



# Multidisciplinair geriatisch handboek



## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	4
<b>2. Missie en visie OLV Ziekenhuis</b> .....	4
<b>2.1. Missie</b> .....	4
<b>2.2. Visie</b> .....	4
<b>3. Missie en visie zorgprogramma geriatric</b> .....	5
<b>4. Doelgroep</b> .....	6
<b>5. Componenten van het zorgprogramma</b> .....	6
<b>5.1. Verantwoordelijken onderdelen zorgprogramma geriatric</b> .....	7
<b>5.2. De afdeling geriatric en het geriatric co management</b> .....	8
<b>5.2.1. Doelstellingen afdeling geriatric en geriatric co management</b> .....	8
<b>5.2.2. Geriatric co management</b> .....	9
<b>5.2.3. Het pluridisciplinair team</b> .....	10
<b>5.2.4. Procedure bij opname van een patiënt op de verpleegafdeling geriatric</b> ...	18
<b>5.2.5. Zorgleidraad laatste levensdagen</b> .....	19
<b>5.2.6. Multidisciplinaire teamvergadering</b> .....	19
<b>5.3. De consultatie geriatric</b> .....	20
<b>5.4. Het geriatric dagziekenhuis</b> .....	21
<b>5.4.1. Oncogeriatric via dagziekenhuis</b> .....	23
<b>5.5. Consult geriatric</b> .....	24
<b>5.6. De interne liaison</b> .....	24
<b>5.6.1. Referentieverpleegkundige geriatric</b> .....	26
<b>5.6.2. Competentieprofiel referentieverpleegkundige geriatric en liaisonverpleegkundige</b> .....	26
<b>5.7. Ontslagmanagement en externe liaison</b> .....	28
<b>5.7.1. Microniveau</b> .....	29
<b>5.7.2. Meso en macroniveau: continuïteit van zorg</b> .....	30
<b>6. Dementie</b> .....	31
<b>7. Samenwerkingsverbanden</b> .....	34
<b>8. Vroegtijdige zorgplanning</b> .....	35



<b>9. Kwaliteitsbeleid</b> .....	35
<b>9.1. Missie en visie op kwaliteit</b> .....	35
<b>9.2. Structuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden</b> .....	36
<b>9.3. Methodologie</b> .....	38
<b>9.3.1. PDCA</b> .....	38
<b>9.3.2. Evidence based werken</b> .....	39
<b>9.3.3. Van data naar verbetering</b> .....	40
<b>9.3.4. Tools</b> .....	45
<b>9.3.5. Melden van incidenten</b> .....	45
<b>9.4. Communicatie en opleiding over het kwaliteitsbeleid</b> .....	46
<b>9.5. Opleiding medewerkers zorgprogramma</b> .....	47
<b>10. Kwaliteitsopvolging en borging</b> .....	48
<b>10.1. Afdelingsbeleidsplannen</b> .....	48
<b>10.2. Verbeterprojecten afdelingen geriatrie</b> .....	49
<b>10.3. Kwaliteitsprojecten op de afdelingen geriatrie</b> .....	49
<b>10.4. Ziekenhuisbrede initiatieven</b> .....	51
<b>10.5. Indicatoren</b> .....	54
<b>11. Disclaimer</b> .....	55



## 1. Inleiding

De vergrijzing van de bevolking en daarmee samenhangend het toenemend aantal 75 plussers leidt tot veel meer patiënten met een geriatrisch profiel en dit zowel binnen als buiten de G dienst. Dit vraagt een specifieke benadering. Het antwoord van de overheid op deze evolutie is het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

In het OLV wordt het volledige zorgprogramma aangeboden, uitgezonderd psychogeriatricie.

## 2. Missie en visie OLV Ziekenhuis

### 2.1. Missie

Voor iedereen die curatieve en preventieve gezondheidszorg nodig heeft, is het OLV Ziekenhuis het preferentieel ziekenhuis omdat het:

- topgeneeskunde en -verzorging aanbiedt in combinatie met uitstekende ondersteunende en service gerichte diensten;
- met research en innovatie de grenzen verlegt van de geneeskunde en eraan gerelateerde activiteiten;
- naast de fysieke gezondheid het welzijn van de patiënt in al zijn aspecten en in elke levensfase behartigt.

### 2.2. Visie

Het OLV Ziekenhuis, met campussen in Aalst, Asse en Ninove, wil een patiëntgericht, lokaal verankerd ziekenhuis zijn met een internationale uitstraling in specifieke zorggebieden.

Het ziekenhuis streeft hierbij naar:

- **Kwaliteit.** Wij doen er alles aan om onze patiënten de best mogelijke kwaliteit te bieden: de best mogelijke ingrepen, de beste therapie, de beste zorg, de hoogste patiëntveiligheid,... Daarom hebben we ons geëngageerd om een internationale accreditatie voor ons ziekenhuis te halen, en mee te werken aan de door de overheid opgelegde kwaliteitsstandaarden en inter-ziekenhuisprojecten die gericht zijn op het meten en verhogen van de kwaliteit.
- **Efficiëntie.** Wij realiseren ons dat we werken met middelen die door de samenleving ter beschikking worden gesteld, en dat we daarmee de patiënt op een betaalbare manier toegang tot de best mogelijke zorg moeten blijven bieden. Daarom gaan we verstandig en doeltreffend om met onze werkmiddelen: geen onnodige onderzoeken en doorverwijzingen, maar directe en efficiënte zorg.
- **Excellentie.** Wij streven ernaar om steeds beter te worden, en om uit te munten in alles wat we ondernemen. De wil om onze kwaliteit voortdurend te verbeteren, zit in ons DNA.
- **Innovatie.** Wij staan open voor vernieuwing en zorgen ook zelf voor innovatie: nieuwe
- **Technologieën en medische technieken, maar ook nieuwe manieren van (samen)werken; altijd in het belang van onze patiënten.**



Wij stellen de patiënt centraal in alles wat wij ondernemen. Wij luisteren naar onze patiënten, anticiperen op hun noden en behoeften, en betrekken hen bij hun therapie.

Wij hebben een sterke band met de verwijzers en andere professionele zorgverleners.

Een patiënt die naar het OLV Ziekenhuis komt, is meestal doorverwezen door zijn behandelende (huis)arts. Het is dus logisch dat we ons inschakelen in het zorgtraject dat de patiënt al heeft afgelegd.

Ook na de behandeling in ons ziekenhuis zoeken wij aanknopingspunten met de zorgverleners die voor de medische opvolging of revalidatie instaan: huisartsen, thuisverplegers, mantelzorgers, revalidatiecentra, paramedici, enzovoort.

Wij voeren een geïntegreerde medische strategie. Dat houdt in dat we grondig nadenken welk medisch aanbod we in elke campus brengen, rekening houdend met de noden van de zorgverleners en hun patiënten in de regio. We stemmen het medisch aanbod van de verschillende diensten op elkaar af en volgen in het belang van de patiënt een multidisciplinaire aanpak. We bewerkstelligen dat we als ziekenhuis perfect ingeschakeld zijn in de totale 'keten van zorg' waarop de patiënt een beroep kan doen. Wij bouwen netwerken en samenwerkingsverbanden uit zowel tussen medische diensten en afdelingen binnen elke campus van ons ziekenhuis als tussen onze drie campussen, maar ook met externe partijen in de medische sector en in de zorg, inclusief andere ziekenhuizen.

Wij nemen onze maatschappelijke verantwoordelijkheid ter harte, en gaan daarom een constructieve dialoog aan met alle belanghebbenden ('stakeholders'): met de overheden op verschillende niveaus, maar ook met zorgverzekeraars, leveranciers en iedereen die bij de zorg betrokken is.

### **3. Missie en visie zorgprogramma geriatrie**

De afdelingen geriatrie van het OLV Ziekenhuis willen door samenwerking de acut zieke geriatrische patiënt in het ziekenhuis optimaal diagnosticeren, behandelen en revalideren. Hierbij willen we op een respectvolle manier het toekomstperspectief van elke patiënt centraal stellen en elk acut medisch probleem kaderen binnen de globale leefwereld van de patiënt.

Operationele doelstellingen:

1. Elke patiënt op de dienst geriatrie en elke acut geriatrische patiënt die op een andere dienst verblijft een goede diagnosestelling, een adequate behandeling en actieve revalidatie bieden om, rekening houdende met diens mogelijkheden voor en tijdens de opname, naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid te streven na ontslag uit het ziekenhuis.
2. Familieleden, mantelzorgers en professionele zorgverleners waaronder huisartsen, WZC en de thuiszorgdiensten van de eerstelijns van bij de opname betrekken met als doel een zo goed mogelijke gezondheid, levenskwaliteit en zelfredzaamheid van elke acut geriatrische patiënt na ontslag uit het ziekenhuis te bekomen. Professionele zorgverleners sensibiliseren met betrekking tot de werking van de dienst geriatrie zodat zij patiënten met het juiste geriatrisch profiel doorverwijzen.



3. "Alle betrokkenen" binnen het ziekenhuis wijzen op de noodzaak van maatregelen en beslissingen om de nodige mensen en middelen te kunnen inzetten in het kader van een optimale diagnosestelling, behandeling en de actieve revalidatie van acuut geriatrische patiënten.

