|  |  |
| --- | --- |
| **Document:** GLOR-68-1954 **versie** 1.0 | **Publicatiedatum:** 29/04/2021 |
| **Auteur(s):** Bruneel Bram De Smet Martine (Staf) [Auteur 3] | **Uitvoeringsdatum:** 29/04/2021 |
| **Documentbeheerder:** De Smet Martine (Staf) | **Revisiedatum:** 29/10/2023 |
| **Autorisator(s):** Kympers Celine Sonneville Barbara [Autorisator 3] | **Vervaldatum:** 29/04/2024 |

Inhoud

[1 Omschrijving / Doelstelling 3](#_Toc66976867)

[2 Toepassingsgebied 3](#_Toc66976868)

[3 Uitvoering 4](#_Toc66976869)

[3.1 Visie en missie van AZ Glorieux 4](#_Toc66976870)

[3.1.1 Opdrachtsverklaring van het ziekenhuis 4](#_Toc66976871)

[3.1.2 Visie en missie op de zorg van de geriatrische patiënt 4](#_Toc66976872)

[3.2 Beschrijving onderdelen van het zorgprogramma 5](#_Toc66976873)

[3.2.1 Geriatrische afdeling 5](#_Toc66976874)

[3.2.2 Geriatrisch consult 7](#_Toc66976875)

[3.2.3 Geriatrisch dagziekenhuis 8](#_Toc66976876)

[3.2.4 Interne liaison (ILT) 10](#_Toc66976877)

[3.2.5 Externe liaison 12](#_Toc66976878)

[3.3 Personeelsomkadering 12](#_Toc66976879)

[3.3.1 Coördinatie van het zorgprogramma geriatrie 12](#_Toc66976880)

[3.3.2 Artsen 13](#_Toc66976881)

[3.3.3 Verpleegkundig en paramedisch personeel 13](#_Toc66976882)

[3.3.4 Directiecomité 15](#_Toc66976883)

[3.3.5 Medische permanenties 15](#_Toc66976884)

[3.3.6 Verpleegkundige permanenties 16](#_Toc66976885)

[3.4 Overlegstructuur 16](#_Toc66976886)

[3.4.1 Beleid gebonden overlegmomenten 16](#_Toc66976887)

[3.4.2 Patiëntgebonden overlegmomenten 18](#_Toc66976888)

[3.4.3 Personeel gebonden overlegmomenten 19](#_Toc66976889)

[3.5 Specifieke procedures voor geriatrische patiënten 21](#_Toc66976890)

[3.6 Kwaliteitsborging 21](#_Toc66976891)

[3.6.1 Kwaliteitscel 21](#_Toc66976892)

[3.6.2 Kwaliteitsborging 22](#_Toc66976893)

[3.6.3 Continue kwaliteitsverbeteringen 24](#_Toc66976894)

[3.7 Samenwerkingsakkoorden met andere instellingen 24](#_Toc66976895)

[3.7.1 Andere ziekenhuizen 24](#_Toc66976896)

[3.7.2 Woonzorgcentra uit de regio 24](#_Toc66976897)

[4 Opvolging 25](#_Toc66976898)

[5 Bronnen 25](#_Toc66976899)

[5.1 Gerelateerde documenten 25](#_Toc66976900)

[5.2 Wetgeving 25](#_Toc66976901)

[5.3 Wetenschappelijke literatuur 25](#_Toc66976902)

# Omschrijving / Doelstelling

Het KB van januari 2007, gewijzigd in maart 2014, legt in de erkenningsnormen vast dat het ‘zorgprogramma geriatrie’ moet beschikken over een pluridisciplinair geriatrisch handboek.

Het zorgprogramma geriatrie in AZ Glorieux omvat:

* 2 erkende geriatrische afdelingen
* een geriatrisch consult
* een geriatrisch dagziekenhuis
* een interne liaison
* een externe liaison

Het zorgprogramma richt zich op de geriatrische patiënt van gemiddeld ouder dan 75 jaar welke een specifieke aanpak vragen om volgende redenen:

* fragiliteit en beperkte homeostase
* actieve polypathologie
* atypische klinische beelden
* verstoorde farmacokinetica
* gevaar voor functionele achteruitgang
* gevaar voor deficiënte voeding
* tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid met toegenomen risico op opname in een instellingen afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven
* psychosociale problemen

Elk gehospitaliseerde patiënt jonger dan 75 jaar, opgenomen in het ziekenhuis, die tekenen van kwetsbaarheid tonen zoals hierboven beschreven kunnen ook opgenomen worden in het zorgprogramma geriatrie.

AZ Glorieux heeft daarnaast functionele samenwerkingsakkoorden met verschillende woonzorgcentra uit de regio, ook in de Wallonië.

# Toepassingsgebied

Ziekenhuisbreed

# Uitvoering

## Visie en missie van AZ Glorieux

### Opdrachtsverklaring van het ziekenhuis

*“Het is de opdracht van de vzw Werken Glorieux om vanuit een christelijk-evangelische inspiratie, kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorgen aan te bieden aan kinderen, zieken en bejaarden, waarbij wetenschappelijke kennis en kunde gepaard gaat met aandacht, respect en dienstbaarheid.*  
*Naar het voorbeeld van E.H. Stefaan Modest Glorieux, Stichter van de Congregatie van de Zusters van Barmhartigheid, gaat speciale aandacht uit naar de meest kwetsbaren van de maatschappij.*  
*Elk contact met de patiënt, met een bewoner of met een kind die aan onze zorgen worden toevertrouwd, zal getuigen van een maximale waardering voor de unieke mens.”*

Het ziekenhuis is een christelijke instelling, geïnspireerd door het charisma van de Stichter van de congregatie, Stefanus Modest Glorieux. De verwachtingen hieromtrent werden verwoord en voorgeschreven in de "Opdrachtsverklaring". Deze is tot stand gekomen met medewerking van de personeelsafgevaardigden, de Ondernemingsraad, de Medische Raad en de Raad van Bestuur. Zij werd aan alle dokters en personeelsleden overhandigd t.g.v. 50 jaar AZ-ZvB in Oktober 2002.

De bestuurders verbinden er zich toe de nodige voorwaarden te scheppen om het genomen engagement waar te maken. Zij zullen eveneens het statuut van het ziekenhuis al privé-instelling vrijwaren. Bij het uitoefenen van hun werkzaamheden houden zij rekening met de adviezen van de Ethische Commissie van het Ziekenhuis, van de Medische Raad en van het Directieteam.

De meest verantwoorde zorg aanbieden aan elke patiënt, kan slechts gerealiseerd worden door optimale multidisciplinaire samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners, die de belangen van de individuele artsen, medische disciplines en medische departementen overstijgt.

De toenemende complexiteit voor de medische specialistische zorgverlening, met kostbare en hooggespecialiseerde technologie, vertaalt zich in het aanbieden van multidisciplinaire zorgprogramma's. Deze kunnen best gerealiseerd worden via integratie en participatie van de geneesheren in het medische en in het financiële beleid van het ziekenhuis.

### Visie en missie op de zorg van de geriatrische patiënt

#### Visie

* Bevordering van de kwaliteit van leven van ouderen (70+) met een acute, complexe zorgproblematiek, berustend op multidisciplinaire diagnose, therapie en revalidatie
* Verder uitbouwen van continuïteit in de patiëntenstroom doorheen de peilers zoals omschreven in de wetgeving (KB 27 januari 2007).

#### Missie

Algemeen:

Zorg voor de oudere vraagt een aangepaste aanpak. Belangrijk hierin is aandacht voor de wensen van de oudere zelf, waarbij een evenwicht wordt gezocht tussen over- en onderbehandeling met afzien van onnodige onderzoeken met beperkte consequenties. Aandacht voor advanced care planning en ook een goede palliatieve zorg maakt hier logischerwijze deel van uit.

