medewerkers kunnen voortaan meer en gemakkelijker kennis, ervaring en innovatieve technologieën delen. Als ziekenhuis ondersteunen we dit onder meer door verantwoorde investeringen en een gezond financieel beheer voorop te stellen.

1 ziekenhuis, 3 campussen

De campussen Rumst en Bornem blijven instaan voor acute zorg, met elk een dienst spoedgevallen en een dienst intensieve zorgen. De campus Willebroek blijft een volwaardig dagziekenhuis voor chirurgie, inwendige geneeskunde en geriatrie.

CIJFERS 2021 AZ RIVIERENLAND



Aantal artsen en paramedici
287



Aantal personeelsleden
1.291



Aantal bedden
440



Aantal PIT-interventies
1.307



Aantal bedden dagziekenhuis
140



Aantal opnames
13.248



Aantal operaties
19.993



Aantal dagopnames
39.085



Aantal geboorten
734



Aantal raadplegingen
205.806



Aantal spoedopnames
30.090



Missie

Samen sterk in kwalitatieve én patiëntgerichte zorg

AZ Rivierenland is een **ondernemend en vooruitstrevend ziekenhuis** dat tweedelijnszorg (acuut en chronisch) dichtbij huis aanbiedt in de ruime regio van de Rupelstreek over Vaartland tot Klein-Brabant en Kruikeke-Temse. We proberen onszelf zowel op medisch als niet-medisch vlak altijd te overtreffen. We gaan daarbij actief op zoek naar **nieuwe opportuniteiten** en **continue verbetering**.

Onze patiënten staan centraal en voelen dat er voor hen gezorgd wordt. In een **toegankelijke en hartelijke sfeer** betrekken we hen bij het uitstippelen van hun zorgpad en geven we hen inspraak. Ons ervaren zorgteam staat in nauw contact met collega's in eerste- en derdelijnszorg. Deze korte lijnen zorgen ervoor dat elke doorverwijzing **vlot en efficiënt** verloopt. Zo zorgen we er samen voor dat AZ Rivierenland elke dag uitblinkt in **kwalitatieve én patiëntgerichte zorg**.

1.2 Visie



-  Als algemeen ziekenhuis met 3 campussen streven we ernaar om ons lokaal te verankeren in de ruime zorgregio, van Boom over Vaartland tot Klein-Brabant en Temse.
-  We blijven groeien en vernieuwen, zowel organisatorisch als in infrastructuur en specialisaties.
-  We sporen onze teams aan zich te blijven ontwikkelen, te blijven evolueren en te blijven pionieren.
-  Met een goede samenwerking tussen de 3 campussen, tussen specialisaties en met ons zorgnetwerk zorgen we ervoor dat we steeds dichtbij onze patiënt staan.
-  Onze positieve en hartelijke ingesteldheid is voelbaar in elke vezel van ons ziekenhuis.
-  Op deze manier winnen we het volle vertrouwen van onze patiënten, medewerkers en partners en wordt onze topzorg top of mind in de ruime zorgregio.

Baseline: Groots in zorg, persoonlijk in aanpak!



2 Doelgroep

Ouderen worden op basis van hun leeftijd ingedeeld in jong- en hoogbejaarden. In die laatste groep rangschikt men de 75-plussers.

Een geriatrie patiënt wordt echter niet gedefinieerd op basis van zijn leeftijd alleen; hij beantwoordt veeleer aan bepaalde karakteristieken die samen het geriatrie profiel vormen. Naarmate de leeftijd toeneemt beantwoorden meer ouderen aan dit profiel, maar niet elke oude patiënt is een geriatrie patiënt.

Omdat de medische begeleiding van geriatrie patiënten een specifieke deskundigheid vergt, rangschikt men deze ouderen in een aparte groep.

Het geriatrie profiel:

-  fragiliteit en beperkte homeostase
-  multiële, chronische pathologie
-  bedreigde validiteit
-  het risico van polyfarmacie
-  gevaar voor deficiënte voeding
-  gewijzigde presentatie en verloop van pathologie
-  de somato-psycho sociale verwevenheid

3 Missie en visie van het multidisciplinair geriatriesch team

3.1 Missie

Het multidisciplinaire geriatriesch team beoogt samen de geriatrische patiënt holistisch te benaderen, met evenveel aandacht voor diagnosestelling als voor fysieke, mentale, sociale en psychologische evaluatie en revalidatie. Einddoel: een kwaliteitsvolle, zo zelfstandig mogelijke laatste levensfase voor patiënt en familie.

3.2 Visie

Het geriatriesch multidisciplinair team wil:

1. Gespecialiseerde kwaliteitsvolle zorg aanbieden op maat van de patiënt, met aandacht voor diens individuele noden mét respect voor zijn autonomie.

Medische en andere interventies die gebeuren met oog op een zo goed mogelijk herstel van de medische problematiek en kwaliteit van leven van de patiënt of zoeken naar nieuwe homeostase en functioneel evenwicht indien herstel niet kan. Technische onderzoeken gebeuren in overleg met patiënt en/of familie en enkel indien de diagnosestelling ook therapeutische consequenties heeft die voor de patiënt een meerwaarde bieden. Hierbij wordt rekening gehouden met de huidige stand van de wetenschap, adviezen vanuit ethisch comité en experts.

Een maximale revalidatie op elk vlak (fysiek, psychisch en sociaal) beogen, rekening houdend met de individuele draagkracht van de patiënt. In dit revalidatieproces poogt eenieder maximaal te streven naar goed evenwicht tussen stimuleren van de zelfredzaamheid van de patiënt en overnemen van de zorg. In het proces staan oefentherapie, voeding, optimaliseren sensorische en psychische functies centraal. Hiernaast wil het team preventieve strategieën aanbieden in kader van vallen, acute verwardheid, incontinentie, neveneffecten van medicatie (start-stopcriteria) en infecties.

De patiënt en zijn beleving centraal stellen in het hele proces van diagnose en therapie en dit met oog op nastreven van maximaal welbevinden van patiënt en diens omgeving.

Geriatrische patiënten met een risicoprofiel op de niet-geriatrische afdelingen zo snel mogelijk opsporen, om met het interne liaisonsteam een ondersteunende hulp te bieden aan deze patiënten en hun verzorgenden, bij verzorging en preventie van geriatrische syndromen. Verder is hier het starten van vroegtijdige revalidatie tijdens de opname een belangrijk werkpunt. Indien nodig zal er in overleg met het behandelend team, een zo snel mogelijke doorstroming gebeuren naar de geriatrische verblijfsafdeling. Op deze manier wordt de geriatrische multidisciplinaire expertise ziekenhuisbreed uitgedragen.

2. In multidisciplinair en onderling overleg werken, ook met patiënt, mantelzorgers en huisarts, zowel tijdens als na opname door middel van een klare en duidelijke communicatie. Er dient een continuïteit van zorg te ontstaan die patiënt ten goede komt om heropnames of vroegtijdige institutionalisering te vermijden.
3. Een goed levenseindebeleid nastreven met duidelijke communicatie tussen patiënt, mantelzorgers, huisarts, WZC, palliatief support team en teamleden van de geriatrische equipe. Hierbij proberen we maximaal de wens van patiënt te bevragen en te honoreren met duidelijke afspraken en DNR code in dossier. Palliatief comfortbeleid is deel van een goede geriatrische zorg omtrent het levenseinde, om lijden voor patiënt en diens omgeving tot minimum te herleiden.
4. Elke medewerker van het multidisciplinaire geriatriesch team en de referentieverpleegkundigen geriatrie de kans geven om de nodige professionele bijscholing te krijgen om hun competenties en kennis conform te houden aan de huidige stand van de wetenschap of deze te verwerven. Verder wil het team andere zorgmedewerkers coachen en opleiden teneinde deze het geriatriesch zorgconcept eigen te maken. Opleiding van stagiairs uit diverse zorgberoepen is een integraal deel van deze opleiding.
5. Het geriatriesch zorgconcept uitdragen naar extramurale partners in de zorg voor geriatrische patiënten en dit in de wijde omgeving. Met omliggende WZC en diensten voor TVP wordt een externe liaisonovereenkomst gesloten om een wederzijds engagement aan te gaan naar goede continuïteit in zorg voor de geriatrische patiënten, maar ook naar opleiding met betrekking tot het geriatriesch zorgconcept.

4 Beschrijving van de onderdelen van het zorgprogramma

4.1 Onderdelen van het zorgprogramma

4.1.1 Dienst acute geriatric campus Bornem en Rumst

Doel: acute opnames van geriatrische patiënten voor nazicht, therapie en revalidatie.

Twee verpleegafdelingen op elke campus met elk 24 operationele bedden bestaande uit:

- ▶ ziekenkamers met alle comfort
- ▶ mogelijkheid tot het nemen van een bad/douche
- ▶ ergotherapielokaal voor behandeling, met mogelijkheid tot kookactiviteiten en afgescheiden lokaal voor testen
- ▶ kinesitherapielokaal met oefenmogelijkheden
- ▶ leefruimte alwaar mogelijkheid tot groepsactiviteiten, rust en gezamenlijke eetmomenten

(de therapielokalen zijn mogelijks niet op de afdeling zelf gelegen)

[Download hier de brochure](#)

4.1.2 Dienst orthopedische geriatric campus Bornem en Rumst

Doel: acute opnames van geriatrische patiënten voor ingreep, therapie en revalidatie.

Op beide campussen 12 operationele bedden geïntegreerd in een heilkundige afdeling van 30 bedden bestaande uit:

- ▶ ziekenkamers met alle comfort
- ▶ mogelijkheid tot het nemen van een bad/douche
- ▶ ergotherapielokaal voor behandeling/testing
- ▶ kinesitherapielokaal met oefenmogelijkheden
- ▶ leefruimte alwaar mogelijkheid tot groepsactiviteiten, rust en gezamenlijke eetmomenten

4.1.3 Dagziekenhuis geriatric campus Bornem, Willebroek en Rumst

Doel: ambulante diagnostische oppuntstellingen en therapie.

Het dagziekenhuis is 3 dagen per week open op campus Bornem en Willebroek. Zowel op campus Willebroek als Bornem worden consultaties dagziekenhuis voorzien. Op campus Rumst is het dagziekenhuis 4 dagen per week open. Er zijn telkens 6 plaatsen voorzien waar zowel mogelijkheid is tot het innemen van bedden of comfortabele zetels naargelang de situatie van de patiënt.

Diagnostische programma's:

- ▶ herhaald vallen
- ▶ frailty
- ▶ geheugenproblemen
- ▶ anorexie en vermagering
- ▶ osteoporose
- ▶ anemie
- ▶ polyfarmacie
- ▶ algemeen internistisch nazicht

Therapeutische programma's:

- ▶ transfusie bloed/ijzer
- ▶ bisfosfonaattoediening
- ▶ wondproblemen

[Download hier de brochure.](#)

4.1.4 Consultatie geriatrie campus Bornem en Rumst

Tijdens de geriatrische consultatie wordt geriatrisch advies gegeven via ambulante raadpleging. Dit gebeurt meestal op advies van de huisarts. Af en toe leidt een consultatie tot een opname op de dienst geriatrie of verdere opvolging via het geriatrisch dagziekenhuis voor verdere oppuntstelling van bijvoorbeeld medicatie- of wondzorgbeleid.