## 4. Doelgroep

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke om verschillende redenen een specifieke aanpak vragen:

- fragiliteit en beperkte homeostase
- actieve polypathologie
- atypische klinische beelden
- verstoorde farmacokinetiek
- gevaar van functionele achteruitgang
- risico van ondervoeding
- tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven
- psychosociale problemen

## 5. Componenten van het zorgprogramma

Alle onderdelen van het zorgprogramma geriatrie worden zowel op de campus Aalst als Asse aangeboden. Het zorgprogramma bestaat uit:

- De afdelingen geriatrie
- De consultaties geriatrie
- Het dagziekenhuis geriatrie
- De interne liaison
- De externe liaison

Het OLV heeft 85 erkende G bedden. Op campus Aalst zijn er twee verpleegafdelingen geriatrie met in totaal 61 bedden. Op campus Asse is er één verpleegafdeling geriatrie met 30 bedden. Toch zijn er periodes dat deze bedden ontoereikend zijn voor het aantal patiënten die zich aanbieden en waarvoor een opname op een afdeling geriatrie aangewezen is. Deze patiënten komen dan terecht op niet-geriatrische afdelingen. Door triage komen deze patiënten in eerste instantie terecht op een internistische afdeling. Wanneer er op deze afdelingen onvoldoende bedden vrij zijn, wordt er overgegaan naar een heekkundige afdeling. We streven hierbij om deze patiënten dezelfde specifieke zorg aan te bieden onder leiding van de geriater. Patiënten voor orthogeriatricie worden opgenomen op de afdeling orthopedie, in Asse is dit op de afdeling as04 (interne/heelkunde). Indien er hier geen bedden vrij zijn, kunnen de patiënten worden opgenomen op geriatrie.

Patiënten voor cardiogeriatricie worden opgenomen op As04 indien er nood is aan monitoring. Indien er geen nood is aan monitoring kunnen de patiënten ook op geriatrie worden opgenomen.



Er worden geriatrische consultaties gedaan op de campussen Aalst en Asse.

Interne liaison en externe liaison geriatrie worden aangeboden op de campussen Aalst en Asse.

Het geriatrisch dagziekenhuis wordt aangeboden op de campussen Aalst en Asse.

De patiënt wordt via verwijzing van de huisarts, een specialist of de geriater opgenomen in een onderdeel van het zorgprogramma.

## 5.1. Verantwoordelijken onderdelen zorgprogramma geriatrie

<b>Geneesheer diensthoofd</b>	Dr. I. Depoot
	Dr. R. Fabri
	Dr. G. Monsieur
	Dr. K. Denys
	Dr. D. De Meester
<b>Zorgzonermanager</b>	Anne De Bièvre/ Pieter Bauwens
<b>Hoofdverpleegkundige geriatrie 1 Aalst</b>	Leentje Demedts
<b>Hoofdverpleegkundige geriatrie 2 Aalst</b>	Bruno Van der Schueren
<b>Hoofdverpleegkundige geriatrie Asse</b>	Sofie Kiekens
<b>Hoofdverpleegkundige dagziekenhuis</b>	Kim Wolfs
<b>Hoofdverpleegkundige interne liaison</b>	Lieve Van der Biest
<b>Ergotherapeuten afdelingen G en dagziekenhuis Aalst / Asse</b>	Greet Rottiers (80%), Inneke De Brucker (80%), Leen De Ridder (100%), Isabelle Van Den Steen (80%), Sarah Van Poel (100%), Laura Keymolen (100%)
<b>Kinesitherapeuten Aalst / Asse</b>	Sylvie Evenepoel (80%), Ruth Ronse (100%), Steven Boelpaep, Marc Kraps
<b>Ontslagmanagers / sociaal werker Aalst / Asse</b>	Els Bonnarens (100%), Nele Hendrickx (80%), Sofie Jacobs (80%)
<b>Interne liaison Aalst / Asse</b>	Lieve Van der Biest (100%), Jan De Wolf (100%), Hilde Sonck (80%), Marieke Béjaer (25%)



## 5.2. De afdeling geriatrie en het geriatrisch co management

Een geriatrische patiënt wordt niet alleen gedefinieerd op basis van zijn leeftijd, hij beantwoordt aan bepaalde karakteristieken die samen het geriatrisch profiel vormen. Een verminderde homeostase, multiële chronische pathologie, bedreigde vitaliteit, het risico van polyfarmacie, de gewijzigde presentatie en verloop van pathologie en de somato-psycho-sociale verwevenheid maken hiervan deel uit.

Naarmate de leeftijd toeneemt beantwoorden meer ouderen aan dit profiel, maar niet iedere oude patiënt is een geriatrische patiënt. Omdat de medische begeleiding van geriatrische patiënten een specifieke deskundigheid vraagt rangschikt men deze ouderen in een aparte groep. Patiënten met een geriatrisch risicoprofiel kunnen op de verpleegafdeling geriatrie worden opgenomen na een verwijzing van een huisarts, een verwijzing door een specialist of geriater.

Een overname van een gehospitaliseerde patiënt naar de dienst geriatrie gebeurt steeds in overleg met de verwijzende specialist en de geriater.

### Opnamecriteria

- G-afdeling:
  - > 75 jaar met een geriatrisch profiel waarbij leeftijd niet als een absoluut criterium wordt gehanteerd.
- Overname van een andere verpleegafdeling:
  - > 75 jaar met geriatrisch profiel waarbij leeftijd niet als een absoluut criterium wordt gehanteerd Een overname vindt steeds plaats in overleg met de geriater. Patiënten die wachten op een plaatsing in een woonzorgcentrum komen niet in aanmerking voor een overname.
- Triage op de dienst spoedgevallen:
  - Verwijzing van de huisarts naar de afdeling geriatrie
  - > 75 jaar met een geriatrisch profiel zoals polypathologie en/of cognitief/ functioneel/ sociaal falen waarbij leeftijd niet als een absoluut criterium wordt gehanteerd.

### 5.2.1. Doelstellingen afdeling geriatrie en geriatrisch co management

De acute geriatrie heeft als voornaamste doel door een korte opname de kwaliteit van het leven zo goed mogelijk te bewaren en hoogbejaarden - een steeds toenemende doelgroep- zo lang en zo zelfstandig mogelijk, liefst thuis of in het thuisvervangend milieu te laten functioneren. Het multidisciplinair team werkt samen aan één doel: optimale kwaliteitszorg bieden. Revalidatie is een essentieel onderdeel van het behandelingsplan. Iedereen die betrokken wordt bij de verzorging van geriatrische patiënten neemt een revaliderende attitude aan. Het uiteindelijke doel is het herstellen van de toestand zoals voor de ziekte. Dit alles binnen de vooropgestelde doelstellingen van kwaliteit en patiëntveiligheid binnen de organisatie.





## 5.2.2. Geriatrisch co management

### Orthogeriatric

75 plussers met een fractuur van de onderste ledematen of een humerusfractuur waarvoor heelkunde nodig is, kunnen worden opgenomen voor het specialisme orthogeriatric. Dit is een vorm van geriatrisch co-management, een samenwerking tussen de diensten geriatric en orthopedie. Opnames voor orthogeriatric kunnen zowel op de campussen Aalst als Asse worden opgenomen.

De patiënten worden opgenomen via spoedopname en worden opgevolgd door zowel de geriater als de orthopedisten. Binnen de 24 u na opname wordt de patiënt gezien door beide specialismen.

Indien nodig wordt de patiënt preoperatief op punt gesteld door de geriater. Geriatrische patiënten hebben een verhoogde kans op postoperatieve complicaties met functieverlies, afhankelijkheid en verminderde kwaliteit van leven en mortaliteit tot gevolg. Via een preoperatieve screening van de geriater wordt de patiënt zo goed mogelijk voorbereid op de ingreep.

Het verslag van de ingreep en het steunbeleid worden in het OK-verslag geregistreerd door de orthopedist.

De orthopedist en geriater toeren dagelijks de patiënten. De orthopedist is verantwoordelijk voor labo dag 1, controle rx dag 2, wondbeleid en steunbeleid.

De geriater is de coördinerende arts en vraagt volgens noodzaak bijkomende onderzoeken aan.

Wekelijks is er een teamvergadering voor deze patiënten waar beide specialismen, verpleging, kine, ergo, sociale dienst en diëtist aanwezig zijn.

### Cardiogeriatric

Co-management cardiogeriatric richt zich naar 75 plusser met een geriatrische profiel en een specifiek cardiologische problematiek en antecedenten waardoor de cardioloog als de geriater het eens zijn om deze patiënt te includeren binnen dit specialisme. Deze vorm van co-management wordt enkel op campus Asse aangeboden.

De patiënt wordt opgevolgd door de geriater. De cardioloog toert 2 x per week de patiënt en extra op vraag of noodzaak. Er is een dagelijkse opvolging van de telemetrie door de cardioloog. De opvolging gebeurt d.m.v. het patiëntendossier. De ontslagbrief wordt gemaakt door de geriater. Onderzoeken kunnen aangevraagd worden door cardiologen en geriater.