Dit vraagt ook specifiek opgeleid personeel. Zorg voor de oudere moet aantrekkelijk worden gemaakt, in eerste instantie door meer kenbaarheid en duidelijkheid te geven omtrent wat een geriatrisch aanpak inhoudt en wat de meerwaarde hiervan is. Dit is van belang om gemotiveerd personeel met een geriatrisch visie aan te trekken, maar ook om ziekenhuisbreed de noden van aangepaste geriatrisch zorg te verduidelijken. Bedoeling is patiënten steeds beter te selecteren die baat hebben bij deze specifieke zorg. Gezien de vergrijzing en de daarmee gepaarde gaande grotere patiëntenpopulatie ouderen wordt dit ook steeds belangrijker. Door van op spoedopname reeds correct de selecteren en van daaruit het traject van de geriatrisch patiënt te volgen doorheen het ziekenhuis heen, kan veel informatie van bij aanvang worden bekomen en snel aangepaste zorg worden aangeboden op elke afdeling. Een 2 jaarlijkse samenkomst met referent verpleegkundige geriatrie alsook bijkomende opleidingsmomenten, voor zorg-, verpleegkundige, paramedici en artsen, zal onze visie en holistische transmurale geriatrische aanpak ook meer kenbaar maken.

## Beschrijving onderdelen van het zorgprogramma

### Geriatrische afdeling

Het zorgprogramma beschikt over 2 acute geriatrische afdelingen.

Niet elke geriatrische patiënt wordt echter opgenomen op deze afdelingen.

Exclusiecriteria zijn:

* + Patiënten die specifiek verwezen worden naar een andere dienst dan geriatrie (, tenzij na overleg met verwijzend huisarts, specialist en geriater)
  + Medische problematiek waarbij patiënt maar 1 medisch hoofdprobleem heeft en stabiele comorbiditeiten, patiënten waarbij specifieke zorg is vereist op een niet geriatrische dienst bv. patiënten met een acute CVA worden bij voorkeur opgenomen op de stroke unit, ontbreken van een geriatrisch profiel, patiënten zonder actieve medische problematiek (dit is de zogezegde ‘ sociale’ opname)

De afdelingen G1 en G2 bevinden zich boven elkaar in de linker vleugel van het ziekenhuis op verdieping 0 en 1.

Afdeling G1 wordt op heden, in kader van de pandemie, ingezet als COVID-afdeling. Aldaar poogt men de patiënten met een geriatrisch profiel zo veel als mogelijk te behandelen zoals op een gewone afdeling. De noodzakelijke aangepaste multidisciplinaire zorg wordt op de kamer op een aangepaste wijze voorzien.

#### Activiteiten

Acute en chronische verzorging wordt aangeboden op de afdelingen. De zorg behelst o.a.

* IV-therapie
* Blaassondage
* Wondzorg
* Parenterale voeding
* Enterale voeding
* Revalidatie
* Psychologische ondersteuning
* ….

#### Opname- en ontslagbeleid

Opname op geriatrie kan via:

* Spoedgevallen
* Geriatrische consultatie of geriatrisch dagziekenhuis
* Verwijzing van huisarts of specialist
* Transfer van andere afdeling na consult GST en toestemming geriater

In het begin van de opname wordt een KWS opgestart voor elke patiënt.

Een assessment wordt afgenomen binnen de 24u na opname.

Medicatie wordt, indien nodig, ingebracht in het KWS en geverifieerd door de behandelende arts.  
De patiënt wordt op de afdeling gescreend op ESBL, CPE en MRSA (indien dit niet op spoed is gebeurd).

Een multidisciplinaire benadering zorgt ervoor dat de mogelijkheden van de patiënt zo goed mogelijk bewaard worden. Behalve de medische problemen is er ook oog voor revalidatie, voeding, psychologische problemen en sociale problemen. Er is nauw overleg met de familie van de patiënt, er wordt gepolst bij de familie en patiënt wat de wensen zijn. Op basis van deze gegevens wordt een zorgplan opgemaakt. De opnameduur wordt, indien mogelijk, beperkt gehouden.

Tijdens de opname worden de mogelijkheden bekeken van de patiënt. Indien nodig worden aanvullende diensten aangesproken om de patiënt thuis te kunnen laten blijven, indien niet mogelijk wordt er gezocht naar een, al dan niet tijdelijk, thuisvervangend milieu.   
  
De patiënt en familie wordt op de hoogte gesteld wanneer de patiënt ontslagklaar is. Dit is meestal enkele dagen voor de ontslagdatum.

Bij het ontslag krijgt de patiënt een gestandaardiseerd pakket mee met:

* Artsenbrief
* Verpleegkundige ontslagbrief
* Medicatiefiche
* Medicatie voor 1 dag
* Nieuwe afspraken indien van toepassing
* Eventuele afspraken met de thuiszorg, familiale hulp…
* Folders van toepassing op de patiënt
* Folder omtrent de medicatietas

#### Dagverloop geriatrie

Start verpleegkundige/zorgkundige ochtendshift om 6u

* Overdracht van nachtshift naar ochtendshift
* Nemen parameters + start verzorging + KWS invullen
* Medicatie klaarzetten + toedienen
* Opdienen ontbijt + hulp patiënten indien nodig
* Overdracht naar hoofdverpleegkundige
* Verdere verzorging
* Middagmedicatie toedienen
* Maaltijden bedienen + hulp indien nodig
* Middagronde: patiënten in bed helpen, mictietraining

Start verpleegkundige/zorgkundige namiddagshift 13u36

* Overdracht ochtendshift naar namiddagshift
* Nemen parameters
* Mictietraining, patiënten uit/in bed helpen indien nodig, incontinentiemateriaal vervangen
* Glycemiecontrole/medicatie toedienen
* Avondmaal bedeling
* Mictietraining, patiënt in bed helpen
* Glycemiecontrole/avondmedicatie toedienen en KWS aanvullen
* Overdracht namiddagshift naar nachtshift

Afgestemd op de zorgmomenten starten de ergotherapeuten, kiné, logopedist hun activiteiten bij de patiënten op.

Gedurende de ochtend doet de geriater de kamerronde, nadien worden de patiënten besproken met de hoofdverpleegkundige en worden eventuele wijzigingen aangebracht in de behandeling. Deze wijzigingen worden doorgegeven van de hoofdverpleegkundige naar de verantwoordelijke verpleegkundige.

De bezoekuren op de geriatrie zijn ook aangepast aan de geriatrische patiënt. Door bv. de bezoekuren open te zetten onder de middag wordt de kans gegeven aan de familie- mantelzorger hulp te bieden tijdens het maaltijdgebeuren.

Wekelijks is er een teamoverleg met de ergotherapeuten, hoofdverpleegkundige, artsen, sociale dienst, diëtiste, logopediste en psychologe over de patiënten van de G-dienst. Zie punt 3.4.2.

Indien nodig worden andere medisch-specialisten geconsulteerd.

### Geriatrisch consult

Ouderen kunnen op consultatie komen bij de geriater. Dit gebeurt meestal op vraag van de huisarts of kan ook een ambulante afspraak zijn na een recent ontslag uit het ziekenhuis. Daar oudere mensen dikwijls minder mobiel zijn of afhankelijk zijn van anderen alsook multiple comorbiditeiten hebben, zal indien er verschillende onderzoeken bij de patiënten moeten gepland worden doorverwezen worden naar het geriatrisch dagziekenhuis. De huisarts zal altijd een verslag van de consultatie terugvinden in patiëntendossier.

### Geriatrisch dagziekenhuis

In het geriatrisch dagziekenhuis worden patiënten met een geriatrisch profiel voor enkele uren tot 1 dag opgenomen. Dit gebeurt op vraag van de geriater die de patiënt opvolgt, op vraag van de huisarts in nauw overleg met de geriater of een geneeskundig specialist die bepaalde onderzoeken wil uitvoeren bij de patiënt in kader van diagnosestelling.   
Het dagziekenhuis is open van maandag tot en met vrijdag van 8u tot 16u.