Wekelijks komt, indien de familie dit wenst, de geriater tot op de kamer om de familie te woord te staan. Familie kan dit steeds aan de verpleging aangeven. Deze informatie is te vinden in de brochure van de afdeling.

4.1.5 Interne liaison Geriatrie campus Bornem en Rumst

Doel:

- ▶ Aanbieden van complementaire gespecialiseerde geriatrische benadering aan elke gehospitaliseerde geriatrische patiënt van 75 jaar of ouder, die niet op een dienst geriatrie verblijft en dit ter ondersteuning van de referentieverpleegkundigen geriatrie.
- ▶ Geriatrisch assessment met uitdiepen van aandachtspunten bij de risicopatiënten en aanbieden van therapie, met een gestructureerd advies aan de behandelend specialist en huisarts van de patiënt.
- ▶ Screening naar geriatrische risicopatiënten.

Het team bestaat uit:

- ▶ de coördinator (Cindy van Geel)
- ▶ de geriater
- ▶ verpleegkundige
- ▶ ergotherapeut
- ▶ diëtist
- ▶ sociale dienst
- ▶ kinesist
- ▶ psychologe
- ▶ logopediste

[Download hier de brochure.](#)

4.1.6 Externe liaison Geriatrie campus Bornem en Rumst

Doel:

Geriatrische principes en pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking stellen van huisarts, CRA's van WZC, WZC en andere zorgverstrekkers van de doelgroep.

Continuïteit van de zorg optimaliseren, functionele samenwerkingsnetwerken ontwikkelen en communicatie tussen alle zorgverleners vergemakkelijken.

Ontslagmanagement op meso- en macroniveau, met aandacht voor microniveau.

- ▶ **Samenwerkingsinitiatieven** met WZC, TVP en SEL Tom
- ▶ **Ontslagbegeleiding:** uniformiteit nastreven in ganse instelling a.d.h.v. checklisten opname, transfer en ontslag (zie ook procedure in Docmans)

4.2 Personalia campus Bornem en Willebroek

De **medische aspecten** van het geriatrisch zorgprogramma van alle campussen vallen onder de bevoegdheid van hoofddarts dr. Myriam Callaert.

De **verpleegkundige en paramedische bevoegdheid** wordt gedragen door Mevr. Cindy Van Geel.

4.2.1 Coördinator van het zorgprogramma.

 **Medisch diensthoofd:** geriater dr. Liesbet Willems.

4.2.2 Diensten Acute Geriatrie

Geriatric 1

 **Geriater:** dr. Liesbet Willems

 **Hoofdverpleegkundige:** Jolien De Cock

Geriatric 2

 **Geriater:** dr. Liesbet Willems

 **Hoofdverpleegkundige:** Mathieu Peeters

4.2.3 Dienst Orthopedische Geriatrie

 **Geriater:** dr. Liesbet Willems

 **Hoofdverpleegkundige:** Tess De Kerf

4.2.4 Consultatie Geriatrie

Geriater: dr. Liesbet Willems

4.2.5 Dagziekenhuis Geriatrie

 **Geriater:** dr. Liesbet Willems

 **Hoofdverpleegkundige:** Jolien De Cock

4.2.6 Interne Liaison Geriatrie

Coördinator: Cindy Van Geel / Ann Van den Heuvel

4.2.7 Externe Liaison Geriatrie

Coördinator: Mieke Van Cauwenbergh

4.2.8 Referentieverpleegkundigen Geriatrie

 **G1:** Yana Buysse

 **G2:** Sarah Verlinden

 **DZH:** Krista Laureys

 **SP - Loco:** Edwiena D'Hondt

 **D1:** Ria Van Assche

 **D2:** Vanessa Wijns

 **C1:** Debby Heremans

 **C2:** Anto Ciuca

 **DZH C:** Krista Laureys

 **DZH D:** Inge Mertens

 **INZO:** Greet Brusselmans

 **Low Care:** Chantal De Bock

 **Spood:** Natalie De Ruyte

4.2.9 Andere disciplines

Sociale dienst

- ▶ geriatrie 1: Amina Vercauteren en Mieke Van Cauwenbergh
- ▶ geriatrie 2: Mieke Van Cauwenbergh
- ▶ orthopedische G: Francis De Wit
- ▶ interne liaison: Francis De Wit

Referentiepersonen dementie

- ▶ Ann Van den Heuvel
- ▶ Sarah Smolders
- ▶ Mieke Van Cauwenbergh

Pastorale dienst:

- ▶ Lut De Smit

Oncologisch Supportteam en Palliatief Support Team:

- ▶ Eva De Bisschop

Ergotherapie:

- ▶ geriatrie 1: Sarah Smolders
- ▶ geriatrie 2: Liesbeth Strukeli
- ▶ orthopedische geriatrie: Geoffrey Hofmans
- ▶ dagziekenhuis geriatrie: Peggy De Boeck en Liesbeth Strukeli
- ▶ interne liaison geriatrie: Sabrina de Borgher en Karen van Lierde

Logopedie:

- ▶ Rani Cremers
- ▶ Diane Van Gorp

Diëtiëk:

- ▶ Julie Van Breedam

Kinesithérapie:

- ▶ geriatrie 1: Koen David
- ▶ geriatrie 2: Nathalie van Coillie

4.3 Personalia campus Rumst

4.3.1 Coördinator geriatisch zorgprogramma

 **Medisch diensthoofd:** dr. P. De Winter

4.3.2 Diensten Acute Geriatrie

Geriatrie 1

 **Geriater:** dr. P. De Winter en dr. S. Van de Velde - Van De Ginste

 **Hoofdverpleegkundige:** Evi Van Crombruggen

Geriatrie 2

 **Geriater:** dr. P. De Winter en dr. S. Van de Velde - Van De Ginste

 **Hoofdverpleegkundige:** Leen Van Look

4.3.3 Dienst orthopedische geriatrie

 **Geriater:** dr. P. De Winter en dr. S. Van de Velde - Van De Ginste

 **Hoofdverpleegkundige:** Linda De Tey

4.3.4 Consultatie Geriatrie

Geriater: dr. P. De Winter en dr. S. Van de Velde - Van De Ginste

4.3.5 Dagziekenhuis Geriatrie

 **Geriater:** dr. P. De Winter en dr. S. Van de Velde - Van De Ginste

 **Verpleegkundige:** Karen Janssens & Yoni De Kock

4.3.6 Interne Liaison Geriatrie

Coördinator: Cindy Van Geel/ Dorien Boen

4.3.7 Externe Liaison Geriatrie

Coördinator: Nancy Meskens

4.3.8 Referentiepersonen Geriatrie

 **GDH** Karen Janssens

 **IL** Yoni De Kock

 **C1** Sander Brigez

 **C2** Van Cammeren Nadia

 **D1** Caluwaerts Ellen

 **D2** Vivijs An

 **Inzo** Hilde Proost

 **SPOED** Stijn De Corte

 **ME** Van Damme Valerie, Beeckmans Erika

 **G1** Christel Delaunoit en Anne Somers

 **G2** Pauline Vermant

4.3.9 Andere disciplines

Sociale dienst

-  geriatrie 1: Tanja Windelen
-  geriatrie 2: Chris Wallaert
-  Orthopedische G: Cindy Cuyvers
-  ILG: afhankelijk van dienst: Cindy Cuyvers/Tanja Windelen/Nancy Meskens

Pastorale dienst:

-  Dirk Asselbergs

Oncologisch Supportteam en Palliatief Support Team:

-  Tanja Windelen

Ergotherapie:

-  geriatrie 1: Anne Somers
-  geriatrie 2: Pauline Vermant
-  dagziekenhuis geriatrie: Anne Somers
-  interne liaison geriatrie: Dorien Boen
-  orthopedische-geriatrie: Katrien De Decker

Logopedie:

-  Els Laeremans
-  Rani Cremers

Diëtiëk:

-  Elke Meynaerts

Kinesithérapie:

-  geriatrie 1: Heidi Vervaeke
-  geriatrie 2: Carl Vercruyssen
-  orthopedische-geriatrie: Frederik Van Beylen

5 Werking van de diensten (orthopedische) geriatrie en het geriatrisch dagziekenhuis campus Bornem-Willebroek en Rumst

5.1 Opname- en ontslagbeleid

5.1.1 Opnamebeleid

Opnamecriteria

A. Hospitalisatie op de diensten Geriatrie campus Bornem en Rumst

- ▶ verwijzing: door huisarts of andere specialist rechtstreeks naar de dienst (semi-urgent) of via spoedgevallen (urgent), best steeds na voorafgaand contact met de geriater.
- ▶ multidisciplinaire aanpak van acute medische problemen en geriatrische syndromen en daarnaast ook revalidatie vanaf dag 1 om autonomie patiënten zoveel mogelijk te bewaren.
- ▶ patiënten met een geriatrisch profiel, zoals hoger beschreven (zie hoofdstuk 1) of gedetecteerd met de ISAR of GRP score met medische of orthopedische, niet heelkundig te behandelen problemen, komen in aanmerking voor opname.
- ▶ informatie mee te brengen bij opname: verwijsbrief huisarts met vermelding van huidig probleem en relevante voorgeschiedenis, actuele lijst met thuismedicatie, informatie van het WZC of thuiszorgdiensten.

B. Hospitalisatie op de diensten orthogeriatrie campus Bornem en Rumst

Inclusiecriteria:

- ▶ Het betreft patiënten van meer dan 75 jaar met een val- gerelateerde fractuur waarvoor hospitalisatie nodig is en waarbij een medische problematiek verder moet opgevolgd worden.
- ▶ Deze patiënten worden bij opname via de dienst Spoedgevallen gezien en geëvalueerd door de orthopedist en de geriater.
- ▶ De orthopedist is verantwoordelijk voor opvolging van het chirurgisch beleid.
- ▶ De geriater is behandelend arts en verantwoordelijk voor het dagelijks medisch toezicht.
- ▶ Het multidisciplinair medisch-paramedisch verpleegkundig beleid, is opgenomen in het kwaliteitshandboek Geriatrie.
- ▶ Van bij de opname op de afdeling orthogeriatrie wordt het ontslag voorbereid naar huis, de serviceflat of het Woonzorgcentrum.
- ▶ In overleg met de revalidatiearts wordt de mogelijkheid tot een tussentijds verblijf op de afdeling SP- locomotorische revalidatie geëvalueerd.