De onderzoeken worden opgevolgd door beide disciplines met bijzondere aandacht indien één van deze disciplines de aanvrager is. De arts die het onderzoek aanvraagt volgt dit zelf op en bespreek indien nodig met de andere discipline.

Patiënten worden opgenomen op As04. Indien geen telemetrie nodig is kan de patiënt ook op de afdeling geriatric As02 worden opgenomen.



### 5.2.3. Het pluridisciplinair team

Door de veelheid van problemen op zowel somatisch als psychosociaal gebied en door de samenhang van deze problemen vraagt de opvang van geriatrische patiënten een brede aanpak waarbij meestal verschillende hulpverleners betrokken zijn. Zo werken naast de behandelende arts, de verpleegkundigen, kinesitherapeut, ergotherapeut, diëtiste, ontslagmanager/sociaal werker, huisarts, de logopedist en het palliatief support team samen. Voor orthogeriatricie maken de orthopedisten deel uit van het team. Voor cardiogeriatricie zijn dit de cardiologen.

Deze multidisciplinaire benadering is nodig om het totale functioneren van de oudere patiënt te kunnen overzien. Naast een multidisciplinaire aanpak is daarom ook teamwerk, overleg en onderlinge communicatie essentieel.

Men bewaakt continu het evenwicht tussen het bevorderen van zelfredzaamheid enerzijds, en het overnemen van de zorg anderzijds.

De leefwereld en de beleving van de patiënten staan centraal in de behandelingen en verzorging, om een optimaal niveau van welbevinden voor de patiënt en zijn omgeving te bereiken.

De behandelstrategieën zijn gericht op lichaamsbeweging voor het verbeteren en behoud van de spierkracht van de onderste en bovenste ledematen, voeding, optimalisering en correctie van sensoriele stoornissen, behandeling van depressie en angst, ...

Deze maatregelen worden aangevuld met preventiestrategieën voor geriatrische ziektebeelden zoals vallen, delirium, incontinentie, nevenwerkingen van medicatie, infecties ....

In kader van veilige zorg en alarmering in noodsituaties beschikt elk teamlid over een dect die hem/haar de mogelijkheid biedt in noodsituaties tijdig te alarmeren.

#### **Medisch team**

De artsen zijn naast het zorgprogramma van geriatrie eveneens verantwoordelijk voor de afdeling palliatieve zorgen op de campus Asse en de Sp-dienst op campus Aalst.

De geriater is een geneesheer-specialist in de geriatrie. Dit is een specialisatie van de interne geneeskunde die zich toelegt op preventie, klinische evaluatie, behandeling, revalidatie en sociale aspecten van ziekte en gezondheid bij ouderen. Deze populatie vergt een specifieke competentie omwille van een grotere kwetsbaarheid met polipathologie. De ziekteverschijnselen zijn daarom minder opvallend, de diagnose wordt moeilijker en het antwoord op de behandeling komt trager. Dikwijls is bijkomende sociale ondersteuning nodig. De belangrijkste doelstelling van de geriatrie is om via een multidisciplinaire samenwerking de functionele toestand van de oudere te optimaliseren evenals de kwaliteit van leven en de autonomie.<sup>1</sup>

Op de afdelingen geriatrie is er tijdens de wekdagen een zaalronde, per patiënt worden er opvolgnota's geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier KWS. In het weekend worden de nieuwe opnames gezien

---

<sup>1</sup> Definitie geriater Prof. B. Kennes



en de gemelde problemen bij de reeds eerder opgenomen patiënten. Daags voor weekend of feestdagen maakt de behandelende arts een planning op. Zo heeft de arts van wacht een overzicht van wat er moet worden opgevolgd tijdens deze dagen. Deze planning wordt genoteerd in een opvolgnota. Verpleging meld eventuele extra problemen aan de arts. Bij de patiënten die ook dienen opgevolgd te worden in het weekend wordt een opvolgnota geregistreerd in het dossier. Opgenomen patiënten bij wie zich geen problemen voordoen worden opnieuw gezien op maandag. De afspraken hieromtrent zijn terug te vinden in de procedure [assessment geriatricie](#).

De geriaters zijn dagelijks in de namiddag telefonisch bereikbaar om de familie te woord te staan. Er is een wachtdienst geriatricie 24/7 voor alle campussen. Er wordt voor familie ook een spreekuur georganiseerd dat op de afdeling wordt uitgehangen.

De specifieke competenties worden omschreven in de [functiekaart arts](#).

### **Verpleegkundig team**

Het verpleegkundig team bestaat uit verpleegkundigen en zorgkundigen. Er zijn referentieverpleegkundigen inzake: (de competenties worden beschreven in de [functiekaart "referentieverpleegkundige"](#))

- Ziekenhuishygiëne
- Decubitus en wondzorg
- Warm en betrokken zorg
- Stagementoren
- Kwaliteit en patiëntveiligheid

De specifieke competenties worden omschreven in de [functiekaart voor geriatric verpleegkundige](#).

Het verplegen van geriatric patiënten vraagt namelijk een aantal specifieke aandachtspunten.

Dit zijn o.a. decubituspreventie, vermijden van bedlegerigheid, stimuleren tot zelfzorg, een comfortabele positionering van de patiënt, wondzorg, evaluatie van functionele mogelijkheden, belang van revalidatie en Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL), informatie geven i.v.m. onderzoeken, resultaten van onderzoeken, blaaskatheterisatie, voeding, sondevoeding, controle fecale impactie, acute verwardheid versus dementie, valproblematiek bij bejaarden, depressie bij bejaarden, multidisciplinaire aanpak, familiebegeleiding, ontslagplanning en contacten met de thuiszorg.

Daarom wordt er vertrokken vanuit een specifieke anamnese bij opname van de patiënt. Bij deze anamnese gaat er speciale aandacht uit naar het screenen op ondervoeding, valrisico, pijn en decubitus. Ook de sociale, fysieke en cognitieve toestand van de patiënt worden in de anamnese en het assessment bevraagd.

Een aantal verpleegkundigen zijn houder van de beroepsbekwaamheid geriatricie of de beroepstitel geriatricie.

### **Ergotherapie**

#### **Doel**

Ergotherapie is integrale zorg voor patiënten die als gevolg van stoornissen van sensomotorisch, psychologische of sociale aard, beperkingen ondervinden bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijkse leven.



Ergotherapie heeft als doel het hoogst mogelijke functioneringsniveau van de patiënt te bereiken. Dit bereiken we door patiënten in staat te stellen de kennis, vaardigheden en houding te verwerven die nodig zijn om hun taken en rollen in hun dagelijkse leven te volbrengen (ADL).

Ergotherapie richt zich in de eerste plaats naar het begeleiden van deze ADL, om opnieuw enige zelfredzaamheid op te bouwen / te onderhouden op vlak van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.

## **Taken**

### Observatie en onderzoek van de patiënt:

Om een patiëntgerichte behandeling te starten wordt een anamnese afgenomen. De patiënt en/of familie worden bevraagd naar woonst, mogelijkheden omtrent ochtendtoilet, maaltijdgebeuren, mobiliteit, valincidenten, communicatie en hulpmiddelen. Testing kan bestaan uit DOS schaal, MMSE, ADL, IADL, patiënten met een hoog risico voor vallen krijgen een valbilan, enz... Verder worden problemen en vaardigheden in kaart gebracht op basis van observatie. Aan de hand van de verkregen informatie worden de doelstellingen bepaald.

### Behandelen:

Ergotherapie richt zich in de 1e plaats naar het begeleiden van deze ADL, om opnieuw enige zelfredzaamheid op te bouwen / te onderhouden.

ADL omvat:

#### 1. Ochtendtoilet

Wanneer blijkt uit de anamnese dat de patiënt zich nog zelfstandig kon wassen, wordt ADL gestart. Als men al thuisverpleging heeft of in het rusthuis hulp krijgt bij de uitvoering van de hygiënische zorgen is dit geen indicatie om ADL op te starten. Wanneer ADL toch niet mogelijk blijkt na een observatie, wordt dit doorgegeven aan de sociale assistente; zodat zij thuisverpleging kan inschakelen. Observaties worden steeds genoteerd in het dossier.

#### 2. Mobiliteit

Uit de anamnese blijkt hoe de patiënt voor opname stapte. Na een observatie wordt in samenspraak met de kinesist bepaald of er al dan niet een hulpmiddel wordt ingeschakeld. Indien de patiënt een hulpmiddel nodig heeft, wordt dagelijks met dit hulpmiddel geoefend. Niet alleen gangrevalidatie, maar ook transfers moeten worden ingeëoefend, al dan niet met een hulpmiddel. Als de patiënt immobiel is maar toch nog een bepaalde steunfunctie heeft, probeert men deze te onderhouden. Educatie en advies op het gebied van de hulpmiddelen is noodzakelijk, ook naar de familie toe. Folders zijn altijd beschikbaar. Wanneer blijkt tijdens de therapieën dat de patiënt een hulpmiddel nodig heeft om thuis zelfstandig te kunnen functioneren, kan er vanuit het ziekenhuis het gewenste hulpmiddel meegegeven worden.