Het Geriatrisch dagziekenhuis omvat momenteel ten gevolge van de pandemie 2 bedden namelijk K260 en K272. Deze kamers situeren zich op de 2de verdieping en sluiten aan op de dienst inwendige ziekten. De gebruikelijke locatie bevindt zich op niveau 0 naast de afdeling Geriatrie 1. Op deze plaatsen zijn er 6 beschikbare bedden.

#### Activiteiten

De activiteiten binnen het dagziekenhuis focussen zich op diagnosestelling en op therapeutische behandeling van gekende problematiek.

#### Diagnosestelling

Het diagnostisch programma in het dagziekenhuis bestaat uit o.a.:

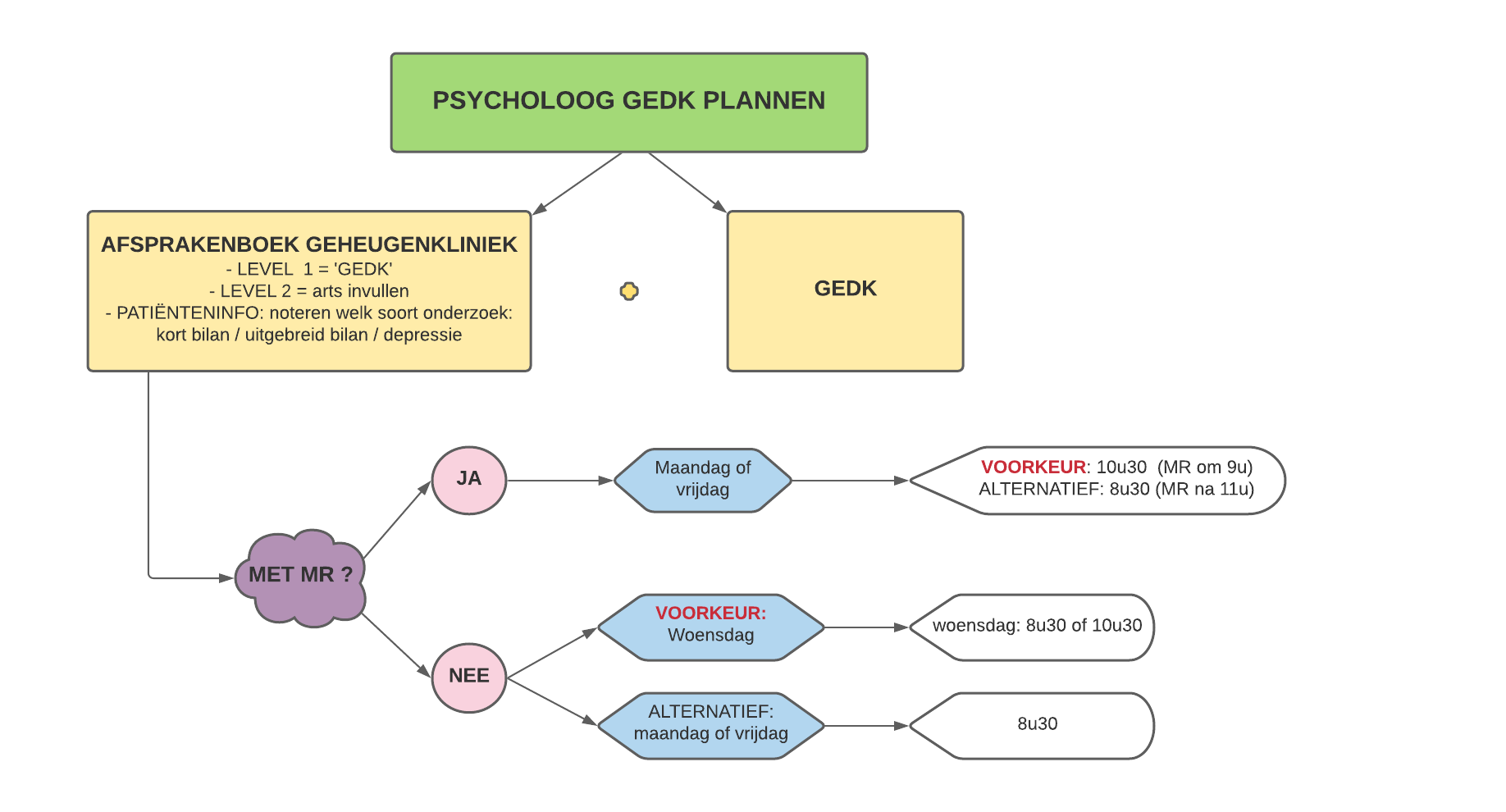
* De geheugenkliniek met eventueel gelinkte radiologische onderzoeken
* Radiologisch onderzoek met noodzakelijke nierprotectiemaatregelen
* Ergotherapeutische testen in kader van valproblematiek
* Bloedafnames
* Afnemen ECG
* Puncties
* Geriatrisch assessment

Ten slotte word het dagziekenhuis ook gereserveerd om verschillende consulten te bundelen op 1 dag.

#### De geheugenkliniek

De geheugenkliniek gaat door op maandag, woensdag en vrijdag en wordt uitgevoerd door de psychologe van het dagziekenhuis. Op maandag en vrijdag is er ruimte voor een uitgebreide screening, op woensdag is dit voor kortere bevragingen. Bij voorkeur is er ook een familielid bij de patiënt, dit familielid wordt apart bevraagd. Indien nodig wordt er ook een MRI Schedel of CT schedel afgenomen op deze dagen, dit om een aparte afspraak voor beeldvorming te vermijden.

Onderstaand schema biedt duidelijkheid in de structuur van de geheugenkliniek.



#### Therapeutisch programma

Het therapeutisch programma gaat over het toedienen van intraveneuze medicatie (bv Aclasta en Injectafer), maar ook over het toedienen van bloedproducten indien nodig.

Een dagziekenhuis is er voor alle patiënten met een geriatrisch profiel, of deze thuis wonen, in een woonzorgcentra wonen, alleenstaand zijn of ondersteund worden. Hoewel bij sommige patiënten er afgebakende testen zijn op vraag van een medisch specialist is het ook de bedoeling dat veranderingen in de patiënt opgemerkt worden om de thuisbehandeling/thuishulp bij te stellen. Vandaar is het belangrijk om steeds een holistische visie voor ogen te houden. In uitzonderlijke gevallen wordt er overgegaan tot een opname op de geriatrische afdeling.

#### Opname- en dagverloop

Bij het vertrek na opname op geriatrie krijgt de patiënt mogelijks een nieuwe afspraak mee tot opvolging op het geriatrisch dagziekenhuis.

Stap 1: patiënt dient zich op afgesproken dag en uur aan te melden in het ziekenhuis om zich in te schrijven.

Stap 2: patiënt komt naar het dagziekenhuis, waar de patiënt zich nogmaals aanmeldt. De patiënt wordt op de kamer geïnstalleerd, KWS wordt opgestart. Afhankelijk van waarvoor patiënt in het dagziekenhuis is, worden verschillende vragen gesteld. bv. bent u nuchter, is de voorbereiding goed verlopen, is er reeds een labo afgenomen bij huisarts,…  
  
Stap 3: bloeddruk, pols, temperatuur, saturatie en gewicht worden standaard genomen bij de patiënt en in het KWS ingebracht. Indien er geheugenkliniek gewenst is wordt de psycholoog verwittigd en wordt aan de familie gevraagd om aanwezig te blijven indien mogelijk.

Stap 4: onderzoekafhankelijke voorbereidingen, indien nodig, worden getroffen.

Stap 5: afhankelijk van de noodzaak en van het tijdstip van de geplande onderzoeken wordt een uitgebreid geriatrisch assessment afgenomen.

Stap 6: zo gewenst kan een warme maaltijd worden voorzien afhankelijk van de opnameduur.

Indien mogelijk wordt de patiënt begeleid door 1 familielid of mantelzorger om de continuïteit van zorg en noden te garanderen.