C. Hospitalisatie in het geriatrisch dagziekenhuis campus Bornem-Willebroek en Rumst

- ▶ verwijzing: door huisarts of andere specialist, best steeds na voorafgaand contact met de geriater zodat concrete planning kan opgemaakt worden (semi-en niet urgent).
- ▶ multidisciplinaire aanpak met opsporen en uitwerken van geriatrische syndromen alsook therapie (toediening ijzerinfusen, bisfosfonaten, transfusie, immunoglobulines, ...).
- ▶ patiënten met een geriatrisch profiel, zoals hoger beschreven (zie hoofdstuk 1).
- ▶ informatie mee te brengen bij opname: verwijsbrief huisarts met vermelding van huidig probleem en relevante voorgeschiedenis en een actuele lijst met thuismedicatie.

Overnamecriteria voor transfert naar de dienst geriatrie vanuit andere dienst

- ▶ verwijzing via behandelde arts na contact met de geriater en indien patiënt een geriatrisch profiel heeft, met nog actieve geriatrische problemen, die medisch-geriatrische multidisciplinaire opvolging noodzakelijk maakt.
- ▶ overname na akkoord van patiënt (indien mogelijk) en familie.

- ▶ informatie te verstrekken bij overname: ontslagbrief met relevante antecedenten (lieft ook informatie over thuissituatie, autonomie voor opname en thuismedicatie), naast correcte instructies met betrekking tot verdere opvolging en therapie van de aandoening waarvoor initieel opname op de andere verblijfsafdeling en dnr-code indien van toepassing.

Opnamecriteria spoed

Wanneer zich op spoed patiënten aanbieden voor de dienst geriatrie, wordt de geriater van wacht gecontacteerd (of in zeldzame gevallen de vervangende internist van wacht). Het gaat om patiënten met verwijsbrief voor geriatrie en/of patiënten die op basis van leeftijd (+75j) of ISAR score 3 of meer, in aanmerking komen voor opname op de G dienst. Op campus Rumst wordt er gewerkt met de GRP score.

De geriater beslist of patiënt inderdaad in aanmerking komt voor geriatrische opname. Hij/zij engageert zich om samen met de spoedarts een beleid op te stellen, dat door geriater of spoedarts wordt doorgegeven aan de dienst van opname.

Indien de G dienst met een beddentekort kampt, worden geriatrische patiënten opgenomen op de dienst interne geneeskunde, deelspecialiteit waar de pathologie van de patiënt het best bij aansluit. Later bekijken geriater en internist of transfer naar geriatrie nog wenselijk is.

Transfers naar de G dienst zijn 's nachts te vermijden (00.00u - 06.00u). Uit navraag blijkt dat zowel patiënt als medepatiënten, familie en personeel op de geriatrische dienst dit als een onaangenaam event ervaren. Indien mogelijk worden patiënten deze uren gebufferd op spoed.

Actueel is de standaard verwachte aanpak van geriatrische patiënten:

- ▶ anamnese met correcte thuismedicatie
- ▶ alle contactgegevens van familie
- ▶ fysiek onderzoek
- ▶ labo
- ▶ afnemen urinestaal
- ▶ RX Thorax en abdomen, andere beeldvorming in functie van kliniek en anamnese
- ▶ ECG
- ▶ hemoculturen indien temperatuur 37.5°C of hoger, 2 koppels

5.1.2 Werkwijze en doelstellingen bij opname op de acute of orthopedische geriatrie campus Bornem en Rumst

Opnamebrief bij opname door geriater

- ▶ anamnese van patiënt en liefst ook de mantelzorger met navragen van doelstellingen en eventuele wensen (dnr beleid, bespreken van uitgebreidheid van nazicht...).
- ▶ beschrijving thuissituatie.
- ▶ navragen eventuele allergieën.
- ▶ voorgeschiedenis.
- ▶ actuele medicatie (eventueel misbruik, therapietrouw?...).
- ▶ fysiek onderzoek van de patiënt, alsook beschrijving van cognitieve indruk die patiënt maakt, naast nazicht van sensorische functies en mond- en wondinspectie.
- ▶ voorlopig besluit en opmaak van diagnostisch/therapeutisch en revalidatieplan, welk bij dagelijkse zaalronde bijgestuurd/aangepast wordt in functie van resultaten van onderzoeken of therapie. dit besluit wordt overgenomen in het elektronisch patiëntendossier, tab instructies, zodat elk teamlid kan terugvinden wat van hem/haar wordt verwacht.
- ▶ inbrengen medicatie in elektronisch patiëntendossier, tab medicatiebeheer.

Verpleegkundige anamnese

- ▶ contactgegevens familie.
- ▶ fysische en psychische toestand patiënt voor opname (continentie, voeding, hygiëne, kleden, verplaatsingsmogelijkheden, mentale toestand) en gebruikte materialen (wasproducten, voedingsaanpassingen, incontinentiemateriaal, ...) en tijdens opname.
- ▶ bevraging thuissituatie en verwachtingen na opname.
- ▶ eventueel bestaande vroegtijdige zorgplanning.

Paramedische evaluatie

A. Ergotherapie

- ▶ ADL evaluatie, met opstellen van doelen en therapeutisch plan om dit te bereiken en opstarten training indien nuttig.
- ▶ evaluatie mobiliteit (samen met kinesist) met ook hier opstellen van doelen en therapeutisch plan, nakijken welke loop-of andere hulpmiddelen in thuissetting nuttig kunnen zijn.
- ▶ screening naar cognitie.
- ▶ bijkomende activiteiten in functie van de patiëntengroep op dienst:
 - ontbijtgroep
 - valpreventie
 - thema activiteit

B. Kinesist

- ▶ evaluatie mobiliteit met streven naar optimaal gebruik van hulpmiddelen en bereiken maximale autonomie.
- ▶ andere behandelingen in functie van de pathologie patiënt (lymfedrainage, respiratoire kinesitherapie, antalgische kine, ...).

C. Logopedie

- ▶ screenen, en opvolgen van slikstoornissen, met concrete adviezen met betrekking tot voedings- en drankaanpassingen en materialen om zo veilig mogelijke slikact te bewerkstelligen
- ▶ evaluatie, opvolgen en training bij fatische stoornissen om toch tot communicatie te kunnen komen

D. Sociale dienst

- ▶ navraag thuissituatie indien nog onduidelijkheden na anamnese arts en verpleging
- ▶ verwachtingen familie en patiënt bevragen
- ▶ sociale planning uitwerken en dit zo snel mogelijk na opname: uitbreiding thuiszorg, preventieve inschrijving op wachtlijsten WZC, effectief werken naar verwijzing opname in WZC...

E. Diëtiëk

- ▶ correcte informatie geven rond voeding en dieet aan patiënt en familie (indien nodig); zowel voedingsbeleid bij opname als naar thuissituatie toe
- ▶ bij patiënten met positieve MNA + ziektespecifiek dieet: opvolging inname (hetzij via bevraging, hetzij via vocht- en voedselschema)
- ▶ bijwonen teamvergadering nutritieteam (zowel overleg met het klinisch nutritieteam, als bijwonen van alg vergaderingen)

F. Neuropsycholoog (campus Bornem)

- ▶ bij twijfelgevallen met cognitieve problemen: aanvullende screening.

G. Oncologisch en Palliatief support team (OST-PST)

- ▶ palliatief verpleegkundigen, psychologen, pastor, maatschappelijk assistent, diëtist en artsen
- ▶ mee opvolgen van palliatieve patiënten en hun familie op psychologisch/nutritioneel/ fysiek/verpleegkundig vlak.
- ▶ uitklaren wensen m.b.t. levenseinde, o.a. euthanasievragen

6 Ontslagmanagement

“Ontslagmanagement is de gefaseerde en gestructureerde ontslagvoorbereiding die start bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten, met een complexe of continuïteitproblematiek, en hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met externe hulpverleners wordt samengesteld en uitgevoerd. Dit zorgpakket omvat zowel klinische, organisatorische als financiële aspecten, en beoogt een optimale re-integratie in het thuismilieu. De methodiek van dit zorgproces wordt gecoördineerd en opgevolgd door de ontslagmanager.”

(Moons et al., Acta Hospitalia 2005; 45: 51-64)

Ontslagplanning

- ▶ wekelijks op teamvergadering en dagelijkse herevaluatie met liefst minstens 1 dag voor ontslag een bevestiging naar WZC of thuissetting
- ▶ sociale dienst, in overleg met familie en arts, neemt voortouw:
 - preventief op wachtlijsten WZC of ontslag naar WZC.
 - terugkeer naar huis met al dan niet uitbouw thuiszorg, in overleg met familie, leden geriatisch team en patiënt. eventueel zorgoverleg door ganse geriatische team en thuiszorgdiensten of huisbezoek door ergotherapie, voorafgaand aan de planning.

Ontslagdocumenten

- ▶ medische ontslagbrief met alle relevante medische gegevens en diagnoses, naast een samenvatting van de conclusies van elk lid van het multidisciplinaire team
- ▶ medicatiefiche voor patiënt en voor huisarts
- ▶ medicatievoorschriften en eventueel benodigde attesten
- ▶ medicatie voor de dag zelf
- ▶ verpleegkundige ontslagbrief met alle relevante verpleegkundige gegevens en eventueel voorschrift voor thuisverpleging
- ▶ Katzschaal, al dan niet ondertekend door arts in geval van Katz D
- ▶ dementiebilan indien van toepassing
- ▶ attest van vrijheid van besmettelijke ziektes indien ontslag naar WZC en eerste opname aldaar, variërend naargelang welk WZC (al dan niet eigen formulieren van WZC aanwezig zijn)
- ▶ kinesitherapievoorschrift
- ▶ alle documenten gaan mee met patiënt de dag van ontslag

6.1 Lijst van samenwerkende woon- en zorgcentra campus Bornem-Willebroek-Rumst

- ▶ Ten Weldebrouc, 2830 Willebroek
- ▶ De Vlietoever, 2880 Bornem
- ▶ Seniorencentrum Onze Lieve Vrouw, 2880 Bornem
- ▶ Gravenkasteel, 2890 Sint - Amands
- ▶ Sint Pieter, 2870 Puurs
- ▶ Ter Schelde, 2890 Sint Amands
- ▶ De Reiger En Blauwhof, 9140 Temse
- ▶ Anemoon, 2870 Puurs
- ▶ Pandora, 2830 Willebroek
- ▶ Senior Plaza, 2830 Willebroek
- ▶ Zonnetij, 2630 Aartselaar
- ▶ Zonnewende, 2630 Aartselaar

- ▶ Huize Vincent, 9140 Temse
- ▶ Herfstvreugde, 1840 Londerzeel
- ▶ Gildentuin, 1840 Londerzeel
- ▶ Sauvegarde, 2870 Ruisbroek
- ▶ Paaleyck, Kapelle Op Den Bos
- ▶ Moutershof, 1861 Meise

6.2 Lijst van samenwerkende thuiszorgdiensten en huisartsenkringen campus Bornem-Willebroek en Rumst

Thuiszorgdiensten:

AZ Rivierenland maakt deel uit van de lokale SEL TOM. TOM staat voor Thuiszorg Overleg Mechelen en is één van de 15 Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) die de kwaliteit van zorg rond de individuele zorgvrager wil optimaliseren. Bijgevolg is het SEL samengesteld uit vertegenwoordigers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Centrale doelstelling is het aanbieden van een multidisciplinair en sector overschrijdend overlegplatform.