#### 3. Maaltijdgebeuren

Tijdens een maaltijdbegeleiding wordt er de eerste keer enkel geobserveerd, om de vaardigheden van de patiënt in te schatten en slikproblemen op te sporen. Nadien kan er een andere techniek aangeleerd



worden of aangepast bestek voorzien worden. De volgende dagen wordt er opnieuw geëvalueerd en eventuele aanpassingen aangebracht.

#### 4. Communicatie

Wanneer de patiënt niet of moeilijk kan communiceren voorzien we hulpmiddelen, zoals een notitieboekje, communicatiemap, een schrijfbord,... . Handrevalidatie: mobiliteit van bovenste ledematen is noodzakelijk om thuis de activiteiten zelfstandig uit te voeren. Oefeningen voor bovenste extremiteiten in de groep handrevalidatie. Alle patiënten krijgen individueel een oefening, afhankelijk van probleem, noden en vaardigheden. Voorbeelden hiervan zijn: solitaire, powerweb, steekbord met knijpertjes, velcro oefenbord,...

#### 5. Vrijtijdsbesteding

Wanneer de patiënten graag lezen, kunnen wij hen voorzien van een boek of een tijdschrift. Er zijn ook kaarten die ze kunnen gebruiken. Groepsactiviteiten worden georganiseerd, zodoende dat het sociaal contact onderhouden wordt of om bepaalde cognitieve functies te verbeteren of te onderhouden

#### Rapporteren

Inhoud en evaluatie van de therapie wordt neergeschreven via een opvolgnota in het elektronisch patiëntendossier kws. Dit maakt het mogelijk om binnen het pluridisciplinair team te communiceren. Wekelijks is er ook een teamoverleg op afdelingsniveau met alle betrokken disciplines.

#### [Functiekaart ergotherapeut.](#)

### **Kinesithérapie**

Inhoud kinesithérapie afdeling geriatrie.

#### **Doel**

Binnen het pluridisciplinair team is de kinesithérapeut één van de actoren. Op basis van de voorgeschreven therapieën door de geriater gaat de kinesithérapeut een adequaat behandelplan opstellen. Om binnen dit behandelplan te werken is een patiënt gecentreerde benadering noodzakelijk. Dit betekent dat de hulpvraag van de patiënt en zijn omgeving sturen waar het accent van de revalidatie gelegd wordt.

#### **Taken**

##### Observatie en onderzoek van de patiënt:

Er wordt een globale evaluatie gemaakt van de functies en stoornissen, daarenboven worden ook de activiteiten en beperkingen bekeken.

Op activiteitsniveau wordt bekeken wat de patiënt nog kan. Bij het niveau van functie en stoornis wordt de bewegingskwaliteit en de belemmerende factoren geanalyseerd. Er wordt voornamelijk bekeken hoe activiteiten worden uitgevoerd en indien niet, welke hiervoor de redenen kunnen zijn.

##### Behandelen:

- *Mobiliseren en spierversterkende oefeningen*  
Actief en/of passief optimaliseren van de mobiliteit van de aangedane ledematen. Globale en/of



specifieke spierverssterking via stimulerende oefeningen op maat van de patiënt. Dit kan met/zonder extra weerstand worden uitgevoerd.

- *Preventieve zorg*  
Ademhalingsoefeningen, drukletselpreventie, houdingscomfort en vermijden van contracturen vormen hierbij de essentie.
- *Evenwichtstraining*  
Stabiliteitsoefeningen om de stabiele balans te stimuleren en tot zelfstandige controle te komen. Dit kan in zit, half-zit of stand, al dan niet met ondersteuning.
- *Marchrevalidatie*  
Patiënt opnieuw op een zelfstandige, veilige manier laten stappen met of zonder het gepaste hulpmiddel.  
Ook moet hierbij steeds het risico op vallen worden bekeken.
- *Actieve (groeps)revalidatie*  
Individueel of in groep wordt een diversiteit aan actieve oefeningen uitgevoerd. Dit ter stimulatie van de verschillende lichaamsfuncties of taakgericht. Dit kan zowel op de kamer als in de groepszaal gebeuren.

#### Informereren

Aan de patiënt wordt educatie verstrekt omtrent de risico's op vallen, hulpstrategieën bij het uitvoeren van taken en inhouden van (verdere) revalidatie.

#### Rapporteren

Inhoud en evaluatie van de therapie wordt dagelijks neergeschreven in het elektronisch dossier via een opvolgnota. Dit maakt het mogelijk om binnen het multidisciplinair team te communiceren. Wekelijks is er ook een teamoverleg op afdelingsniveau met alle betrokken disciplines.

#### [Functiekaart kinesitherapeut](#)

### **Logopedie**

#### **Doel**

Binnen het pluridisciplinair team is de logopedist één van de actoren. Iedereen van het multidisciplinair team kan een aanvraag doen voor logopedie na goedkeuring van de arts. Op basis van de vraagstelling zal de logopedist een onderzoek afnemen en een advies en/of behandelvoorstel formuleren. Om binnen dit behandelplan te werken is een patiënt gecentreerde benadering noodzakelijk. Dit betekent dat de hulpvraag van de patiënt en zijn omgeving sturen waar het accent van de revalidatie gelegd wordt.

#### **Taken**

##### Diagnosticeren



Er wordt steeds gekeken wat de medische voorgeschiedenis en de reden voor opname is. Daarna volgt een anamnese met de patiënt (indien mogelijk) en grondig onderzoek van de functies en stoornissen. Ook de activiteiten en beperkingen hiermee gepaard gaand worden bekeken.

#### Adviseren

Na onderzoek wordt een advies geformuleerd. Bij een slikprobleem worden consistentieaanpassingen en slikadviezen doorgegeven. Ook kan aanvullend beeldvorming worden gevraagd. Bij taal- en of spraakstoornissen worden communicatieadviezen gegeven.

#### Behandelen

Bij een slikprobleem wordt compenserend of revaliderend gewerkt. Compensatietechnieken omvatten houdingsaanpassingen, manoeuvres, consistentie-aanpassingen, aanpassen toedieningswijze,... Dagelijks worden consistentie-aanpassingen geëvalueerd en eventueel gewijzigd.

Remediërende technieken worden toegepast bij een patiënt die cognitief in staat is volgens de principes van motorisch leren te werken. Deze technieken omvatten oraal-motorische training, krachtig slikken, oefeningen voor pharyngeale spieren,...

Een taal- en/of spraakstoornis wordt aangepakt naar gelang de uitval. Er kan gewerkt worden op articulatie, stemgeving, ademhaling,... Taalbegrip en/of taalproductie kunnen gestimuleerd worden. Dit altijd specifiek afgestemd op de hulpvraag van patiënt en zijn omgeving.

#### Informereren

Aan de patiënt, familie, personeel (arts, verpleegkundige, diëtist, ergotherapeut,...) wordt educatie verstrekt wat betreft voedings- en/of communicatieadviezen. Ook wordt een advies geformuleerd naar verdere opvolging in RVT of aan huis.

#### Rapporteren

Adviezen en inhoud van therapie worden neergeschreven in het elektronisch dossier. Dit maakt het mogelijk om binnen het multidisciplinair team te communiceren. Wekelijks is er ook een teamoverleg op afdelingsniveau met alle betrokken disciplines.

#### [Functiekaart logopedist](#)

### **Externe liaison: Ontslagmanager/sociaal werker**

De vergrijzing van de bevolking heeft tot gevolg dat er een toename is van het aantal (hoog) bejaarden met complexe zorgnoden. De geriatrische patiënten heeft niet enkel om medische reden, maar ook vaak voor psychosociale problematiek nood aan professionele begeleiding. De doelgroep van de ontslagmanager bestaat uit geriatrische patiënten in een thuisituatie of een thuisvervangend milieu. Deze patiënten zijn opgenomen in het zorgprogramma geriatric. Het pluridisciplinair team neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van een terugkeer naar huis of het thuisvervangend milieu en dit vanaf de dag van opname.

Om dit in goede banen te leiden wordt de sociale dienst geriatric bemand door drie sociaal werkers of ook wel ontslagmanagers genoemd. Zij bemannen de drie afdelingen geriatric, zijnde twee in Aalst en één in Asse. Zij werken zoveel mogelijk volgens het principe van het "ontslagmanagement".



Ontslagmanagement wordt gedefinieerd als het ontslag van een patiënt met een hoog risico op institutionalisering en/of rehospitalisatie. Dit omvat een fasische en gestructureerde ontslagvoorbereiding voor patiënten met een complexe of continuïteitsproblematiek, en start binnen de 72u na opname in het ziekenhuis. Hierbij wordt door interdisciplinair overleg, en in dialoog met patiënten, hun mantelzorgers, en externe hulpverleners, een geïndividualiseerd zorgpakket 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.