De geriater en/of andere arts-specialist komt langs op het dagziekenhuis om resultaten van de patiënt te bespreken. De betrokken paramedici maken een verslag op van hun bevindingen dat wordt gelezen door de arts. De verpleegkundigen noteren hun bevindingen in KWS en bespreken ook mondeling de informatie over de patiënt.

#### Ontslagbeleid

Na akkoord van de behandelende arts mag de patiënt op ontslag. Indien nodig wordt vanuit het dagziekenhuis het transport van de patiënt verwittigd. Indien een familielid de patiënt komt ophalen, kan informatie worden gegeven over het verloop van de dag.

Een vervolgafspraak kan aan de patiënt meegegeven worden. Een (voorlopige) ontslagbrief wordt meegegeven en/of elektronisch doorgestuurd naar de huisarts. De ontslagbrief bevat minimaal:

* Patiëntengegevens
* Relevante anamnestische gegevens
* Datum en beschrijving van de uitgevoerde behandeling
* Verloop van de hospitalisatie
* Ontslagdatum
* Medicatieschema
* Afspraken in verband met de nazorg

Indien een valevaluatie gebeurd, wordt door de ergotherapeute een brochure over valpreventie meegegeven. Andere folders kunnen ook worden meegegeven indien dit van toepassing is zoals over het toedienen van zoledroninezuur

### Interne liaison (ILT)

Het ILT is ook een deel van het geriatrisch zorgprogramma en staat in voor de opvolging van geriatrische patiënten die op een niet-geriatrische dienst zijn opgenomen. Een een team van specialisten in geriatrie (bestaande uit arts, verpleegkundige, ergotherapeut en psychologe) geeft specifiek geriatrisch advies, tijdens een vast overlegmoment. Op deze wijze wordt onze visie ook mede verspreid en hopen wij het aanspreekpunt te worden wat betreft de zorg voor de ouderen.

#### Screening

Bij opname word elke geriatrische patiënt gescreend aan de hand van een assessment, afgenomen binnen de 24u na opname. In de anamnese zit het Geriatrisch Risico Profiel (GRP) verweven. Bij een correcte anamnese worden de 5 vragen van het GRP beantwoord en krijgt de patiënt een score op 6.   
Via het KWS ziet het ILT een lijst met alle 75+ patiënten gerangschikt per dienst. Elke dag wordt een nieuwe lijst getrokken. Via dit systeem kan de medewerker van het ILT de dossiers bekijken van al deze patiënten.

Niet elke patiënt wordt echter gezien door het ILT, exclusiecriteria zijn:

* GRP lager dan 2/6
* Onvolledig ingevulde anamnese op de afdeling
* Recente opname op 1 van de G-diensten (<3mnd)
* Recent ILT-dossier (< 3 maand voor hospitalisatiediensten, <6 maand voor GEDK)
* Heropname zonder nieuwe cognitieve problemen (bv. reeds gekende dementie)
* Terminale patiënt of palliatieve setting
* Patiënten wordt opgevolgd binnen een ander zorgprogramma
* Korte ziekenhuisopname (<2 nachten)
* Plan-it-prothese
* Patiënten afkomstig uit woonzorgcentra

#### ILT dossier

Via de contact selector wordt een nieuw verslag opgestart. Indien het assessment correct en volledig is, wordt bepaalde informatie vooraf in het verslag geplaatst.

Bij elke 75+ patiënt gehospitaliseerd binnen de diensten heelkunde, geneeskunde, revalidatie en GEDK wordt een ILT-dossier opgemaakt. De GRP wordt in het verslag geplaatst. Tevens wordt nota gemaakt of verdere opvolging voor patiënt zal gebeuren.

Vervolgens word het verslag verder aangevuld door elke medewerker van het ILT.

Het dossier omvat informatie over:

* Medische voorgeschiedenis
* Sociale situatie
* Katz-schaal
* Informatie over IADL
* Valrisico
* Voeding
* Communicatie
* Pijn
* Visus/gehoor
* Slaappatroon
* Continentie
* Cognitie
* Wonden
* Adviezen

#### Overleg

Elke dinsdag is er ILT-overleg waarop de patiënten multidisciplinair worden besproken.   
De geriaters adviseren de behandelende artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis, dit gebeurt mondeling en via opvolgnota’s. Daarnaast wordt een verslag hiervan aan de huisarts bezorgd. De adviezen worden in het verslag van ILT genoteerd. De behandelend arts kan een bedside geriatrisch consult aanvragen (en zo nodig kan de noodzaak tot overname naar de afdeling geriatrie worden geëvalueerd).

### Externe liaison

De externe liaison is een taak van het multidisciplinair team van geriatrie om de continuïteit van de zorg bij ontslag uit te ziekenhuis te optimaliseren en onnodige (her)opnames te vermijden. De sociale dienst streeft ernaar dat de patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis zolang mogelijk nog thuis kan functioneren door eventueel aanpassing van thuissituatie zoals hulpmiddelen, inschakelen van familiale hulp, thuishulp,… . In geval terugkeer naar huis niet mogelijk blijkt, wordt een (tijdelijk) zorgcentrum voorzien. De sociale dienst werkt nauw samen met de patiënt, mantelzorger en familie, de huisarts, de thuiszorgdiensten en de woonzorgcentra. Hiervoor worden er ook samenwerking akkoorden met de woonzorgcentra in de regio afgesloten, om een constructieve samenwerking met de eerste lijnzorg uit te bouwen.

## Personeelsomkadering

### Coördinatie van het zorgprogramma geriatrie

Coördinatie van de medische aspecten: geneesheer diensthoofd van de geriatrie, master na master in de specialistische geneeskunde geriatrie

Coördinatie van de verpleegkundige en paramedische aspecten: zorgmanager G, met de beroepstitel geriatrie

Coördinatie van de verpleegkundige, verzorgende en paramedische taken: hoofdverpleegkundige geriatrie

De taken van de coördinatie van het zorgprogramma omvatten:

* Opstellen en updaten van het geriatrische handboek
* Uittekenen van het kwaliteitsbeleid van de geriatrie, opvolgen van de projecten en registraties
* Continuïteit van de zorg met name via de doorstroming van de patiëntengegevens
* Naleving van de normen cfr KB zorgprogramma geriatrie 2007, aangepast in 2014
* Praktische organisatie van de overleg zorgprogramma

Het multidisciplinair team bestaat uit:

* Geriater
* Zorgmanager geriatrie
* (hoofd) adjunct verpleegkundige met beroepstitel geriatrie of beroepsbekwaamheid geriatrie
* Sociale dienst
* Ergotherapeut
* Kinesist
* Logopedie
* Diëtiste
* Psychologe
* Zorgkundige

### Artsen

Er zijn 2 geriaters in het ziekenhuis die deel uitmaken van de associatie inwendige geneeskunde. De geriaters zijn verbonden aan het zorgprogramma en organiseren de medische aspecten in het ziekenhuis.

Aan elke geriatrie is een ASO toegewezen, die hen ook superviseert.

De medisch permanentie op geriatrie blijft gegarandeerd tijdens de nacht- weekend en feestdagen (door de artsen van de associatie inwendige ziekten, contacteerbaar via de wachtlijst beschikbaar op intranet).

### Verpleegkundig en paramedisch personeel

De verpleegkundige en paramedische omkadering aanwezig is berekend cfr. de norm in het KB 2007- 2014

#### Op de afdeling G

1. Verpleegkundig team:

De afdelingen geriatrie staan onder de leiding van een hoofdverpleegkundige, bijgestaan door 2 deeltijdse adjunct hoofdverpleegkundige per afdeling.