Onze dienst maatschappelijk werk legt verder de nodige contacten met woonzorgcentra, thuisverplegings-, gezins- en bejaardenhulpdiensten, dagcentra, gespecialiseerde revalidatiediensten, al naargelang de individuele noden en behoeften van elke patiënt.

- ▶ De Voorzorg Thuiszorg, poetsdienst, thuisverpleging
- ▶ Regionaal dienstencentrum voor thuiszorg Zuid-west
- ▶ Regionaal dienstencentrum voor thuiszorg Mechelen
- ▶ Sowel poetsdienst, thuisverpleging, thuiszorg, Antwerpen
- ▶ OTV, Willebroek
- ▶ I-mens Antwerpen
- ▶ Thuiszorgcentrum CM Antwerpen
- ▶ Thuiszorgcentrum CM Mechelen
- ▶ Familiehulp Antwerpen
- ▶ Familiezorg vzw Mechelen
- ▶ OZ, Antwerpen
- ▶ Solidariteit voor het gezin (gezinshulp), Antwerpen
- ▶ Wit-Gele Kruis, Antwerpen
- ▶ Wit-Gele Kruis, Boom
- ▶ Wit-Gele Kruis, Mechelen
- ▶ Landelijke thuiszorg, Westerlo
- ▶ OCMW, Boom
- ▶ OCMW, Niel
- ▶ OCMW Schelle
- ▶ OCMW, Hemiksem
- ▶ OCMW, Aartselaar
- ▶ OCMW, Willebroek
- ▶ OCMW, Puurs
- ▶ VLOTTER Rupelstreek (voorheen IMSIR)
- ▶ Gezinszorg Villers
- ▶ Ferm Thuiszorg
- ▶ Arbeid en Gezondheid Mechelen
- ▶ Onafhankelijke mutualiteit prov. Antwerpen

Huisartsenkringen:

- ▶ Huisartsenkring Rupelstreek (RUPEL)
- ▶ Huisartsenkring Vaartland (VAARTLAND)
- ▶ Huisartsenkring Klein Brabant

7 Bestaande overlegstructuren voor de verschillende onderdelen van het zorgprogramma

7.1 Kerncomité geriatrie

Trimestrieel vindt er een kerncomité geriatrie plaats. Alle leidinggevende actoren van de verschillende onderdelen van het zorgprogramma geriatrie worden hierbij uitgenodigd. Ad hoc kunnen andere personen deelnemen naargelang het onderwerp.

7.2 Afdeling acute geriatrie/orthopedische geriatrie campus Bornem-Rumst

Teamoverleg

- ▶ wekelijks op alle geriatrie afdelingen en de afdeling met orthopedische geriatrie bedden
- ▶ arts, hoofdverpleegkundige, sociaal verpleegster, ergotherapie, kinesist, logopediste
- ▶ huisarts mag desgewenst dit overleg bijwonen (in casu dan wel enkel van zijn eigen patiënten)
- ▶ doel: overlopen huidige medische problemen, naast stand van zaken op paramedisch vlak en nodige interventies (sociaal, ergo- en kinesitherapeutisch) en planning van ontslagen

Contacten met familie en huisarts

H. Familiegesprekken

- ▶ op vraag arts of familie
- ▶ op afspraak, te bevragen waar en wanneer bij verpleegkundige/hoofdverpleegkundige van de dienst
- ▶ haalbare doelstellingen toetsen en behandelingsdoelen bespreken, inclusief sociaal luik
- ▶ DNR-code

I. Gesprekken met huisarts

- ▶ telefonisch
- ▶ behandelingsdoelstellingen en sociale doelstellingen bespreken

Trimestriële dienstvergadering

Trimestrieel vindt er een dienstvergadering plaats op dienstniveau met het team van verpleegkundigen, ergotherapeuten en zorgkundigen.

7.3 Interne liaison geriatrie

De verpleegkundige en de ergotherapeut van het team Interne Liaison delen hebben dagdagelijks mondeling overleg. Met de andere teamleden (logopedist, sociaal verpleegkundige,...) is er zo goed als dagelijks telefonisch contact.

In het EPD wordt een Interne Liaison bilan opgemaakt waarin elk teamlid zijn besluit assessment/ observaties / bevindingen / raadgevingen neerschrijft. Dit document kan door verpleegkundigen en behandelend artsen geraadpleegd worden. Dit document wordt doorgestuurd naar de huisarts. (zie flowchart werkwijze interne liaison geriatrie).

Ook de huisarts, verplegend personeel van het WZC waar de patiënt verblijft en de thuisverpleging, ontvangen, met de goedkeuring van de patiënt, een advies zorgnood. (zie flowchart werkwijze interne liaison geriatrie)

Teamoverleg

Op wekelijkse basis

Trimestriële dienstvergadering

Trimestrieel vindt er een dienstvergadering samen met campus Bornem plaats op dienstniveau met het team van verpleegkundigen, ergotherapeuten en coördinator zorgprogramma geriatrie.

7.4 Externe Liaison geriatrie

-  overleg met de woonzorgcentra semestrieel
-  overleg met de thuiszorgdiensten jaarlijks
-  overleg met de thuisverpleging jaarlijks
-  AZ Rivierenland is partner van het praatcafé dementie Klein-Brabant. Ann van den heuvel zetelt in de stuurgroep.
-  AZ Rivierenland is partner van het praatcafé dementie Rupelstreek. Dorien boen zetelt in de stuurgroep.
-  liaisondag (vormingsdag) jaarlijks waaraan externe partners (WZC, TVP) mogen deelnemen.
-  vanaf 2017 hebben we op regelmatige basis overleg met EDC Vlaanderen (expertisecentrum dementie) en zoeken we oplossingen/aanpassingen om van ons ziekenhuis een “dementievriendelijk” ziekenhuis te maken.

8 Lijst van standing orders en procedures

Deze zijn terug te vinden op het intranet van ons ziekenhuis in [Docmans](#) (campus Bornem)

Deze zijn terug te vinden op het intranet van ons ziekenhuis (SAM) (campus Rumst)

8.1 Programma van het Comprehensive Geriatric Assessment

8.1.1 ADL-schaal: Katz-score

Beoordeling van de functionele (on)afhankelijkheid

Schaal 0-A-B-C en D (0 volledig onafhankelijk, C zwaar fysiek afhankelijk, D dementie)

8.1.2 IADL-schaal: Lawton schaal

Beoordeling van instrumentele afhankelijkheid.

Score per item, hoe hoger score hoe afhankelijke

8.1.3 Mini Mental state

Beoordeling mentale functioneren

8.1.4 Kloktekentest

Beoordeling mentale functioneren

Score op 5, perfecte klok en uur aanduiding is 5/5

8.1.5 Geriatrische depressieschaal

Beoordeling van depressieve stemmingsklachten, op basis van ja /neen vragen, waarbij nuancering door gesprek met de afnemende therapeut.

Score op 15, cutt off 6/15 is indicatief voor depressieve stoornis.

8.1.6 Tinetti-test

Beoordeling van gang en evenwicht met score 0 tot 2 per item, evenwicht op 16 punten, gang op 12 punten. Score van <18/28 geeft een hoog valrisico weer en vraagt om aangepaste loophulpmiddelen of aangepaste kinesitherapie.

8.1.7 Timed Up and go test

Beoordeling van tijd nodig om uit stoel op te staan en te vertrekken, idee over neuromusculaire sterkte. Score van <10 seconden is normaal, > 20 seconden is pathologisch.

8.1.8 MNA

Beoordeling van nutritionele risicostatus.

≤ 7 = Ondervoeding

8 - 11 = Risico op ondervoeding

12 - 14 = normale voedingstoestand

8.1.9 START/STOPP-criteria

Inventarisatie medicatie en evaluatie van noodzaak tot starten en/of stoppen medicatie, met vooral aandacht voor psychofarmaca, antihypertensiva en antidiabetica

9 Gehanteerde onderzoeks- en behandelingsmethodes bij bepaalde pathologieën en situaties

9.1 Valpreventiebeleid

Vallen is een groot probleem. Het gebeurt vaak en kan tot ernstige gevolgen leiden. Om valincidenten te voorkomen werd er binnen ons ziekenhuis een valpreventiebeleid opgesteld. Het beleid is afgestemd op de missie en de visie van AZ Rivierland. Het valincidentiebeleid bestaat uit 4 stappen:

- ▶ identificeren van een patiënt met een verhoogd valrisico (= case finding)
- ▶ zoeken naar mogelijke oorzaken van vallen (= multifunctionele evaluatie)
- ▶ advies geven om de veiligheid te vergroten (= multifactoriële interventies)
- ▶ opvolging en informatie bij ontslag

Het volledige [valpreventiebeleid](#) is terug te vinden op Zidoc (Docmans) voor campus Bornem en op SAM voor campus Rumst.

9.2 Decubituspreventiebeleid

Om het ontstaan van een decubituswonde tijdens de opname in ons ziekenhuis tot een minimum te herleiden, werd het decubituspreventiebeleid opgesteld. Het beleid is van toepassing op alle patiënten in het ziekenhuis. Het bestaat uit 4 essentiële onderdelen:

- ▶ screening op de aanwezigheid van decubitus op het moment van opname.
- ▶ risicobepaling a.d.h.v. nortonschaal én de klinische beoordeling.
- ▶ preventieve maatregelen.
- ▶ opleiding / training.

Het volledige [decubituspreventiebeleid](#) is terug te vinden op Zidoc (Docmans) voor campus Bornem en op SAM voor campus Rumst.

9.3 Fixatie en vrijheidsbeperkende maatregelen

Als ziekenhuis kiezen we in eerste instantie voor een fixatie-arm beleid. Fixeren kan dan slechts in weloverwogen situaties en is eerder uitzondering dan regel in de beslissing. M.a.w. fixatie is het laatste alternatief. Er wordt steeds onderzocht welke de onderliggende oorzaken van de acute verwardheid zijn en deze worden zo spoedig mogelijk behandeld.