## Taken

### Tijdens het verblijf

- Opvang en informatie verstrekken ter ondersteuning van patiënt en familie bij ziekte, handicap,...
- Informatie geven aan patiënt en familie over mogelijke financiële voorzieningen en doorverwijzen naar de juiste instanties
- Patiëntenbesprekingen op de verpleegafdelingen volgen om zodanig informatie in te winnen over mobiliteit, psychische toestand, resultaten onderzoeken,...
- Doorverwijzen naar een andere instelling, instantie, ... bij problemen, andere dan voortspruitend uit de ziekenhuisopname
- Samenwerken met psychologen, palliatief supportteam, ...
- Luisterend oor zijn voor patiënt, familie, ...
- Administratieve bijstand verlenen zoals opmaken Katz-score, ...

### Bij ontslag

- In samenspraak met andere gezondheidswerkers, zorgen voor de ontslagregeling van de betrokken patiënt.
- Informatie geven over de mogelijkheden in de thuisgezondheidszorg (diensten, zorgbemiddelaar, ...)
- Hulp bieden bij de organisatie van de mantelzorg/thuiszorg
- Informatie geven over de andere instellingen, rustoorden, ... en eventueel het organiseren van de opvang aldaar.
- Hulpmiddelen en hulpverlenende instanties inschakelen
- Bij ontslag krijgt de patiënt een verslag mee betreffende de diagnose, behandeling en eventuele revalidatieplan. Dit zorgplan is toegankelijk voor elke zorgverlener die betrokken is en wordt ook overgemaakt aan de huisarts. Dit in overleg met de patiënt.

### Andere

- Regelen vervoer
- Indien nodig verwijzen naar kassa voor de financiële regeling van een ziekenhuisverblijf
- Informatie opzoeken met behulp van boeken, internet, ...
- Prioriteiten stellen
- Mekaar ondersteunen
- Van elke patiënt een sociaal dossier opstellen (regelmatige registratie, opstellen jaarverslag)
- Permanent bijscholen
- Stagiaires begeleiden





- Sociale kaart bijhouden
- Eventueel meewerken aan het opstellen van procedures
- Helpen aan de goede uitbouw van het ziekenhuis, deelnemen aan overleg, ...
- Verwijzen naar diensten zoals dienst inschrijvingen, secretariaat,..
- Klachten opvangen en betrokkenen doorverwijzen indien nodig
- Problemen beluisteren en indien nodig doorverwijzen naar extramurale diensten
- Deelnemen aan begeleidingscommissies/ interne en externe vergaderingen
- Twee keer per jaar gaat een overleg door met de WZC met wie een functionele binding is afgesloten. Op deze overlegmomenten komen onderwerpen aan bod die bijdragen tot continuïteit van zorg.
- Er is een vertegenwoordiging van de ontslagmanagers/sociaal werkers in de werkgroep met de WZC.

Op basis van de dagelijkse opvolgnota's en feedback blijven de ontslagmanagers/sociaal werkers op de hoogte van de gezondheidstoestand van de patiënten, eventuele veranderingen in ontslagdata en ontslagbestemmingen, verpleegkundige observaties,...

Wekelijks is er op dinsdagochtend een interdisciplinaire vergadering, waaraan verschillende disciplines deelnemen.

Dagelijks bekijken zij de nieuwe opnames. Dit om snel een zicht te krijgen op de sociale situatie van de patiënt. Vanuit deze basis nemen zij contact op met elke patiënt, en /of zijn familie, die van huis komt. Er wordt geluisterd naar de klassieke factoren, maar ook met bijkomende factoren wordt rekening gehouden (vb. reden van opname, reeds thuishulp aanwezig,...). Zij brengen de thuissituatie vóór opname in kaart en bekijken welke thuishulp, thuiszorgmateriaal, attesten,... er bij ontslag noodzakelijk zijn om een goede thuisopvang mogelijk te maken. Indien terugkeer naar huis niet meer mogelijk wordt geacht, gaan zij, samen met de familie op zoek naar een oplossing, gaande van kortverblijf, herstelverblijf,... tot een definitieve opvang in een woon-zorgcentrum.

Om de opmaak van de leefsituatie vóór opname te vervolledigen, nemen zij soms ook contact op met de reeds aanwezige hulpverleners (thuisverpleging, bejaardenhulp, oppasdienst huisarts...) In de mate van het mogelijke trachten zij ook deze diensten op de hoogte te houden van het ontslag van de patiënt.

Ook als blijkt dat de patiënt geen intensieve begeleiding vereist, zullen zij trachten contact op te nemen met de familie om het ontslag af te spreken. Op die manier kunnen zij eventuele vragen en/of problemen, die op dat moment nog opduiken onderscheppen en alsnog oplossen.

De ontslagmanagers/sociaal werkers organiseren ook het ontslag voor patiënten die reeds opgenomen zijn in een woon-zorgcentrum. Zowel familie als WZC worden ingelicht over het ontslag en indien nodig een vervoer geregeld. Op dat moment kan er ook door hen naar het WZC toe, bijkomende problemen, opmerkingen, of in acht te nemen punten, in functie van de verzorging, gecommuniceerd worden.

De modaliteiten voor samenwerkingsverbanden wordt verder behandeld in hoofdstuk 7.

### [Functiekaart sociaal verpleegkundige](#)

#### **Diëtist**

Alle patiënten krijgen bij opname een voedingscreening als deel van de anamnese. De diëtist heeft als opdracht de screenings te bekijken, voorkomen van voedingsproblemen en behandelen en evalueren van de voedingstoestand van patiënten.



Een goede voedingstoestand bij de patiënt is essentieel. Deze draagt bij tot het welbevinden van de patiënt, geeft de therapie een hogere kans op slagen en bepaalt dus mee het genezingsproces. Ondervoeding daarentegen bemoeilijkt en vertraagt de genezing, waardoor de patiënt langer in het ziekenhuis moet blijven, hierdoor neemt ook het risico op complicaties toe. Ondervoeding leidt tot de afbraak van spierweefsel, vertraagde wondheling, een verminderde weerstand en dus een verhoogde kans op infecties.

Ondervoeding kan met de ziekte zelf samen hangen, bijvoorbeeld door verminderde eetlust, door pijn bij het eten of verteringsproblemen. Bij bejaarden kunnen slik- en kauwproblemen verantwoordelijk zijn voor een verminderde voedselopname. Patiënten met psychosociale problemen of patiënten die sociaal geïsoleerd zijn kunnen hun voeding verwaarlozen of zeer onevenwichtig eten.

Diëtisten hebben de expertise om de problemen te herkennen en op te lossen. Zij verlenen patiëntenzorg op het gebied van voedings- en dieetadvies.

Bij iedere patiënt wordt in de anamnese een voedingscreening afgenomen door de verpleegkundigen. In geval van een positieve voedingscreening wordt een full-NRS afgenomen door de diëtisten en wordt een voedingsplan opgesteld. Op de verpleegafdelingen geriatrie worden alle patiënten gezien door de diëtiste. Het voedingsplan wordt opgevolgd. Na één week opname gebeurt er een nieuwe voedingscreening.

De diëtisten nemen deel aan de wekelijkse teamvergadering en werken nauw samen met de andere disciplines van het pluridisciplinaire team. Zeker en vast met de verpleegkundigen, ergotherapeuten en logopedisten.

[Functiekaart diëtist](#)

## **5.2.4. Procedure bij opname van een patiënt op de verpleegafdeling geriatrie**

### 1. [Identificatie van de patiënt](#)

### 2. Afnemen van anamnese/assessment welke omvat:

- screening op ondervoeding en slikken
- screening op valrisico
- screening op pijn
- screening op risico op decubitus
- bevraging van sociale situatie met aandacht voor ouderenmisbehandeling en vroegtijdige zorgplanning, de cognitieve en fysieke toestand van de patiënt
- klinisch onderzoek
- registratie parameters
- registratie van de thuismedicatie

Afhankelijk van de resultaten van de screenings binnen de anamnese rollen zorgdoelstellingen uit in het zorgplan.

De zorgen aan de patiënt worden gestuurd vanuit een aantal richtlijnen. Voorbeelden hiervan zijn:



- [Voedingsrichtlijn](#)
- [Valbeleid, folder valbeleid](#)
- [Pijnbeleid](#)
- [Delier](#)
- [Wondzorg](#)
- [Fixatiebeleid](#)
- [Weglooptdetectie](#)
- [Ouderenmisbehandeling](#)
- [Procedure vermiste patiënt](#)
- [Gebruik bladderscan](#)
- [Dementie](#)

### 5.2.5. Zorgleidraad laatste levensdagen

De Zorgleidraad Laatste Levensdagen, gebaseerd op de Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (UK), is een kwaliteitsinstrument dat is ontwikkeld om de zorg gedurende de stervensfase goed af te stemmen op de behoeften van patiënten en hun naaste(n).

De multidisciplinaire zorg in deze allerlaatste dagen van het leven is hierin door middel van zorgdoelen omschreven. De zorgleidraad wordt gestart als het pluridisciplinaire team verwacht dat de patiënt binnen enkele uren of dagen zal overlijden.