De verpleegkundigen staan in voor de dagelijkse zorg van de patiënten. Deze zorg vereisen specifieke vaardigheden zoals:

* Goed observatievermogen, kennis multipathologie
* Werken aan tempo van de oudere patiënt
* Aandacht voor specifieke risico verbonden aan hogere leeftijd van de patiënt zoals valrisico, ondervoeding, verwardheid, …
* Kunnen omgaan met laatste levensfase, rouwen, ….
* Samenwerken met andere beroepsgroepen oa ergotherapeuten, kiné, logopedie, …

De zorgkundigen ondersteunen de verpleegkundigen in de dagelijkse zorg van de patiënt. Ze kunnen eveneens heel wat ondersteunende taken opnemen zoals maaltijdbedeling, opvolging materiaal, proper houden van de afdeling, …

De patiëntenkamers op de afdeling worden ingedeeld in modules. Per module is er een verantwoordelijke verpleegkundige aangesteld die in haar taak wordt bijgestaan door een verpleegkundige of zorgkundige. Wekelijks wordt de patiëntentoewijzing van de modules per shift uitgeschreven, die bijgehouden worden zoals wettelijk bepaald.

Sommige verpleegkundigen specialiseren zich in bepaalde domeinen en nemen actief deel aan de verpleegkundige werkgroepen zoals pijn, ziekenhuishygiëne, wondzorg, diabetes, palliatieve zorg ….

2. Het paramedische team van geriatrie staat onder de leiding van de hoofdverpleegkundige geriatrie.

Tijdens de week zijn er per afdeling 1 tot 2 ergotherapeuten overdag aanwezig. Twee ergotherapeuten hebben zich gespecialiseerd in de valpreventie en zijn ook lid van de werkgroep die dezelfde naam draagt. De ergotherapeuten screenen, observeren en behandelen de patiënten met het oog op behouden en/of bevorderen van de zelfredzaamheid van de patiënt. Er kan in groep of individuele gewerkt worden.

Een logopedische is halftijds toegewezen aan de afdelingen geriatrie. Geriaters kunnen patiënten doorsturen voor een logopedisch onderzoek met als doel een aangepast therapieplan (voeding, adviezen omtrent intake, communicatie, …) te voorzien ifv onderliggende problematiek.

De afdeling geriatrie krijgt kinesitherapeutische ondersteuning vanuit de revalidatiedienst,. Hierdoor wordt er tijdens de week dagelijks een permanentie van een kinesist op de afdeling voorzien. In het weekend wordt revalidatie voorzien in functie van het therapieplan van de patiënt. De kinesist heeft als doel mobiliteit behouden en/of verbeteren, spieren versterken, en nagaan of hulpmiddelen aanwezen zijn (zoals rollator, loopkader,…).

Tevens is er een psychologe aan de afdeling toegewezen. Deze gaat op vraag van de artsen, hoofdverpleegkundige of patiënt/ familie bij de patiënt langs. De taak van de psycholoog berust voornamelijk op individuele begeleiding van de patiënt en/of diens familie, ondersteunen bij verwerken van verlies en beperkingen, aan de hand van screeningen/gesprekken verdere diagnostiek uitdiepen van dementie, depressie, mishandeling… Daarnaast speelt de psycholoog tegelijkertijd een sleutelfiguur in de uitbouw van bv geheugenkliniek, verspreiden van kennis/kunde omtrent psychologische problemen bij ouderen, opzet van een dementievriendelijk ziekenhuis,…

Per afdeling geriatrie is er een sociale dienst toegewezen. Door een permanentie van de sociale dienst op de afdeling te verzekeren stellen we vast dat het contact met de familie vlotter loopt en probleemsituaties vlugger herkend worden, waardoor ook sneller en beter wordt geanticipeerd op mogelijke gevolgen van deze. De sociale dienst richt zich voornamelijk op psychosociale problemen die kunnen ontstaan tgv ziekte of hospitalisatie. Ze zoeken uit of er ondersteuning, begeleiding en interventie nodig is in de sociale situatie van de patiënt en/of mantelzorger.

1. Daarnaast kan er altijd beroep gedaan worden op:

* een diëtiste waarbij de voornaamste taak ligt in het opsporen van malnutritie en zicht krijgen op de voedselanamnese/intake van de patiënt
* pastorale werker kunnen de patiënten ondersteuning bieden bij verliessituaties, rouwverwerking, eenzaamheid opsporen, maar ook begeleiding bieden aan de patiënt en familie op religieus gebied
* het palliatief supportteam kan gecontacteerd worden om ondersteuning te bieden aan terminale patiënten en hun familie
* gespecialiseerde verpleegkundigen zoals wondzorg, pijnverpleegkundige, diabeteseducator….

1. Vrijwilligers zijn altijd welkom op geriatrie en een absolute meerwaarde. Zo nemen zij extra zorg/taken voor de patiënt op zich die door de verpleegkundige/zorgkundigen niet of minder kunnen aanbieden, bv extra koffie of drankronde, een babbel, een wandeling in de gang, … Tevens zijn ze steeds bereid tot bieden van ondersteuning bij activiteiten op de afdeling zoals ontbijtbuffet, animatie, …. De vrijwilligers staan onder de verantwoordelijkheid van de pastorale werker en werken onder toezicht van de hoofdverpleegkundige van geriatrie.

#### Op geriatrische dagziekenhuis (GEDK)

Het team op het geriatrisch dagziekenhuis bestaat uit:

* Twee geriaters,
* (In overleg met de geriaters kunnen andere artsen ook patiënten opnemen op het geriatrisch dagziekenhuis, bv ikv endoscopie, IV behandelingen, …. – voorkeur gaat naar patiënten met een geriatrisch profiel waardoor er meerwaarde is van geriatrische evaluatie).

Adjunct-diensthoofd geeft de leiding over de afdeling en wordt bijgestaan door 2 geriatrisch verpleegkundigen.

De afdeling kan beroep doen ergotherapeut, psycholoog en logopedist van het geriatrisch supportteam. Bijkomend kan, op indicatie, advies gevraagd worden door verpleegkundige specialisten (bv wondzorgverpleegkundige, pijnverpleegkundige, …), diëtiste of sociaal dienst.

#### Interne liaison

Het team ILT bestaat uit:

* geriaters
* 1 verpleegkundige en 1 ergotherapeute specifiek toegewezen aan ILT
* 1 psychologe van geriatrie, deeltijds ingeroosterd in het ILT

### Directiecomité

De **operationele leiding** van het ziekenhuis is toevertrouwd aan het directiecomité, dat als volgt is samengesteld:

* Algemeen directeur: Stefaan Blomme
* Hoofdgeneesheer: dokter Bjorn Ghillemijn
* Directeur Planning & Logistiek: Anke Allaert
* Directeur Verpleeg- en Zorgdepartement: Wim De Vos
* Directeur Administratie & Financiën: Frederik Patteeuw
* Directeur ICT: Sandrine De Riemaecker

### Medische permanenties

Het ziekenhuis beschikt over een permanentieregeling:

* Medische permanentie Spoedgevallendienst: 24/24 aanwezigheid
* Medische permanentie Intensieve zorg: 24/24 aanwezigheid
* Geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde: 24/24 oproepbaar + zie wachtlijst intranet

Tijdens de kantoor uren is de dienst geriatrie steeds bereikbaar voor vragen of nood aan bijkomende informatie. Huisartsen kunnen voor dringende zaken contact opnemen met de geriaters of secretariaat inwendige.

### Verpleegkundige permanenties

Het ziekenhuis beschikt over een directie en verpleegkundige wachtregeling. Bij problemen op de afdeling qua bestaffing, zorgorganisatie, materiaal, communicatie, klachten patiënten en familie, …. kan men de wachtdienst contacteren.

## Overlegstructuur

### Beleid gebonden overlegmomenten

#### Overleg Beleid Geriatrie

Dit overleg wordt gepland met de artsen, zorgmanager geriatrie en hoofdverpleegkundige geriatrie, minstens 3 maal per jaar. De verslagen zijn terug te vinden op sharepoint onder de tegel ‘ MDO G’.

Onderwerpen die aan bod kunnen komen:

* Projecten / werkmethodes / procedures
* Personeelsbeleid
* Bijsturing organisatie
* Invulling van het beleidsplan voor het komende jaar en opvolging
* Kwaliteitsindicatoren
* Voorbereiding kerngroep geriatrie
* ….