Doel procedure

- ▶ zorgverleners bewustmaken van de voor- en nadelen van vrijheidsbeperkende maatregelen
- ▶ beslissingsboom aanbieden voor noodzaak tot fysieke fixatie in urgente en niet urgente situatie

Indicatie

- ▶ indien risico op beschadiging van de fysieke en/of psychische integriteit van de patiënt of die van anderen
- ▶ risico op onderbreking van levensnoodzakelijke therapie

Zijn GEEN indicatie voor fixatie

- ▶ comfort van personeel - onderbestaffing
- ▶ valrisico beperken
- ▶ behandeling van lastig gedrag

Bedreken en voorzettafel vallen **niet** onder fixatie wanneer dit wordt gebruikt op vraag van de patiënt, postoperatief of om de patiënt comfortabel te positioneren of transporteren.

Het gebruik van [vrijheidsbeperkende middelen](#) (procedure Zidoc en SAM) moet met het nodige respect en de nodige verantwoordelijkheidszin gebeuren. Hierbij pleeg je dagelijks een (multidisciplinair) overleg waarbij de noodzaak tot verderzetting of stopzetting wordt besproken. Bij elke fysieke fixatie moet het beslissingsproces doorlopen worden, rekening houdend met de lichamelijke en geestelijke status van de patiënt.

9.4 Ziekenhuishygiëne

Basisvereisten voor een goede handhygiëne:

-  geen juwelen aan handen en voorarmen
-  nagels kortgeknipt en schoon
-  geen nagellak, gelnagels, kunstnagels, nagelversteviger
-  voorarmen vrij van kledij
-  de eigen kledij moet volledig bedekt zijn door de arbeidskledij

5 indicaties voor handhygiëne

-  voor patiëntencontact
-  na patiëntencontact
-  voor een zuivere of invasieve handeling
-  na contact met slijmvliesen en lichaamsvochten
-  na contact met de directe patiënten omgeving

Zijn terug te vinden op ons intranet ZIDOC onder de noemer [ziekenhuishygiëne](#):

-  infectiepreventieprocedures
-  isolatiemaatregelen overzicht
-  overzichtslijst infectieziekten en te nemen isolatiemaatregelen

Verder zijn gehanteerde onderzoeks- en behandelingsprocedures (staande orders) bij bepaalde pathologieën en situaties terug te vinden op ZIDOC (Docmans) voor campus Bornem en op SAM voor campus Rumst.

10 Organisatie van het verblijf in de verschillende delen van het zorgprogramma

10.1 Dagindeling acute afdeling geriatrie/orthopedische geriatrie campus Bornem

Dienstroosters worden maandelijks gemaakt en ter beschikking gesteld.

Mogelijke shiften zijn:

- ▶ **Vroege 7.6u:** 06.30u - 14.36u
- ▶ **Vroege 6u:** 06.30u - 12.30u
- ▶ **Late 7.6u:** 13.06u - 21.00u
- ▶ **Late 6u:** 15.00u - 21.00u
- ▶ **N 10.5u:** 20.30u - 07.00u

Minimumbestaffing: 4 vroege en 3 late

Overzicht van taken tijdens de verschillende shiften:

Er wordt gewerkt met het principe van kantverantwoordelijke

- ▶ 1 vpke neemt de eindverantwoordelijkheid voor A-kant.
- ▶ 1 vpke neemt de eindverantwoordelijkheid voor B-kant.

06.30u - 07.00u

- ▶ briefing van nachtdienst naar vroege.

07.00u

- ▶ kantverantwoordelijken starten met medicatiebedeling
- ▶ 3e vpk / zk glycemiecontrol
- ▶ 4 de persoon start met ochtendzorg, rekening houdend met planning onderzoeken, ontslagen, ADL en besmettingen
- ▶ ADL worden genoteerd op het briefingblad

07.30 u

- ▶ logistiek assistent zorgt samen met ergo voor positionering van de patiënten voor het ontbijt
- ▶ hulp bij de maaltijden, voeden gebeurt (afhankelijk van de problematiek), door logistiek assistent (la) / zorgkundige / student / vpk of logo / ergo
- ▶ voedingsassistent deelt de ontbijten uit met de broodbuffetkar

08.00u

- ▶ briefing door kantverantwoordelijke aan hoofdverpleegkundige
- ▶ hoofdverpleegkundige of vervanging kijkt verdooving na, plant resterende onderzoeken en communiceert met onthaal wat betreft opnames en ontslagen

vanaf 08.30u

- ▶ briefing van hoofdverpleegkundige aan arts + patiënten die in ontslag gaan worden administratief afgewerkt
- ▶ zaalronde hoofdverpleegkundige met arts (wondzorgtoer op ma)
- ▶ vpk taken:
 - ochtendverzorging en parametercontrole + invullen dossiers. orde op kamers (hulp bij inpakken indien pat in ontslag gaat)
 - registreren stockproducten (zalf,...) uit noodkast
 - briefingsblad aanpassen
 - vuil linnen verzamelen
 - orde in de utility

11.20u

- ▶ kantverantwoordelijken delen medicatie
- ▶ glycemiecontrole
- ▶ positioneren voor middagmaal

11.30u - 12.15u

- ▶ middagmaal + hulp bij de maaltijden (iedereen helpt mee uitdelen)
- ▶ afruimen + registratie inname

12.00u

- ▶ kantverantwoordelijke gaat eten (pauze 30 min)
- ▶ vpk: middagtoer, mictietraining, positioneren in bed of zetel voor middagrust

12.30u

- ▶ de niet-verantwoordelijke vpk gaan eten + studenten tot 13.00u
- ▶ de kantverantwoordelijken nemen de middagtoer over + beloproepen

13.15u

- ▶ briefing aan late door kantverantwoordelijke en hoofdverpleegkundige

13.45u

- ▶ opruim kamers bij pat die met ontslag gaan
- ▶ te woord staan van familie
- ▶ uitpakken levering magazijn op maandag en donderdag
- ▶ bijkomende taken bv.: nagelverzorging, haarwassing, US sondage, transfers andere kamer, ...

Vanaf 14.00u

- ▶ kantverantwoordelijken met late kijken medicatie na en werken resterende instructies uit (briefing aanpassen, onderzoeken afspraken, ...)
- ▶ administratief voorbereiden van patiënten die daags nadien op ontslag gaan

14.36u

- ▶ einde vroege shift

Vanaf 16.15u

- ▶ uitdelen medicatie door kantverantwoordelijken
- ▶ glycemiecontrole + insulinetoediening
- ▶ positioneren voor avondmaal la
- ▶ volgens drukte: al enkele patiënten in bed leggen

16.30u

- ▶ voedingsassistenten delen avondmaal uit met de broodbuffetkar
- ▶ hulp bij de maaltijden cfr. overige maaltijden

17.00u

- ▶ korte pauze op de afdeling
- ▶ vanaf 18.30u, afhankelijk van de drukte
- ▶ hulp bij transfer naar bed, wisselhouding, verschoontoer, wondzorg z/n
- ▶ medicatiebedeling door 1 of 2 vk afhankelijk van bestaffing en workload

20.30u

- ▶ briefing kantverantwoordelijken a en b aan nachtdienst
- ▶ terwijl kantverantwoordelijke (a of b) brieft, zijn er nog 2 vpk of zk over om beloproepen te beantwoorden

21.00u

- ▶ einde late shift
- ▶ nachtdienst doet korte controle ronde, deelt laatste slaapmedicatie

Nachttaken

- ▶ beloproepen
- ▶ klaarleggen medicatie
- ▶ retour medicatie
- ▶ doorschrijven dossiers
- ▶ zorg voor nieuwe opnames
- ▶ verschoontoer om 24.00u en 04.00u
- ▶ glycemiecontrole
- ▶ bloedafnames om 06.00u
- ▶ briefing om 06.30u aan vroege

10.2 Dagindeling acute afdeling geriatrie campus Rumst

Dienstroosters worden maandelijks gemaakt en ter beschikking gesteld.

Mogelijke shiften zijn:

- ▶ **V28:** 07.00u - 15.30u
- ▶ **V21:** 07.00u - 11.00u
- ▶ **V23:** 07.00u - 12.00u
- ▶ **V24:** 07.00u - 13.00u
- ▶ **A104:** 13u45 - 22.00u
- ▶ **OO9:** 07.00u - 11u en 17.30u - 21.30u
- ▶ **N03:** 21u30 - 07.30u

Minimumbestaffing:

Ochtend: verantwoordelijke, 2 verpleegkundigen en zorgkundige

Avond: 2 verpleegkundigen en zorgkundige

Overzicht van taken tijdens de verschillende shiften:

07.00u - 07.30u

- ▶ briefing van nachtdienst naar vroege.

07.30u

- ▶ medicatiebedeling door 2 verpleegkundigen + glycemiecontrole (ieder 1 deel van de gang).
- ▶ 3e vpk / zk start ochtendzorg rekening houdend met planning onderzoeken, ontslagen, ADL en besmetting.
- ▶ logistiek assistent start met voedselbedeling
- ▶ hulp bij de maaltijden, voeden gebeurt (afhankelijk van de problematiek), door logistiek assistent (la) / zorgkundige / student / vpke of logo / ergo + registratie inname
- ▶ ADL worden genoteerd op het briefingblad

Vanaf 08.30u

- ▶ zaalronde arts in overleg met hoofdverpleegkundige, nadien eventuele wijzigingen of aanvragen in orde brengen

- ▶ communiceert met onthaal wat betreft opnames en ontslagen + administratie
- ▶ zorgverlening, ochtendzorg, beloproepen
- ▶ ochtendverzorging en parametercontrole + invullen dossiers. orde op kamers (hulp bij inpakken indien pat. in ontslag gaat)
- ▶ registreren stockproducten (zalf,...) uit noodkast
- ▶ briefingsblad aanpassen
- ▶ vuil linnen verzamelen
- ▶ orde in de utility

11.15u

- ▶ medicatiebedeling door 2 verpleegkundigen + glycemiecontrole (ieder 1 deel van de gang)
- ▶ middagmaal + hulp bij de maaltijden (iedereen helpt mee uitdelen)
- ▶ afruimen middagmaal + registratie inname

12.00u

- ▶ middagtoer, mictietraining, positioneren in bed of zetel voor middagrust

13.00u

- ▶ parametertoer

13.45u

- ▶ briefing verantwoordelijke naar avonddienst
- ▶ administratief voorbereiden van patiënten die daags nadien op ontslag gaan.
- ▶ medicatiebak apotheek leegmaken
- ▶ doorschrijven van verpleegdossiers

15.30u

- ▶ einde vroege dienst
- ▶ medicatieronde en glycemiecontrole
- ▶ positionering voor avondmaal

17.00u

- ▶ uitdelen avondmaal
- ▶ hulp bij de maaltijden cfr. overige maaltijden
- ▶ beloproepen

20.00u

- ▶ avondronde medicatie
- ▶ positionering patiënten voor de nacht, wisselhouding, wondzorg, glycemiecontrole, mictietraining