Vanaf het moment dat de bij de patiënt betrokken zorgverleners (h)erkennen dat de stervensfase is aangebroken, wordt de medische en verpleegkundige zorg – indien nodig – zodanig aangepast dat de stervensfase voor de patiënt zo comfortabel mogelijk verloopt. De zorgleidraad is een instrument om de zorg in deze periode zo optimaal mogelijk vorm te geven. Het is een patiëntendossier, een checklist en een evaluatie-instrument in één.

De zorgleidraad is een hulpmiddel om de kwaliteit van zorg, de communicatie met de patiënt en diens naasten en de samenwerking tussen zorgverleners te waarborgen. De volledige en eenduidige wijze van rapporteren maakt de zorg overzichtelijk: er wordt systematisch gescreend op mogelijk voorkomende problemen, zowel op lichamelijk, als op psychisch, sociaal en spiritueel gebied.

De zorgleidraad bestaat uit drie aparte delen:

1. Beoordeling van de patiënt aan het begin van de stervensfase
2. Continue beoordeling van de patiënt: 6-uurs registratie
3. Overlijden en zorg na overlijden

Er zijn eveneens brochures voor de familie voorzien.:

- [Patiëntenbrochure de stervensfase](#)
- [Patiëntenbrochure Een dierbare verliezen](#)

### 5.2.6. Multidisciplinaire teamvergadering

Wekelijks heeft dinsdag om 8.30u een multidisciplinaire teamvergadering plaats op de afdelingen geriatrie. Ook voor de patiënten van orthogeriatric is er een wekelijkse teamvergadering. De verantwoordelijke arts,



hoofdverpleegkundige, verpleegkundige teamleiders, sociaal verpleegkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopediste en diëtiste zijn aanwezig.

Voor orthogeriatricie sluit ook een orthopedist aan op de vergadering.

Er gebeurt een grondige bespreking van de patiënten op medisch, verpleegkundig, sociaal, ergotherapeutisch, Kinesitherapeutisch, logopedisch en voedingsvlak. Idealiter komt per patiënt iedere discipline aan bod. De inbreng van ieder teamlid is belangrijk. Op die manier wordt er informatie uitgewisseld en worden de multidisciplinaire doelstellingen bepaald en geëvalueerd met de behandeling zoals die werd opgesteld of aangepast. Het verslag wordt geregistreerd in het patiëntendossier. De huisarts heeft ook de mogelijkheid deel te nemen aan het overleg na afspraak.

### 5.3. De consultatie geriatrie

De consultatie geriatrie laat toe om op verzoek van de behandelend huisarts geriatrisch advies te verstrekken. Op de geriatrische consultatie worden vnl. interventies uitgevoerd die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen. Er worden consultaties gedaan op de campussen Aalst en Asse.

Van iedere consultatie wordt een verslag aan de huisarts bezorgd.

Afspraken voor consultaties worden gemaakt via het secretariaat geriatrie tel 053/72 44 55.

Iedere weekdag zijn er consultaties op de campussen Aalst en Asse.

#### **Verloop consultatie**

In de geriatrische consultatie kunnen volgende onderdelen aan bod komen:

1. Anamnese/heteroanamnese
2. Registratie thuismedicatie
3. Navragen en uitdiepen van de huidige klacht(en) waarvoor de patiënt op consultatie komt.
4. Het klinisch onderzoeken van de patiënt: de bloeddruk, het gewicht, hoofd- en halsonderzoek, long- en hartauscultatie, abdominaal onderzoek, onderzoek van de ledematen, korte cognitieve screening,
5. Valscreening
6. Het gericht testen: bv. het afnemen van een geheugentest zoals MMSE, ...
7. Het voorschrijven van aanvullende technische onderzoeken: bvb aanvragen van een bloedonderzoek, radiologische onderzoeken, maagonderzoek, echografie van het hart, longfunctie....
8. Het opstellen van het medisch beleid en het geven van advies in verband met de vastgestelde pathologie, indien al mogelijk.
9. Het eventueel voorzien van follow-up voor bespreking met de patiënt van de vastgestelde pathologie nadat de technische onderzoeken gekend zijn.
10. Communicatie met de huisarts via de consultatiebrief, soms ook telefonisch contact.

Indien zich een probleem voordoet bij een geriatrische patiënt in de thuish situatie of in een thuisvervangende situatie kan eventueel advies gevraagd worden aan de ergotherapeuten, sociaalverpleegkundige van het pluridisciplinair geriatrisch team.



## 5.4. Het geriatrisch dagziekenhuis

Het geriatrisch dagziekenhuis is een dagziekenhuis voor patiënten met een geriatrisch profiel. Het laat toe om een geriatrische multidisciplinaire evaluatie en onderzoeken op één dag te concentreren.

Het laat eveneens toe de hospitalisatieduur te verkorten of een hospitalisatie te voorkomen.

Een opname op het geriatrisch dagziekenhuis heeft plaats op vraag van de huisarts of specialist, via de geriatrische raadpleging of na een verblijf op de afdeling geriatrie. Zowel thuiswonende ouderen, als ouderen opgenomen in een woon- en zorgcentrum, dagcentrum, centrum voor kortverblijf of psychiatrisch centrum kunnen verwezen worden op indicatie.

Patiënten kunnen op het geriatrisch dagziekenhuis terecht maandag, dinsdag, woensdag en donderdag op campus Aalst en vrijdag en woensdag op campus Asse.

De pluridisciplinaire evaluatie gebeurt door een geriater, verpleegkundige met BBT/BBK en/of een ergotherapeut, logopedist, kinesitherapeut, diëtist of psycholoog afhankelijk van het probleem.

De verpleegkundige van deze afdeling zorgt voor de coördinatie van de geplande onderzoeken en behandelingen. Met de contactpersoon wordt de organisatie van het vervoer van de patiënt besproken.

### Concept en doelstellingen

Het geriatrisch dagziekenhuis is complementair aan het bestaand geriatrisch aanbod binnen het ziekenhuis en poogt op een vernieuwende manier een oplossing te bieden voor het groeiende aanbod van geriatrische patiënten ten gevolge van veroudering. Tijdens een verblijf in het ziekenhuis gedurende één dag zonder overnachting kan in deze eenheid aan oudere patiënten een pluridisciplinaire evaluatie, revalidatie of therapie aangeboden worden met als doel hun onafhankelijkheid te ondersteunen. Specialistische geriatrische competentie wordt op deze manier gemakkelijker toegankelijk voor ouderen.

De activiteiten binnen deze eenheid zijn in de eerste plaats bedoeld voor ouderen die thuis of in de residentiele setting verblijven en waar de huisarts specialistisch geriatrisch advies wenst. Afspraken kunnen gemaakt worden:

- telefonisch via de huisarts en secretariaat geriatrie
- na overleg met een huisarts en een geriater
- in aansluiting met een ziekenhuisopname op de afdeling geriatrie
- in aansluiting met een ziekenhuisopname op een andere gespecialiseerde eenheid

### Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie

#### Doel:

1. Evaluatie van patiënten die lijden aan geriatrische syndromen zoals cognitieve problemen, recidiverend vallen, vermagering en malnutritie, slikstoornissen, koortsproblemen, gedragsproblemen, incontinentie, pijn, polifarmacie. Opsporen en behandelen van onderliggende aandoeningen.



- Informereren van patiënten en mantelzorgers over de aanpak van deze problemen op pluridisciplinaire wijze (medisch doch ook paramedisch, bv. kinesithérapie aan huis, ergotherapie, ...).
2. Oppuntstelling en follow-up van patiënten die lijden aan geriatrische syndromen en die naargelang noodzaak door verschillende leden van het multidisciplinair team worden opgevolgd. Dit met als doel om hospitalisatie en/of opname in WZC te vermijden, daar waar de (medische) zorg zeer complex is, de mantelzorger dreigt overbelast te geraken of het een grenssituatie in de thuiszorg betreft. Dit steeds in overleg met de huisarts.
  3. Peroperatieve oppuntstelling: preoperatief geriatrisch assessment bij TAVI, Mitraklipingreep.

#### Therapeutisch programma:

Indien patiënten met een geriatrisch profiel en polypathologie, een specifiek therapeutisch programma dienen te volgen (v.b. transfusie, toediening van immuunglobulines of calciumkuur), dan kan dit gebeuren op het geriatrisch dagziekenhuis.