#### Kernteam G/overleg zorgprogramma

Het overleg van het kernteam wordt minstens 4 maal per jaar georganiseerd. De taak van het kernteam is de inhoud van het zorgprogramma om te zetten in de praktijk.

De agenda van het kernteam wordt enerzijds bepaald in het overleg ‘beleid geriatrie’ en anderzijds door de teamleden van het kernteam.

De verslagen zijn terug te vinden op sharepoint onder de tegel ‘Kernteam G’

#### Communicatie extern met de huisartsen- thuiszorg en woonzorgcentra- andere ziekenhuizen

1. Overleg met de woonzorgcentra

In kader van de externe liaison is er regelmatig overleg met de woonzorgcentra waarmee het ziekenhuis een functioneel samenwerkingsakkoord heeft. Het streefdoel is het opbouwen van een constructieve samenwerkingsrelatie en optimalisatie/bijsturing van de transmurale zorg.

Tijdens deze overlegmomenten kunnen onderwerpen aan bod komen qua beleid zoals deelname en organiseren van bijscholingen, wondzorg, infectiebeleid (MRSA, COVID, …), opvang van palliatieve patiënten, opvang patiënten met dementie, …. Ook probleemsituaties en specifieke casussen worden besproken, bv. transfert van een patiënt van en/of naar het ziekenhuis, verloren materiaal, …. .

De agenda wordt bepaald door de medewerkers van de geriatrie, sociale dienst van het ziekenhuis en door de directie/medewerkers van het woonzorgcentra

Deze overlegmomenten kunnen gepland worden zowel in het voorjaar als in het najaar. Soms gaat dit gepaard met een bezoek aan het woonzorgcentrum.

Deelname aan deze overlegmomenten:

* Vanuit het ziekenhuis: geriater, hoofd- of adjunct verpleegkundige G, zorgmanager G, sociale dienst van de geriatrie, verantwoordelijke van de externe liaison, …
* Vanuit het woonzorgcentrum: directie of dagverantwoordelijke, hoofdverpleegkundigen, sociale dienst, CRA of huisarts

In het kader van de pandemie werd een specifiek samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen de woonzorgcentra die samenwerken met het ziekenhuis van Ronse en Zottegem. De focus van deze samenwerking ligt voornamelijk op het uitwisselen van informatie rond bv. hygiëne maatregelen, bezoekregelingen, screening, schoonmaak, ….Tevens kan er op vraag van het woonzorgcentrum medisch en verpleegkundige ondersteuning vanuit het ziekenhuis geboden worden.

1. Overleg met de thuiszorg

Voor de geriatrische patiënten is er heel wat overleg met de thuiszorg, hoofdzakelijk om de zorgcontinuïteit bij de patiënt na zijn ontslag te regelen.

Een transmuraal overleg platform werd opgestart tussen het ziekenhuis en de thuiszorg (Wit Geel Kruis- familiehulp- familiezorg- Solidariteit) met als doel de overgang van de thuissituatie naar een opname in het ziekenhuis en omgekeerd vlot te laten verlopen. Dit overleg is nog maar weinige keren kunnen doorgaan, maar werd door de leden wel als een meerwaarde ervaren. Ikv toekomstige verdere uitbouw van overleg met thuiszorg wordt dit een bijkomend agendapunt bij ‘beleid geriatrie’.

Een belangrijk schakel in de zorgcontinuïteit en aanvullend aan de bestaande thuiszorgmodellen hebben we in de stad Ronse het aanbod van een ‘woon en leefproject’ nl. Triamant. Regelmatig worden er patiënten die medisch ontslagklaar zijn, maar nog onvoldoende hersteld zijn om al terug naar huis te gaan naar de Triamant doorgestuurd.

In het bijzonder tijdens de COVID-pandemie kregen we dankzij dit zorgcentrum een mogelijkheid om patiënten met specifieke noden al dan niet door de infectie verder goed begeleid te laten verzorgen. Het wekelijks overlegmoment met de geriater was hierin een extra troef.

1. E17 netwerk

Deelname aan het E17 netwerk, onderdeel geriatrie, gebeurt door de zorgmanager geriatrie en afhankelijk van het onderwerp kunnen ook andere teamleden van het kernteam uitgenodigd worden bv. bespreking werking van de interne liaison, organisatie van de bijscholing voor medewerkers geriatrie, …

Naast deze werkgroep wordt er ook op E17 niveau een werkgroep ergotherapeuten geriatrie georganiseerd, bijgewoond door een afgevaardigde van het ergo team geriatrie. De onderwerpen die besproken worden zijn specifiek geriatrisch gericht, zoals aanpak van valpreventie, therapie oefeningen, soort hulpmiddelen die gebruikt worden, ….

### Patiëntgebonden overlegmomenten

#### Multidisciplinair overleg

Voor elke patiënt opgenomen op geriatrie wordt een multidisciplinair zorgplan opgesteld in KWS. Elke discipline noteert zijn bevindingen over de evolutie van de patiënt in zijn specifiek deel in het zorgplan.

Wekelijks wordt er een teamvergadering per afdeling G gepland om de zorgen bij de patiënt te evalueren en om afspraken van de verdere zorgplanning vast te leggen. Overleg en samenwerking tussen de verschillende teamleden is essentieel om een totaal beeld van het functioneren van de patiënt te krijgen.

Bij het overleg zijn volgende medewerkers aanwezig:

* Geriater
* (hoofd)Verpleegkundige van de desbetreffende afdeling
* Ergotherapeut
* Sociale dienst
* Psychologe
* Kinésist
* Diëtiste
* Logopedie

Per overleg is er een verslaggeving in KWS.

Doel van het overleg is de zorg af te stemmen in functie van de nood op gebied van:

* verpleegkundige zorg
* zelfredzaamheid en bijkomende revalidatienood
* psychologisch
* nutritie
* ontslagplanning met bespreking van de thuissituatie zoals nood aan thuiszorg, familiale hulp, organisatie van ambulante revalidatie … of doorverwijzing naar een woonzorgcentra, opvolging door de huisarts of specialist.

#### Overdrachten

Per shift wordt er een patiënten overdracht gedaan tussen de module verantwoordelijke, teamleden en de (adjunct ) - hoofd verpleegkundige, dit garandeert de continuïteit van de zorgen en uitvoering van de zorgafspraken van de patiënt. Overdracht van de patiënt gebeurt volgens de ISBAR methode (zie procedure).

Meldingen van medische problemen worden aan de arts of assistent doorgegeven, dit kan tussendoor telefonisch of tijdens de doktersronde.

Naast deze dagelijkse overdrachten zijn er nog overleg momenten gepland met o.a .de sociale dienst, pastorale dienst, GST, PST …. om nieuwe patiënten of problemen van de patiënten te bespreken.

#### Ontslagteam

In sommige situaties wordt het ontslagteam door de sociale dienst bijeengeroepen.

Dit gebeurt bij:

* Moeilijk te organiseren thuiszorg
* Mantelzorgers en thuiszorg afstemmen
* Meningsverschillen tussen de familieleden
* Moeilijk afspraken vast te leggen met de patiënt

Deelnemers aan dit overleg:

* Thuiszorg coördinator
* Sociale dienst
* (eventueel) Huisarts
* Geriater
* Hoofdverpleegkundige G - GST
* Patiënt
* Familie
* Mantelzorger

Tijdens het overleg wordt een zorgplan opgesteld voor in de thuissituatie van de patiënt. Na ontslag van de patiënt wordt dit door de thuiszorgcoördinator opgevolgd.

#### Notities in patiëntendossier

Alle gegevens van de verpleegkundigen, paramedici, sociale dienst, artsen worden genoteerd in KWS. Voor de geriatrische patiënten wordt er een specifiek geriatrisch zorgplan uitgerold. De artsen noteren hun bevindingen en behandelingen in de opvolgnota’s. De paramedici, sociale dienst maken afzonderlijke contacten aan.