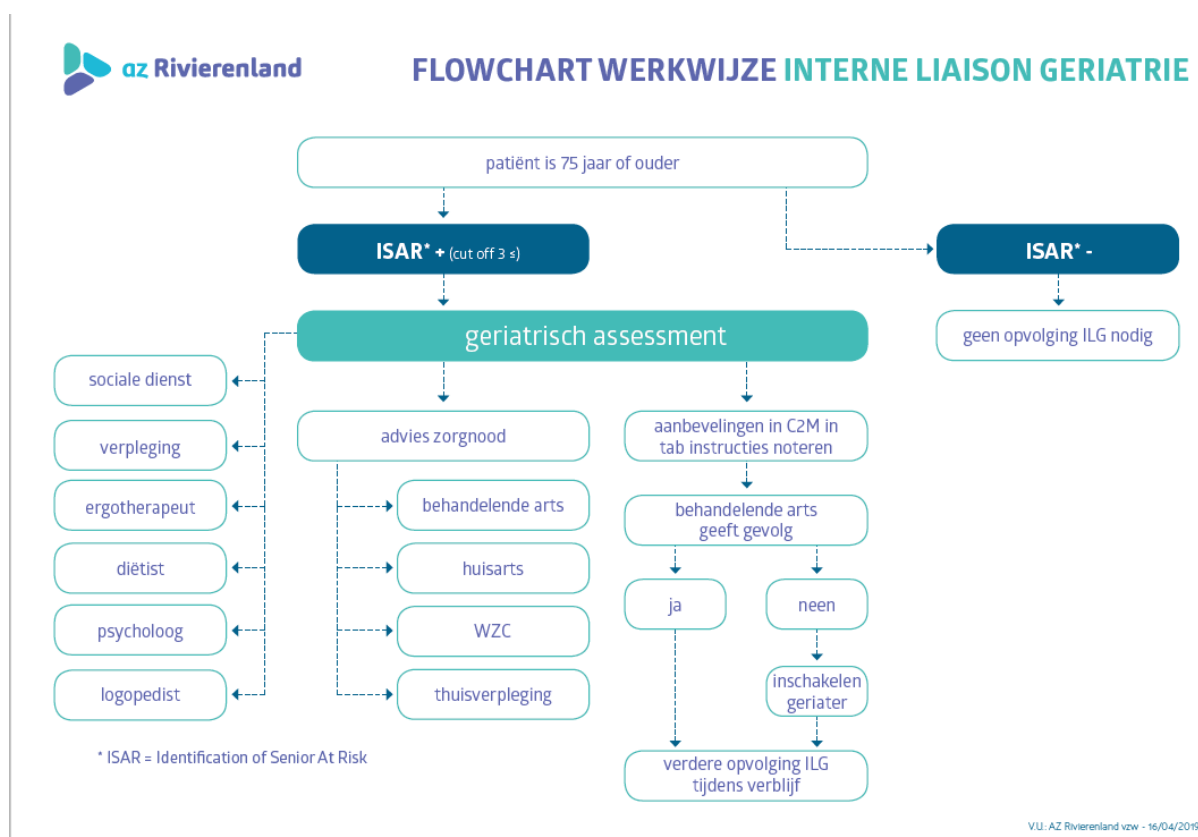
21.30u

- ▶ briefing van verantwoordelijke avonddienst naar nachtdienst

Nachttaken

- ▶ beloproepen
- ▶ klaarleggen medicatie + uitdelen nachtmedicatie
- ▶ doorschrijven dossiers
- ▶ zorg voor nieuwe opnames
- ▶ verschoontoer 2x/nachtshift
- ▶ parameter controle + glycemiecontrole
- ▶ bloedafnames
- ▶ briefing om 07.00u aan vroege dienst

10.3 Werking interne liaison geriatrie campus Bornem



A. Doelstelling en toepassingsgebied

Voor elke patiënt van 75 jaar of ouder wordt bij opname de ISAR-score ingevuld. ISAR staat voor Identification of Seniors At Risk en heeft tot doel kwetsbare ouderen te identificeren. Patiënten die ISAR + scoren, zullen verder gescreend en opgevolgd worden door het team ILG. (Interne Liaison Geriatrie). Bij aanvang van PRIMUZ zal op campus Bornem de GRP geïntroduceerd worden.

B. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden, betrokkenen

De verpleegkundige die de opname van de patiënt doet en de anamnese afneemt, vult ook de ISAR-score in. Dit geldt voor alle verblijfsafdelingen (excl. Geriatrie). Voor de afdelingen spoed en intensieve wordt de ISAR-score niet ingevuld, maar kan het team interne liaison steeds in consult geroepen worden. Men houdt er nl. rekening mee dat patiënten nooit rechtstreeks op ontslag gaan vanuit een intensieve afdeling en systematisch mee het traject volgen wanneer zij op een verblijfsafdeling terecht komen. Indien de patiënt rechtstreeks op ontslag gaat vanuit de spoedafdeling gaan we ervan uit dat de patiënt geen positieve score had, hoewel consult steeds mogelijk is.

C. Verwante documenten en hulpmiddelen

De ISAR-score is terug te vinden in C2M onder map 'Klinische indicatoren VKP'.

JA = 1 - NEE = 0	
Werd U de ll 6 mnd opgenomen in ZH ? (.)	
Heeft U stoornissen van het zicht ? (.)	
Heeft U merkbare geheugenstoornissen? (.)	
Nood aan hulp voor opname ? (.)	
Heeft U nu nood aan hulp ? (.)	
Neemt U meer dan 3 geneesmiddelen in ? (.)	

ISAR-positieve patiënt indien deze bij minstens 3 items positief scoort

D. Valkuilen bij het invullen van de ISAR

Werd u de laatste 6 maanden opgenomen in ZH?

- ▶ rechtstreekse transfers vanuit andere ziekenhuizen naar hier worden niet aanzien als een heropname = score 0
- ▶ indien patiënt met ontslag gaat en dezelfde dag opnieuw wordt opgenomen, wordt dit aanzien als een heropname = score 1
- ▶ werd pat afgelopen 6 maanden opgenomen in een ander ziekenhuis, dan geldt dit ook als heropname = score 1

Heeft u stoornissen van het zicht?

- ▶ indien de patiënt een bril draagt en hier goed mee kan zien = geen stoornis van het zicht → = score 0
- ▶ wanneer een score 1 :
 - blindheid, cataract
 - onaangepaste bril
 - CVA-pat met neglect, hemianopsie, ...

Heeft u merkbare geheugenstoornissen?

- ▶ indien aanwezig door infectie = score 1
- ▶ indien niet direct merkbaar, toch vermoeden, score openlaten en vermelden onder 'stand van zaken' (onder isar)

Nood aan hulp voor opname?

- ▶ TVP aanwezig = score 1, klaarzetten van medicatie, inspuiten van insuline **uitgezonderd**: tijdelijk postop voor wondverzorging, enkel voor oogdruppels = score 0
- ▶ gezins- of bejaardenhulp = score 1
- ▶ poetsdienst = score 0
 - veel kinderen van ouderen gaan uit werken en kunnen hierdoor hun ouders niet helpen
 - wanneer poetshulp 1x/14 dagen langskomt
 - op heden nemen veel personen poetshulp terwijl ze nog wel zelfredzaam zijn
- ▶ mantelzorg: echtgenoot, kinderen, ... = score 1
- ▶ (nagaan of de patiënt zelfredzaam is zonder hulp van deze mantelzorger?)

Heeft u nu nood aan hulp?

- ▶ in de meeste gevallen positief = score 1, zeker bij (grote) ingrepen
- ▶ score 0 = bij (kleine) ingrepen, wanneer patiënt zichzelf wast, kleedt en naar toilet gaat

Neemt u meer dan 3 geneesmiddelen in?

- ▶ Enkel **thuismedicatie** (onder de vorm van pillen)
- ▶ belangrijk bij anamnese welke thuismedicatie de patiënt neemt, o.a. bij valrisico, ...
- ▶ in medicatiebeheer (EPD) duidelijk vermelden wat thuismedicatie is
- ▶ uitzonderingen die niet meetellen voor ISAR-score: oogdruppels (niet altijd chronisch), movicol, laxoberon, ...
- ▶ wat zeker wel meetelt = insuline!

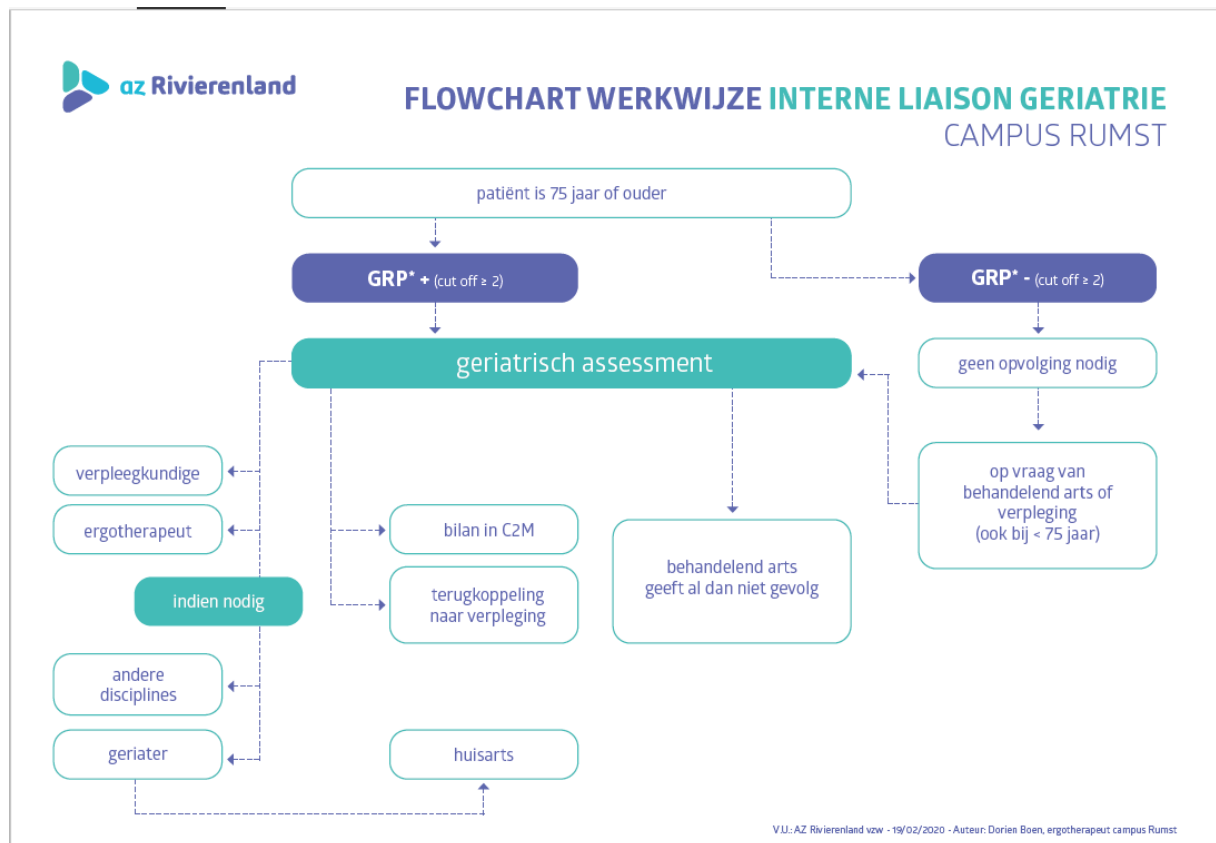
Leden van het team ILG vragen dagelijks lijsten op van patiënten 75+ en gaan na of zij al dan niet ISAR + zijn. Zo nodig vullen zij zelf de ISAR-score in. Het team gaat langs bij alle patiënten waarvan de ISAR-score $> \text{ of } = 3$ en neemt een **geriatrische screening** af. Er wordt een **Advies zorgnood** opgesteld in het EPD. Dit AZ wordt ook doorgestuurd aan de huisarts en/of woonzorgcentrum en/of thuisverplegingsdienst van de patiënt.