#### Verloop geriatrische evaluatie dagziekenhuis:

- verpleegkundige anamnese of assessment inclusief screening op vallen, ondervoeding, slikproblematiek, pijn en decubitus, mate van zelfredzaamheid, cognitie,
- medisch assessment met bevraging van de thuismedicatie en aandacht voor vroegtijdige zorgplanning en ouderenmis(be)handleing
- RR, pols, °t, eventueel gewicht
- functioneel onderzoek door arts
- labo, ECG
- radiologie indien nodig
- middagmaal
- eventueel verdere onderzoeken vb EEG, ct-schedel
- specifieke testing afhankelijk van het probleem
- eventueel bezoek ontslagmanager
- het eindverslag wordt opgemaakt door de behandelende arts en de ontslagbrief wordt meegegeven

Een pluridisciplinaire geriatrische evaluatie (CGA) bestaat uit:

#### **Indeling van de testing:**

In kaart brengen van de hulpvraag

Functies:

1. Mentale functies:
  - i. Cognitie:
    - 1. Mini-cog:**
      - a. Oriëntatie tijd:
      - b. Oriëntatie ruimte:
      - c. 3-woordentest:
      - d. Kloktekentest:
    2. Indien noodzakelijk **MMS:**
  - ii. Globale psychosociale functies:
    1. Valangst:

### a. Short FES-I

2. Sensorische functies:
  - i. Visueel en horen (S)
    1. Moeilijkheden bij lezen, tv kijken, auto rijden
3. Stem en spraak:
  - i. Testing uitgewerkt door logopedie
4. Functies van hart- en bloedvatstelsel
  - a. Orthostatische hypotensie
  - b. Treden er bij rechtstaan vanuit zetel, stoel en/of bed volgende symptomen op: duizeligheid, licht-in-het hoofd worden, hoofdpijn, (sterk) verminderd zicht, flauwvallen
5. Functies van het bewegingssysteem:
  1. Functies van gewrichten en botten
    - a. Mobiliteit
      - i. **Manuele controle van de grote gewrichten**
  2. Spierfuncties
    - a. Sterkte
      - i. **BL: Manuel Muscle Test (0 – 5)**
      - ii. **OL: 5 times sit to stand**
    - b. Tonus
      - i. **Ashworth scale (spasticiteit) (0 – 4)**
    - c. Uithoudingsvermogen
      - i. **6-minuten wandeltest**
    - d. Bewegingsfuncties
    - e. Stabiliteit
      - i. **Four test Balance Scale**
    - f. Gangpatroon
    - g. **FAC- test (Functional Ambulation Categories (0 – 5))**

### Activiteiten en participatie

1. Mobiliteit
  - a. Uitvoeren van transfers
  - b. Basistransfers (lig/zit/stand, trappen)
  - c. Vervoer (fiets, auto, openbaar vervoer)
2. Zelfverzorging
  - a. Zich wassen en verzorgen
  - b. Toiletgang
  - c. zich kleden
  - d. Eten
  - e. Drinken
3. Huishouden
  - a. Huishouden doen
  - b. Bereiden van maaltijden
4. Tussenmenselijke interacties en relaties
 

Onderhouden van sociale relaties

Hobby's

## 5.4.1. Oncogeriatricie via dagziekenhuis



De vergrijzing zorgt voor een aanzienlijke toename van het aantal oudere oncologische patiënten. Meer dan 50% van alle nieuw gediagnosticeerde kwaadaardige tumoren wordt gesteld bij personen van 65 jaar of ouder. Daarnaast wordt vastgesteld dat ongeveer 70% van alle overlijdens 65- plussers zijn. Naast de oncologische aandoening is er vaak sprake van co-morbiditeit. Men stelt vast dat 50% van de patiënten ouder dan 70 jaar te maken heeft met ernstige chemotherapie-gerelateerde toxiciteit. Het screenen en het beoordelen van de geriatrische oncologische patiënt zijn dan ook belangrijke processen die doorlopen moeten worden vooraleer het definitieve behandelingsplan met de leden van de MOC wordt afgesproken. Een optimale kankerbehandeling, op maat van de oudere en kwetsbare patiënt, kan bekomen worden door een totale beoordeling van de geriatrische patiënt. Hierdoor: - kan over- en onderhandeling voorkomen worden, - is er minder kans op complicaties/toxische neveneffecten door een aangepaste dosis chemotherapie, - wordt de therapietrouw van de patiënt verhoogd, - is er minder polyfarmacie, - is er minder kans op heropnames, - wordt de kans op vroegtijdig stoppen of onderbreken van de behandeling verkleind. Het behoud van functioneren en kwaliteit van leven zijn eveneens belangrijke factoren. Voordat het behandelplan wordt opgesteld, wordt bij elke patiënt  $\geq 70$  jaar een G8-vragenlijst afgenomen. Indien de G8-screening duidt op een kwetsbare patiënt (score  $\leq 14$  of belangrijke Co morbiditeit) volgt een geriatrisch assessment (CGA), een multidisciplinaire evaluatie waarbij gescreend wordt op bepaalde probleemdomen. Dit assessment gaat door op het dagziekenhuis geriatrie. De cognitieve, functionele en sociale toestand van de patiënt wordt in kaart gebracht. De geriater maakt op basis van dit assessment een verslag op met gepersonaliseerde aanbevelingen en advies die worden meegenomen in het verdere oncologisch behandelingsplan.

## 5.5. Consult geriatrie

Er kan nog steeds een consult geriatrie worden aangevraagd vanuit een ander specialisme. Veelal worden consulten ondervangen vanuit de interne liaison.

## 5.6. De interne liaison

### Doelstelling

De Interne Liaison Geriatrie, als onderdeel van het zorgprogramma geriatrie, is een pluridisciplinair team dat de bedoeling heeft de geriatrische deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend geneesheer-specialist en de afdelingsteams, voor de patiënten, ouder dan 75 jaar, gehospitaliseerd op een niet-geriatrische afdeling.

Het pluridisciplinair intern geriatrisch liaisonteam (ILT) bestaat uit: de geriater, 2 verpleegkundigen, een ergotherapeut en een sociaal werkster. Het team van de geriatrische interne liaison kan beroep doen op de deskundigheid van:

- kinesitherapeuten
- ergotherapeuten
- sociaal verpleegkundigen of maatschappelijk werkers
- logopedisten
- diëtisten
- psychologen





Interne Liaison geriatrie wordt aangeboden op de campussen Aalst en Asse. Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder wordt door een verpleegkundige van de verpleegeenheid waar de patiënt verblijft, uiterlijk de dag na de opname, gescreend met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument. Het resultaat wordt genoteerd in de anamnese in het patiëntendossier. In het OLV wordt het Geriatrisch Risico Profiel (GRP) gebruikt als wetenschappelijk gevalideerd screeningsinstrument.

Het GRP is een instrument voor identificatie van geriatrische patiënten op niet geriatrische diensten waarbij men 5 vragen overloopt:

1. Is er een cognitieve stoornis aanwezig?
2. Is de patiënt alleenwonend of beschikt hij niet over hulp van inwonende partner/familie?
3. Zijn er moeilijkheden bij het stappen/transfer, of is de patiënt gevallen in de voorbij 6 maanden?
4. Is er een hospitalisatie geweest in de afgelopen 3 maanden?
5. Neemt de patiënt meer dan 5 verschillende geneesmiddelen?

Bij en score van 2 of meer spreken we over een risicopatiënt.

Het ILT kijkt dagelijks de screeningen van het GRP na in de anamnese van het patiëntendossier; deze worden eventueel aangevuld of aangepast. Bij een positieve evaluatie gaat het ILT langs bij de patiënt en wordt er een geriatrisch assessment afgenomen, aangevuld met gestandaardiseerde testing. Het assessment bestaat uit vier grote domeinen: sociaal, vallen, cognitie en voeding. Zo nodig wordt een hetero-anamnese gedaan. Van dit assessment wordt een verslag gemaakt.

De patiënten, die door het ILT gezien werden, worden dagelijks besproken in het pluridisciplinair geriatrisch teamoverleg. Op het overleg worden ook de betrokken huisarts, de artsen en verpleegkundigen van het betrokken specialisme uitgenodigd. Er wordt een zorgplan geformuleerd met, per domein, een adviesverlening en eventueel revalidatieplan. Dit wordt besproken met de ergotherapeut van de afdeling en zo nodig met de betrokken discipline van de afdeling zoals de (hoofd)verpleegkundige, de sociale dienst, de kinesist, de diëtiste, de logopediste, de psycholoog van de betrokken afdeling.

Er wordt een advies geformuleerd. Indien nodig gaat de geriater langs bij de patiënt.

Afhankelijk van het advies wordt de patiënt verder opgevolgd. Er is een nauwe samenwerking tussen het team van liaison geriatrie en kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en psychologen. Het verslag met de bevindingen en adviesformulering van het ILT wordt ter beschikking gesteld van het behandelend team en van de huisarts.

Op iedere C en D dienst, IZ en spoedopname is er een referentieverpleegkundige geriatrie aanwezig.. Deze zijn samen met de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen het eerste aanspreekpunt van liaison geriatrie. Deze personen spelen een belangrijke rol in het uitdragen van de geriatrische zorgcultuur in het ziekenhuis. Jaarlijks hebben er een drietal vergaderingen plaats met de referentieverpleegkundigen. Een vast onderwerp op de agenda is het aanleren van het opsporen van geriatrische patiënten met een positief risicoprofiel.



Het team van interne liaison maakt een jaarverslag op. Dit is raadpleegbaar op het intranet onder Interne liaison geriatrie. Het is een afspraak met de medische raad dat ILT langsgaat bij de patiënten met een positief GRP.

Functiekaarten [team liason](#) – [ergo](#)

### 5.6.1. Referentieverpleegkundige geriatrie

Referentieverpleegkundige geriatrie

#### Doel

De referentieverpleegkundige helpt mee aan het uitbouwen van een specifieke benadering van de geriatrische patiënt op een niet G-afdeling, zij volgen jaarlijks een drietal vergaderingen.