Bij opname wordt een geriatrisch assessment ingevuld binnen de 24 uur na opname van de patiënt in het ziekenhuis. Tijdens de anamnese wordt bij de patiënt geïnformeerd naar zijn zelfredzaamheid op gebied van hygiëne en mobiliteit, wordt er gepolst naar aanwezigheid van valrisico, lijst van de huidige medicatie, dieet- voedselinname, verwardheid, …. maar ook naar de thuissituatie zoals familiale omkadering, sociale situatie …..

De ergotherapeuten en sociale dienst doen binnen de 48 uur na opname een intake gesprek. Uit de anamnese of uit de intakegesprekken kan de noodzaak tot inschakelen van andere teamleden zoals psycholoog, logopedist, pastorale werker, ….. om bij de patiënt / familie langsgaan worden geëvalueerd.

### Personeel gebonden overlegmomenten

#### Dienstvergaderingen

Er wordt ernaar gestreefd om een 6tal keer per jaar een dienstvergadering te organiseren, dit kan per afdeling zijn of voor beide afdelingen samen. Op deze vergadering wordt het volledige team van de geriatrie uitgenodigd.

De te bespreken items worden aangebracht door de hoofdverpleegkundige, teamleden en artsen. Volgende items komen aan bod : rubrieken over beleid van het ziekenhuis of de afdeling, organisatie van de afdeling, opleiding, problemen, klachten van patiënten/familie, kwaliteitsindicatoren, projectinformatie, ….

#### Waarderingsgesprekken

Elke nieuwe medewerker krijgt een specifiek inwerktraject afgestemd op de werking van geriatrie. Dit traject wordt samen met de adjunct hoofdverpleegkundige overlopen en loopt over 6 maanden. De laatste bespreking van het inwerktraject gebeurt samen met de hoofdverpleegkundige.

Elke medewerker van de geriatrie krijgt jaarlijks eveneens een waarderingsgesprek met de hoofdverpleegkundige waarbij de samenwerking, doelstellingen en/of werkpunten besproken worden. Deze gesprekken geven een beeld over het functioneren van de medewerker op de afdeling. Afspraken voor het komende jaar worden steeds genoteerd tijdens zo’n gesprek, zoals medewerking aan een project, communicatie… .

Het inwerktraject en de waarderingsgesprekken zijn gebaseerd op de functieprofielen die terug te vinden zijn op sharepoint.

#### Opleidingen

De verpleegkundigen hebben de mogelijkheid zich te verdiepen in de geriatrische kennis door het volgen van een opleiding om de bijzondere beroepstitel of – bekwaamheid te behalen.

Vanuit het E17 netwerk geriatrie zullen er ook opleidingen worden georganiseerd specifiek gericht op geriatrie. Voorstellen van onderwerpen die aan bod komen zijn oa. mantelzorg, suïcide bij ouderen, …. .

Teamleden krijgen de kans om deel te nemen aan externe bijscholingen of geriatrische symposia zoals de wintermeeting, week van de verpleging georganiseerd door het NVKVV, … .

Tweemaal per jaar wordt door de internisten bijscholing georganiseerd voor de verpleegkundigen van interne en geriatrie. Deze bijscholing wordt verzorgd door de internisten in samenwerking met de hoofd/adjunctverpleegkundige inwendige ziekten. Thema’s zoals hartfalen, ritmestoornissen, voeding, diabetes, antibiotica… komen oa aan bod.

In de permanente opleiding wordt voorzien dat alle artsen- verpleegkundigen en andere zorgverleners opleiding krijgen rond reanimatie. Om de 2 jaar wordt een BLS cursus gevolgd.

Iedere maandagmiddag wordt er een opleidingsmoment georganiseerd door de internisten ‘Krans inwendige’. Hierop zijn alle artsen werkzaam in het ziekenhuis, assistenten, studenten geneeskunde en hoofd/adjunctverpleegkundigen uitgenodigd. De voordrachten handelen over medische thema’s, bespreking van casussen….

Ad hoc opleidingen worden georganiseerd bij de implementatie van nieuwe toestellen of werkmethode, zoals de ingebruikname van de telemetrie, heropfrissing gebruik van incontinentie materiaal, correcte afname van bloedstalen/hemokweken, … . Opleiding kan verzorgd worden door de firma, arts of (hoofd) verpleegkundige. Alle gevolgde opleidingen worden bijgehouden in het dossier van de medewerker.

Er komen zowel studenten verpleging/zorgkundigen, als studenten ergotherapie en psychologie stage volgen op de afdeling geriatrie. Hiervoor is een studentenbrochure beschikbaar, waarin informatie staat over de verwachtingen van de student tijdens hun stage alsook specifieke gegevens over de dienst geriatrie. Tevens wordt er in de brochure verwezen naar het luik geriatrie op de website van het ziekenhuis.

Verschillende teamleden verdiepen zich in een bepaald domein en bouwen een expertise op. Zo heeft een ergotherapeute de opleiding "expert in de valpreventie bij ouderen" gevolgd. De psychologe op de geriatrie heeft zich gespecialiseerd in de geheugenkliniek, een verpleegkundige wilt zich specialiseren in de zorg rond dementie.

## Specifieke procedures voor geriatrische patiënten

De zorg is gebaseerd op evidence based richtlijnen, algemene en internationale guidelines. Artsen, verpleegkundigen en paramedici scholen zich regelmatig bij. Wetenschappelijke literatuur wordt opgevolgd, waardoor procedures worden bijgestuurd. Nieuwe richtlijnen, updates van procedures worden geïmplementeerd na overleg met de verschillende partijen.

Enkele procedures van toepassing voor geriatrie:

* Beleid zorg voor ouderen
* Beleid vrijheidsbeperkende en – berovende maatregelen
* Beleid suïcide
* Beleid bij stervensbegeleiding
* Valpreventie
* Decubitus preventie kaart
* Mondzorg bij de patiënten
* Voeding en voedingstherapie
* Beleid met betrekking tot misbruik en mishandeling
* Beleid delier bij ouderen : nog uit te werken
* Beleid sarcopenie: nog uit te werken
* ….

## Kwaliteitsborging

### Kwaliteitscel

Het AZ Glorieux beschikt over een kwaliteitscel die aangestuurd wordt door de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid onder leiding van de hoofdgeneesheer.

Het kwaliteitsbeleid is gebaseerd op:

* Wetgeving
* JCI standaarden
* Wetenschappelijke richtlijnen

Wetgeving:

Het AZ Glorieux is erkend door het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid en dient dus te voldoen aan de wetgeving en de eisenkaders namelijk eisenkader van de chirurgische patiënt, eisenkader van de internistische patiënt en eisenkader van het cardiale zorgtraject.

AZG heeft van de zorginspectie een positief resultaat ontvangen in juni 2013 voor het chirurgische zorgtraject, in april 2015 voor het internistische zorgtraject en in september 2018 voor zorgtraject zorgprogramma cardiale pathologie

De verslagen zijn terug te vinden op https://www.departementwvg.be/zorginspectie-inspectieverslagen-en-openbaarheid

JCI standaarden:

In juni 2017 werd het ziekenhuis doorgelicht op basis van de kwaliteitsnorm ‘Internationale accreditatienormen voor ziekenhuizen van de Joint Commission International – 5e editie’ (JCI). Het ziekenhuis heeft het label behaald.

### Kwaliteitsborging

#### Op netwerkniveau

Voor het Vlaams indicatoren project (VIP²) worden verschillende kwaliteitsmetingen gedaan zoals basisvereisten handhygiëne, safe surgery checklist, patiëntenbevraging, … . De resultaten van AZG kunnen terug gevonden worden op <https://www.zorgkwaliteit.be/>

#### Op procesniveau

Het kwaliteitsbeleid wordt omgezet in procedures (zie punt 3.5) en opgevolgd aan de hand van kwaliteitsindicatoren.