In een advies zorgnood worden volgende items uitgewerkt:

-  opnamedatum
-  ISAR-score
-  reden van opname
-  herkomst patiënt
-  validiteit
-  continentie
-  cognitie
-  nutritie
-  communicatie en gezichtsvermogen
-  wondzorg
-  pijn
-  sociaal
-  besluit met adviezen en opmerkingen

Na het versturen van het advies zorgnood worden er aanbevelingen/vragen in het EPD genoteerd in de tab instructies. Indien de behandelend arts geen gevolg geeft aan de aanbevelingen/vragen wordt de geriater ingeschakeld. Indien nodig neemt de geriater contact op met de behandelend arts. Patiënten worden gedurende hun verblijf in het ziekenhuis opgevolgd door de leden van het team IL.

Op vraag van de behandelend arts of verpleging, gaat het team zo nodig ook langs bij patiënten die nog geen 75 jaar zijn. Op weekdays is er steeds iemand aanwezig tussen 08.00u en 16.00u.



Voor elke patiënt van 75 jaar of ouder wordt bij opname de GRP-score ingevuld. GRP staat voor Geriatrisch RisicoProfiel en heeft tot doel kwetsbare ouderen te identificeren. Patiënten die GRP + scoren, zullen verder gescreend en opgevolgd worden door het team ILG. (Interne Liaison Geriatrie)

De verpleegkundige die de opname van de patiënt doet en de anamnese afneemt, vult ook de GRP-score in. Dit geldt voor alle verblijfsafdelingen (excl. Geriatrie). Voor de afdelingen spoed en intensieve wordt de GRP-score niet ingevuld, maar kan het team interne liaison steeds in consult geroepen worden. Men houdt er nl. rekening mee dat patiënten nooit rechtstreeks op ontslag gaan vanuit een intensieve afdeling en systematisch mee het traject volgen wanneer zij op een verblijfsafdeling terecht komen. Indien de patiënt rechtstreeks op ontslag gaat vanuit de spoedafdeling gaan we ervan uit dat de patiënt geen positieve score had, hoewel consult steeds mogelijk is.

De GRP-score is terug te vinden in het patiëntendossier op de afdelingen.

RISICO	JA	NEEN
1. Aanwezigheid van een cognitieve stoornis (b.v. desoriëntatie, dementie, delirium)	2	0
2. Alleenwonend of geen hulp mogelijk door inwonende partner / familie	1	0
3. Moeilijkheden bij stappen / transfers of gevallen in de afgelopen 6 maanden	1	0
4. Hij / zij werd gehospitaliseerd in de afgelopen 3 maanden	1	0
5. De patiënt gebruikt ≥ 5 geneesmiddelen	1	0
TOTAALSCORE		

*Aangepaste en vertaalde versie van het "Triage Risk Screening Tool" (Meldon et al., 2003)

D. Valkuilen bij het invullen van de GRP

Werd u de laatste 3 maanden opgenomen in ZH?

- ▶ rechtstreekse transfers vanuit andere ziekenhuizen naar hier worden niet aanzien als een heropname = score 0
- ▶ indien patiënt met ontslag gaat en dezelfde dag opnieuw wordt opgenomen, wordt dit aanzien als een heropname = score 1
- ▶ werd pat afgelopen 3 maanden opgenomen in een ander ziekenhuis, dan geldt dit ook als heropname = score 1

Aanwezigheid cognitieve stoornis?

- ▶ indien aanwezig door infectie = score 2

Neemt u meer dan ≥5 geneesmiddelen in?

- ▶ Enkel **thuismedicatie** ook vitamines en insuline
- ▶ belangrijk bij anamnese welke thuismedicatie de patiënt neemt, o.a. bij valrisico, ...

Leden van het team ILG bekijken dagelijks de 75+lijst gaan na of zij al dan niet GRP + zijn. Zo nodig vullen zij zelf de GRP-score in. Het team gaat langs bij alle patiënten waarvan de GRP-score ≥ 2 en neemt een **geriatrisch assessment** af. Er wordt een **ILG bilan** opgesteld in het EPD. Dit bilan wordt doorgestuurd aan de huisarts.

In een ILG bilan worden volgende items uitgewerkt:

- ▶ opnamedatum
- ▶ GRP-score
- ▶ DNR-code
- ▶ reden van opname
- ▶ voorgeschiedenis
- ▶ medicatie
- ▶ sociale anamnese
- ▶ Katz-schaal + incontinentie
- ▶ iADL
- ▶ valrisico
- ▶ MNA/malnutritie
- ▶ cognitie, fixatie en delier
- ▶ communicatie en gezichtsvermogen
- ▶ decubitus
- ▶ wondzorg
- ▶ pijn
- ▶ emotioneel welbevinden
- ▶ besluit met adviezen en opmerkingen

Na het assessment wordt het ILG bilan opgemaakt en wordt er advies gegeven aan de hoofdverpleegkundige van de dienst waar de patiënt verblijft. De behandelend arts kan het ILG bilan in het EPD raadplegen en geeft al dan niet gevolg aan de aanbevelingen. De geriater wordt indien nodig in advies gevraagd en noteert zijn aanbevelingen in het ILG bilan en het patiëntendossier.

Patiënten worden gedurende hun verblijf in het ziekenhuis opgevolgd door de leden van het team IL.

Op vraag van de behandelend arts of verpleging, gaat het team zo nodig ook langs bij patiënten die nog geen 75j. zijn. De ILG leden zijn dagelijks bereikbaar van 08.00u tot 16.00u.

11 voor administratieve taken

11.1 Kwaliteitshandboek updaten

Het kerncomité geriatrie houdt het kwaliteitshandboek up to date.

11.2 Opvolgen e-mails

Elke medewerker van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, is zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van zijn/haar e-mails.

11.3 Patiëntgerelateerde verslaggeving

Elke medewerker van het multidisciplinair team is verantwoordelijk voor de elektronische verslaggeving over de evolutie van de patiënt, op zijn vakgebied. De verpleegkundigen ILG, bundelen de gegevens in een advies zorgnood, terug te vinden in het EPD. Zij sturen dit advies zorgnood ook elektronisch door aan behandelend arts en huisarts van de patiënt via MediBridge Hector (campus Bornem)

De verpleegkundigen ILG, bundelen de gegevens in het ILG bilan in het EPD en een access document. Andere leden van het multidisciplinair team zijn zelf verantwoordelijk voor verslaggeving in het EPD (campus Rumst)

12 Competenties, opleiding en bijscholing

12.1 Competenties

Voor elke functie binnen het ziekenhuis is een **functieomschrijving** opgemaakt. Daarin worden volgende items duidelijk omschreven:

- ▶ plaats in de organisatie
- ▶ doel en verantwoordelijkheden van de functie
- ▶ taakomschrijving
- ▶ vereiste opleiding / competenties
- ▶ arbeidsvoorwaarden

De functieomschrijvingen zijn te raadplegen op Zidoc, personeelsdienst.

- ▶ verpleegkundige geriatrie
- ▶ referentieverpleegkundige geriatrie
- ▶ zorgexpert geriatrie
- ▶ verpleegkundige ILG
- ▶ vpk coördinator geriatrisch zorgprogramma
- ▶ referentiepersoon dementie
- ▶ ergo geriatrie
- ▶ ergo ILG
- ▶ medewerker sociale dienst
- ▶ klinisch diëtist
- ▶ logopedist
- ▶ klinisch psycholoog
- ▶ kinesitherapeut
- ▶ zorgkundige geriatrie

12.2 Vorming, training en opleiding

Met vormingsbeleid wordt ‘vorming, training en opleiding’ (VTO) bedoeld. Het is het geheel van activiteiten en inspanningen dat het ‘levenslang’ leren van medewerkers bevordert. Het doel ervan is hun competenties en kennis te ontwikkelen (via alle mogelijke leervormen zowel intern als extern georganiseerd) met het oog op beter en kwaliteitsvol functioneren in hun taak, dewelke kadert in het geheel van de missie en visie van onze organisatie.

AZ Rivierenland wil een ‘lerende organisatie’ zijn. Hiertoe wensen we een algemeen vormingsbeleid te ontwikkelen op basis van de noden van onze organisatie alsook op basis van de individuele noden van elke medewerker en vrijwilliger. Vanuit het HR-beleid ligt de nadruk op competenties, verantwoordelijkheidszin, kwalificaties en een positieve instelling.

In onze huidige maatschappij en dus ook in onze werkomgeving zijn processen continue in verandering, de laatste jaren steeds meer in sneltempo. Dat maakt dat wij als organisatie flexibel moeten zijn om aan deze omgeving met veranderende vereisten te voldoen. Een ‘lerende organisatie zijn’, met voldoende ruimte voor elke vorm van leergierigheid, bijleren, verbeteren en bijsturen is daarbij onontbeerlijk.

Het opleiden van medewerkers is één van de sleutels voor een succesvolle implementatie van een vernieuwde werking of procedure. Onze **opleidingen** hebben enerzijds tot doel om kennis en **competenties te verruimen**, maar anderzijds ook om **betrokkenheid te creëren** bij medewerkers en persoonlijke begeleiding aan te bieden.

Het ultieme doel van dit VTO beleid is om al onze medewerkers te betrekken in onze veranderende organisatie en hen de goesting en ook kansen te geven om te leren, op welke manier dan ook, over wat hen daarbij in hun dagelijkse praktijk kan helpen, ondersteunen of sterker maken.

Dit ‘levenslang leren’ kan aan de hand van interne vormingen en opleidingen of door het volgen van externe opleidingen.

Het volledig uitgeschreven vormingsbeleid kan u terugvinden via zidoc op Docmans (campus Bornem) of via SAM (campus Rumst).

12.3 Bijscholing, accreditering van de geriater

De geriateren werkzaam in AZ Rivierland zijn allen geaccrediteerd. Dit betekent dat ze zich regelmatig bijscholen en op regelmatige basis de LOK-vergaderingen volgen.