* Valpreventie: screening, aantal valincidenten, toepassing van de valkuil
* Preventie van ondervoeding: screening malnutritie, screening slikfunctie
* Decubitusregistratie: % ligwonden? Herkomst?
* Vrijheidsbeperkende maatregelen: aantal keer toegepast? Soort materiaal?
* Hygiëne maatregelen: basisvereisten, isolatie opvolging
* Patiënten identificatie
* Oudermishandeling
* Klachten
* Beleid bij stervensbegeleiding: aantal keer per jaar uitgerold in het zorgplan G, ondersteuning PST
* Activiteitsgegevens geriatrie: aantal rechtstreeks opnames, aantal transferts, bezettingsgraad van de afdeling, gemiddelde ligduur

Voor het geriatrisch dagziekenhuis worden volgende kwaliteitsindicatoren opgevolgd:

* Gemiddelde leeftijd op GEDK
* Doorverwijzing naar GEDK door huisarts, geriater, specialist
* Reden opname op GEDK
* Geheugenkliniek:
  + Totaal aantal gevolgde pat in de geheugenkliniek per jaar
  + Totaal aantal gevolgde ambulante pat per jaar
  + Soort uitgevoerd onderzoek bij ambulante pat per jaar

Voor de interne liaison worden volgende kwaliteitsindicatoren opgevolgd:

* Aantal uitgewerkte patiënten opvolging / aantal gevolgde dossier
* Aantal ontslagen patiënten / aantal gevolgde patiënten
* Aantal getransfereerde patiënten naar G/ aantal gevolgde patiënten
* Aantal assessment ILT bij GEDK patiënten / totaal aantal GEDK patiënten

#### Op patiëntniveau

Tijdens het zorgproces wordt ernaar gestreefd om de patiënt en de familie zoveel mogelijk te informeren. Doorheen het zorgtraject wordt de patiënt/familie geïnformeerd over de diagnose, onderzoeken en behandeling. Dit wordt genoteerd in het patiënten dossier.

Familie en mantelzorgers kunnen altijd op een gesprek komen bij de geriater. Op de afdeling ligt er een afsprakenboek waar die gesprekken kunnen ingepland worden. Deze kunnen zowel in persoon als telefonisch gebeuren.

Tijdens de COVID pandemie werden de gesprekken zo veel als haalbaar telefonisch gepland. Er werd getracht op wekelijke basis informatie uit te wisselen.

Daar in AZG ook veel Franstalige patiënten op raadpleging/onderzoek komen of gehospitaliseerd worden, zijn de artsen en de medewerkers tweetalig Nederlands en Frans.

Indien de communicatie met de patiënt moeilijk verloopt bv bij anderstaligen wordt gezocht om familie in te schakelen. Indien dit nog niet lukt, wordt de mogelijkheid aangeboden om een tolk in te schakelen. Dit wordt ook genoteerd in het dossier.

Er zijn ook verschillende informatiebrochures voor de patiënten aanwezig zowel in het Nederlands als in het Frans. Deze folders kunnen aan de patiënt meegegeven worden op de afdeling of de raadpleging.

Specifieke patiëntbrochures voor geriatrische patiënten:

* Delier acuut optredende verwardheid
* Fixatie of beperking van de bewegingsvrijheid
* Raadgeving ter voorkomen van doorligwonden
* Valpreventie
* Hoe krijg ik op geriatrie informatie over mijn familielid?
* Geriatrisch dagziekenhuis
* Geriatrische supportteam interne liaison
* Zoledroninezuur voor osteoporose
* Geheugenkliniek

De afdeling neemt ook deel aan projecten zoals ‘de week van de valpreventie’. De ergotherapeuten van de geriatrie organiseren in deze week een activiteit rond dit thema. Frequent wordt dan ook gebruik gemaakt van het campagnemateriaal dat door de overheid ter beschikking wordt gesteld

### Continue kwaliteitsverbeteringen

#### Beleidsplannen

Afgestemd op de strategische doelstellingen worden er jaarlijks ziekenhuisbrede projecten vastgelegd door het directiecomité. Aansluitend worden er departementele en dienstspecifieke beleidsplannen uitgewerkt.

Beleidsplan van geriatrie: enkele voorbeelden

* Organiseren van de soepronde – tijdens de covid pandemie on hold gezet
* Gebruik van dwaaldetectie systeem
* Gesprekken met de familie via Whats App
* Informeren van de familie
* ADL training voor klaar leggen van de thuismedicatie bij de patiënt die terug naar huis kunnen’, project van de ergotherapeuten

#### Incidentenmelding

In AZG worden incidenten of bijna-incidenten gemeld. Deze meldingen worden geanalyseerd om te zoeken naar structurele verbeterprojecten om risicovolle situaties in de toekomst te vermijden. Iedereen werkzaam in het ziekenhuis kan een incidentenmelding doen. De incidenten worden besproken ofwel met de betrokken arts of hoofdverpleegkundige van de afdeling. Samen wordt gezocht naar verbeterpunten en een actieplan opgesteld.

#### Meldingen aan de ombudsdienst

Klachten van de patiënten en/of familie kunnen aan de ombudsdienst gemeld worden. Deze worden altijd met de arts en de hoofdverpleegkundige overlopen. Indien nodig/mogelijk wordt ook de patiënt / familie op gesprek uitgenodigd.

Wanneer uit de klachten blijkt dat frequent dezelfde feiten aangehaald worden, kan dit punt opgenomen worden in het beleidsplan van de afdeling. Een voorbeeld hiervan is ‘informatie aan de familie’ die aanleiding heeft gegeven tot het uitwerken van de folder ‘Hoe krijg ik op geriatrie informatie over mijn familielid ?’

## Samenwerkingsakkoorden met andere instellingen

### Andere ziekenhuizen

AZ Glorieux heeft diverse overeenkomsten met ziekenhuizen: OLV Aalst, UZ Brussel, AZ Maria Middelares Gent, UZ Gent, AZ Groeninge Kortrijk, UZ Leuven, en AZ Delta Roeselaere

### Woonzorgcentra uit de regio

Verschillende woonzorgcentra uit de regio hebben een samenwerkingsakkoord met het ziekenhuis. Zie lijst in bijlage.

# Opvolging

Het handboek is opgesteld in samenwerking met de geriaters Het is opgemaakt volgens de richtlijnen van de kwaliteitscel, de wetgeving en de JCI norm.

Het kwaliteitshandboek wordt goedgekeurd door medisch diensthoofd geriatrie en wordt zoals de richtlijnen van het ziekenhuis voorschrijven om de 3 jaar herzien.   
Ook de procedures, folders ….worden tenminste om de 3 jaar herzien. Indien nodig wordt het kwaliteitshandboek- procedures vroeger bijgestuurd. Elke procedure krijgt een versienummer, de historiek wordt bijgehouden.

Het handboek en de procedures zijn terug te vinden op sharepoint. Een afgedrukte versie is maar 24 uur geldig, bij een afdruk staat dit ook vermeld op het document

# Bronnen

## Gerelateerde documenten

n.v.t.

## Wetgeving

KB 29 januari 2007;*Koninklijk besluit houdende vaststelling eensdeels van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënten moet voldoen om te worden erkend en anderdeels van bijzondere aanvullende normen voor de rekening van ziekenhuizen en zieken huisdiensten " KB herwerking 26 maart 2014*

Geraadpleegd op 18/01/2021

https://www.zorg-en-gezondheid.be/koninklijk-besluit-van-29-januari-2007-houdende-vaststelling-van-de-normen-waaraan-het-zorgprogramma

## Wetenschappelijke literatuur

KCE Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ( 2015), *Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatrische liaison teams*

Geraadpleegd op 10/12/2020

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\_245As\_Globale\_geriatrische\_benadering\_Synthese.pdf

KCE Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ( 2017), *Passende zorg in de laatste levensfase*

Geraadpleegd op 18/1/2021

https://kce.fgov.be/nl/passende-zorg-in-de-laatste-levensfase