De geriater volgt jaarlijks een aantal bijscholing die in functie van hun duur en onderwerp credit points toebedeeld krijgen vanuit het RIZIV. Jaarlijks dienen minstens 2 CP verdiend te worden in de rubriek "LOK", al dan niet zelf georganiseerd. LOK's zijn Lokale Overlegorganen Kwaliteitszorg die per discipline bestaan. Elke arts dient van zo'n LOK deel uit te maken.

Verder dienen er ook verplicht CP's behaald te worden in de rubriek ethiek en economie.

De accrediteringsperiode loopt steeds voor een periode van 3 jaar.

13 Kwaliteitsopvolging

AZ Rivierenland staat garant voor kwaliteitsvolle zorg op maat van de patiënt. We streven hierbij continu naar verbetering, waarbij we streven naar een veilige, warme en innovatieve omgeving voor onze patiënt.

De acht pijlers van het integraal kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid in AZ Rivierenland zijn:

- ▶ structuur en beleid
- ▶ accreditering
- ▶ inspecties
- ▶ indicatoren
- ▶ communicatie en opleiding
- ▶ interne audits en veiligheidsrondes
- ▶ incidentmeldingen en patiëntveiligheid
- ▶ projectoptimalisatie en risicoanalyses

Enkele pijlers worden in dit kwaliteitshandboek kort toegelicht. Het volledige beleid is te raadplegen via het documentmanagementsysteem van het ziekenhuis.

13.1 Accreditering

AZ Rivierenland is NIAZ Q-Mentum geaccrediteerd:

- ▶ campus Rumst: januari 2018
- ▶ campus Bornem en Willebroek: september 2018

De volgende audit zal doorgaan in juni 2022.

13.2 Interne audits en veiligheidsrondes

Een interne audit of veiligheidsronde heeft volgende doestellingen binnen het ziekenhuis:

- ▶ belangrijke aspecten m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid op een systematische manier afdrukken
- ▶ nagaan of interne afspraken worden nageleefd
- ▶ vergroten van de betrokkenheid van medewerkers in kwaliteit
- ▶ goed voorbereid zijn op inspecties en accreditatie
- ▶ verhogen van de veiligheidscultuur.

Na elke audit wordt er op afdelings- en ziekenhuisniveau een actieplan opgesteld, welk opgevolgd wordt door leidinggevend en directieleden.

13.3 Incidentmeldingen

Een elektronisch meldsysteem voor (bijna-) incidenten helpt ons om risico's op het vlak van patiëntveiligheid goed te kunnen inschatten en preventieve maatregelen te nemen, bv. om valincidenten bij geriatrische patiënten te voorkomen.

In de organisatie streven wij naar een veilige meldcultuur, waar een incident dient om te leren, en niet om te straffen. We leren hoe we onze zorgverlening kunnen verbeteren en soortgelijke incidenten in de toekomst kunnen voorkomen.

13.4 Patiëntveiligheid

Verder zijn we als ziekenhuis ervan overtuigd dat patiënten een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van de veiligheid van hun zorgproces. We beschouwen patiënten als ervaringsdeskundigen om meer te weten te komen over de kwaliteit van zorg. Daarom hebben we verschillende middelen om de patiënt feedback te laten geven over zijn ontvangen zorgen. Het ziekenhuis biedt de patiënt de mogelijkheid om via de website een klacht, suggesties, tips of complimenten te melden. Deze informatie wordt door de ombudsdienst en de desbetreffende personen besproken en afgehandeld.

Daarnaast ontvangt elke patiënt of een familielid bij het verlaten van het ziekenhuis een evaluatiedocument.

Ook organiseert het ziekenhuis twee maal per jaar een patiëntenpanel. Tijdens dit patiëntenpanel worden er 4-8 patiënten uitgenodigd om hun ervaringen te delen met de dienst kwaliteit, ombudsdienst, afgevaardigd bestuurder, directeur verpleging en hoofdgeneesheer. Tijdens zo'n panel worden volgende onderwerpen besproken: bereikbaarheid van het ziekenhuis, telefonische bereikbaarheid, interne bereikbaarheid (bv. routesysteem), fysieke veiligheid (bv. bewaren van persoonlijke spullen) emotionele veiligheid (bv. vragen durven stellen), ervaren risico's tijdens de zorg (bv. vallen) en het contact met de zorgverlener (bv. laagdrempeligheid).

13.5 Indicatoren

Binnen het ziekenhuis worden er verschillende instrumenten gebruikt om de kwaliteit op te volgen. Enkele voorbeelden worden hieronder toegelicht.

13.5.1 Boordtabel

Het ziekenhuis stuurt haar kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid door centrale indicatoren op te volgen met behulp van boordtabellen. Reeds lange tijd werden tal van indicatoren gemeten en door diverse diensten en disciplines beheerd. Sinds 2018 werd de implementatie van de centrale boordtabel, die een verzameling van een groot aantal indicatoren wil beogen, een feit. De input wordt centraal verzameld en trimestrieel aangereikt door de inhoudsdeskundigen. De boordtabel wordt op de raad van bestuur, in de medische raad, in het managementteam en op de beleidsdagen (leidinggevend) gecommuniceerd en besproken. Indicatoren worden ingedeeld in een van volgende categorieën: patiënt en medewerkers, kwaliteit en patiëntveiligheid, financieel en proceseffectiviteit.

13.5.2 Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals - VIP2

VIP2 meet de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen door een aantal vastgelegde **kwaliteitsindicatoren**. Het ziekenhuis kiest voor transparantie en maakt al zijn resultaten publiek. Zij zijn te raadplegen op de website www.zorgkwaliteit.be.

13.5.3 Dashboard kwaliteit

Het dashboard kwaliteit bestaat uit **verschillende apps**, welke informatie weergeven over verschillende kwaliteitsonderwerpen. Onder andere volgende apps zijn in gebruik:

-  App 'VIM (veilig incidenten melden)': geeft een overzicht van het aantal incidenten per jaar (ziekenhuisbreed/per afdeling), aantal meldingen per jaar per risicoklasse, aantal meldingen per type per jaar, ...
-  App 'Klachten': enkel de rapportages zijn hiervan toegankelijk (bv. aantal klachten, soort klacht, welke patiëntenrechten zijn geschonden...). De dossiers zelf worden in de app opgevolgd door de ombudsman, maar zijn niet toegankelijk voor anderen in het kader van privacy van de patiënt.
-  App 'informatieveiligheid': geeft een overzicht van het aantal incidenten met betrekking tot informatieveiligheid, type incidenten...
-  App 'licht arbeidsongeval': geeft een overzicht van het aantal en het type arbeidsongevallen per jaar in het ziekenhuis

Daarnaast volgt elke dienst ook nog enkele diensts specifieke indicatoren op, welke gecommuniceerd worden via de kwaliteitsborden op de afdelingen.

14 Beleid dementievriendelijk ziekenhuis

14.1 Beleid dementievriendelijk ziekenhuis.

Net als de Vlaamse overheid, willen ook wij als ziekenhuis dat elke persoon met dementie toegang heeft tot persoonsgerichte zorg. Voor het uitschrijven van een dementievriendelijk beleid, baseren we ons op het “Integraal referentiekader voor de kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie” en houden we rekening met de vier pijlers van een dementievriendelijk ziekenhuis.

14.1.1 De zorgrelatie centraal.

Fundament 1: Maatschappelijke en persoonlijke beeldvorming

We hebben aandacht voor ons alledaags taalgebruik, onze manier van praten over dementie. We vermijden termen als dementerenden, dementenafdeling,...maar spreken in de plaats daarvan over personen/patiënten met dementie (=PMD), een afdeling voor personen met dementie enz.

Fundament 2: Het normalisatieprincipe

Gewoontes van thuis aanhouden, kan tijdens een ziekenhuisopname slechts in mindere mate. We proberen toch rekening te houden met gewoontes/wensen van de PMD: naar bed laten gaan wanneer zin, laten kiezen waar hij/zij graag zit, eventueel vertrouwd eten van thuis laten meebrengen.

Fundament 3: Autonomie in geborgenheid

PMD willen hun identiteit behouden ook als ze zorg nodig hebben, willen blijven beslissen over hun eigen leven en willen zich betekenisvol blijven voelen. We betrekken ze daarom in gesprekken die hen aanbelangen en nemen niet zomaar beslissingen in hun plaats. Wat de PMD nog zelf kan, nemen we niet uit handen. We zoeken voortdurend naar de juiste balans tussen autonomie en geborgenheid.

Fundament 4: Afgestemde zorg

We gaan als zorgverlener aan de slag om tot afgestemde zorg te komen die alle dimensies omvat: lichamelijk, sociaal, psychisch. We stellen telkens de vraag welke aanpak het meest aansluit bij wat iemand nodig heeft. We gaan bovendien bewust om met white lies (leugentjes om best wil).

Fundament 5: De mantelzorgers en naasten.

Goede relatie met familie, mantelzorgers en andere betekenisvolle personen is bron van betekenisgeving en draagt bij tot kwaliteit van leven van PMD. Goede zorg betekent triadisch werken: PMD / Mantelzorger / zorgverlener. We streven er in ons ziekenhuis naar om mantelzorgers deelgenoot te maken van de zorg als zij dit wensen.

Fundament 6: De professionele zorgverleners en vrijwilligers

Kwaliteit van zorg vergt medewerkers die hoofd, hart, handen en buikgevoel volop benutten. We hebben aandacht voor zaken die PMD en zijn familie belangrijk vinden. We maken tijd om te praten. We verruimen bij de zorgverleners de dementiespecifieke kennis: wat is dementie, moeilijk hanteerbaar gedrag, aandachtspunten bij communicatie met PMD.

14.1.2 Pijlers van een dementievriendelijk ziekenhuis.

Pijler 1: een dementievriendelijke omgeving

-  Oriënteren in tijd en ruimte
-  Vertrouwdheid
-  De weg vinden
-  Betekenisvolle dagopvulling

Pijler 2: een sterk zorgteam met dementievriendelijke expertise

-  Gekwalificeerde zorgverleners
-  Team ILG
-  Referentiepersoon dementie

Pijler 3: persoonsgerichte zorg van opname tot ontslag

-  Werken vanuit de beleving van de persoon met dementie
-  De mantelzorger als volwaardige partner in de zorg
-  Onnodige transfers vermijden
-  Onnodige opnames vermijden
-  Warme zorg in het operatiekwartier
-  Dementiespecifieke vrijwilligerswerking

Pijler 4: aandacht voor delier, pijn en ondervoeding

-  Kans op delier 5x zo hoog bij PMD
-  Voedings- en vochtschema
-  Pijn bevragen adhv Painad

14.1.3 Referentiepersonen dementie

-  Ann Van den Heuvel
-  Mieke Van Cauwenbergh
-  Sarah Smolders