#### Overlegkanalen

De referentieverpleegkundige geeft inbreng in de teamvergadering van de afdeling en is eveneens contactpersoon voor de liaisonverpleegkundige.

### 5.6.2. Competentieprofiel referentieverpleegkundige geriatrie en liaisonverpleegkundige

Resultaatsgebieden

1. beleidsvisie
2. patiëntenzorg
3. het beheer van middelen
4. het personeelsbeleid
5. vorming en ontwikkeling
6. communicatie en overleg
7. de wettelijke bepalingen en de interne regelgeving

Resultaatsgebied 1: Met betrekking tot de beleidsvisie

*Doel:*

Meehelpen bij het afstemmen van het verpleegkundig-paramedisch beleid op de visie en strategie van het ziekenhuis, nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen en wettelijke bepalingen met betrekking tot het algemeen en het verpleegkundige gezondheidsbeleid.

*Deelgebieden:*

- handelt overeenkomstig de geriatrische visie
- bezorgt inlichtingen aan het interne liaison team in overleg met de behandelende geneesheer over een patiënt met geriatrische problemen
- bezorgt inlichtingen aan de werkgroep referentieverpleegkundige over geriatrische problemen op de afdeling
- werkt nauw samen met de werkgroep referentieverpleegkundige geriatrie en voert taken uit op vraag van deze werkgroep in overleg met de hoofdverpleegkundige



### Resultaatsgebied 2: Met betrekking tot patiëntenzorg

#### *Doel:*

Toezicht houden op de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening en de bevorderen van de geriatrische patiënt. Aanspreekpunt zijn op de afdeling bij eventuele verpleegkundige problemen bij hospitalisatie van een geriatrische patiënt

#### *Deelgebieden:*

- verstrekt aan haar afdeling algemene informatie met betrekking tot de geriatrische problematiek.
- vervult een adviserende en sensibiliserende rol t.o.v de collega's verpleegkundigen betreffende de geriatrische problematiek
- screenen van patiënten met een mogelijks geriatrisch profiel
- consulteren van het intern liaison team i.s.m. de behandelende arts
- consulteren betreffende opname-en ontslagmanagement
- ondersteunt de collega's bij de juiste toepassing van procedures en richtlijnen mbt geriatrische onderwerpen:
  - fixeren
  - delier
  - incontinentie
  - pijn bij ouderen
  - ondervoeding
  - vallen
  - multidisciplinaire werking
  - ethische dilemma's
  - ontslagmanagement
- verleent op haar afdeling advies en bijstand aan patiënten en familie mbt de geriatrische problematiek
- moedigt collega's aan om meer patiëntgerichte en kwalitatief betere observaties te doen binnen het domein van de geriatrische verpleegkunde

### Resultaatsgebied 3: Met betrekking tot beheer van middelen

#### *Doel:*

Opvolgen van effectief en efficiënt gebruik van materiaal (verbruiksgoederen en duurzame goederen) in functie van een optimale ouderenzorg.

#### *Deelgebieden:*

- Ondersteunt de verpleegafdeling bij het uittesten van nieuw materiaal(verbruiksgoederen en duurzame goederen) in functie van optimale patiëntenzorg)

### Resultaatsgebied 4: Met betrekking tot personeelsgebied

#### *Doel:*

Het ondersteunen van een efficiënt werkend personeelskader waarbinnen medewerkers effectief tot teamwork komen.



#### Resultaatsgebied 5: Met betrekking tot vorming en ontwikkeling

*Doel:*

Opvolgen van zorgtendensen en ontwikkelen van de kwaliteit van zorg(=innovatie) en begeleiden van projecten rond zorgvernieuwing en –ontwikkeling op de werkvloer.

*Deelgebieden:*

- geeft scholing-en voorlichting aan collega's inzake verpleegkundige geriatrische problemen vb tijdens teamvergaderingen
- neemt deel aan bijscholing m.b.t. geriatrische problematiek
- begeleidt studenten verpleegkunde in dit specifieke deeldomein
- werkt mee aan studie-en onderzoeksopdrachten m.b.t. geriatrische problematiek

#### Resultaatsgebied 6: Met betrekking tot communicatie en overleg

*Doel:*

Onderhouden en optimaliseren van interne contacten

*Deelgebieden:*

- neemt deel aan de vergaderingen van de referentieverpleegkundigen geriatricie.
- zorgt voor informatie-uitwisseling van en naar collega verpleegkundigen op teamvergaderingen
- verzorgt samen met de hoofdverpleegkundige de communicatie over geriatrische problematiek met zorgverstrekkers van andere disciplines op de afdeling of in het team in overleg met de behandelende geneesheer
- kan betrokken worden bij overleg situaties op en buiten de eigen afdeling waarin geriatrische problematiek aan de orde kan komen
- is een vraagbaken en vertrouwensfiguur voor de collega's verpleegkundigen binnen haar team aangaande de geriatrische problematiek

#### Resultaatsgebied 7: Met betrekking tot de wettelijk bepalingen en de interne regelgeving

*Doel:*

Instaan voor het opvolgen en toepassen van de relevante wetgeving en van de interne regelgeving met betrekking tot alle bovenstaande resultaatsgebieden en voor het informeren van hun medewerkers ter zake.

*Deelgebieden:*

- werkt mee aan de realisatie van de opdrachten die wettelijk zijn opgelegd en/of zijn aanbevolen door de overheid cfr. KB zorgprogramma

## **5.7. Ontslagmanagement en externe liaison**

De vergrijzing van de bevolking heeft tot gevolg dat er een toename is van het aantal (hoog) bejaarden complexe zorgnoden, zowel met medische als psychosociale problematiek. Dit vereist een interdisciplinaire professionele hulpverlening. Aangezien de overheid een beperkte ligduur als prioritair behandelt is er nood aan een goed ontslagbeleid. Ontslagmanagement heeft dus als doel heropname of institutionalisering van



hoog risico patiënten te vermijden en een optimale herintegratie in het thuismilieu. Het beoogt een gestructureerde ontslagvoorbereiding die start voor en bij opname in het ziekenhuis, waarbij voor patiënten met een complexe continuïteitsproblematiek en ook voor hun mantelzorgers een geïndividualiseerd zorgpakket, interdisciplinair en in overleg met de externe hulpverleners, wordt samengesteld. Ontslagmanagement speelt zich af op verschillende niveaus, met name het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau.

### **5.7.1. Microniveau**

Een goede gezondheidszorg vertrekt van de patiënt en zijn thijsysteem. Er is nood aan een goede samenwerking over de sectoren heen, dus zowel interdisciplinair binnen het ziekenhuis, maar ook met externe zorgpartners.

Elke discipline vervult hier ook een belangrijke rol. De verpleegkundige schat in of de patiënt een bepaald risicoprofiel heeft betreffende ontslagproblemen (opvang thuis, zelfredzaamheid, plaatsing, revalidatie,...). Hij/zij meldt dit aan de andere disciplines. De verpleegkundig anamnese wordt binnen de 24u na opname ingevuld, waarbij bepaalde noden, zoals sociale noden gedetecteerd worden. Van zodra een ontslagprobleem gemeld wordt aan de sociale dienst zal deze verder helpen coördineren.

Interdisciplinaire samenwerking: De verpleegkundige en de sociale dienst faciliteren deze samenwerking, zowel intra - als extramuraal. Op de teamvergaderingen worden alle patiënten besproken. Deze vergadering bepaalt de interdisciplinaire doelstellingen,

Via het team interne liaison geriatrie worden de geriatrische patiënten waarbij een consult van het team gebeurd is, opgevolgd via de dagelijkse interdisciplinaire vergadering van het team interne liaison.

De ontslagmanager coördineert de transmurale interdisciplinaire samenwerking en onderhoudt de contacten met de extramurale hulpverleners en is tevens de belangenbehartiger voor de patiënt en zijn mantelzorgers en dit op verschillende domeinen. Hierbij zal zij inschatten samen met de externe hulpverleners of een transmurale interdisciplinaire vergadering nodig is.

De ontslagcriteria worden bepaald tijdens de interdisciplinaire vergadering. Wanneer de vooropgestelde doelstelling bereikt is, wordt afhankelijk van de noden het ontslag geregeld naar huis, kortverblijf of een definitief verblijf in een WZC.

In het opname- en ontslagbeleid neemt de huisarts een cruciale rol in. Als ziekenhuis streven wij naar een goede communicatie met de huisarts bij opname, tijdens het verblijf in het ziekenhuis en bij ontslag. Bij ontslag wordt een ontslagbrief meegegeven, die volgende documenten bevat:

- Ontslagbrief voor de patiënt
- Ontslagbrief voor de huisarts
- Paramedische ontslagdocumenten
- Transferdocumenten bij overdraagbare aandoeningen
- Ontslagdocumenten voor externe hulpverleners
- KATZ schaal
- Thuiszorgdossier (indien aanwezig)
- Eventuele medicatievoorschriften



## 5.7.2. Meso en macroniveau: continuïteit van zorg

De ontslagmanagers en de referentiepersoon dementie zorgen voor een goede samenwerking op mesoniveau met de residentiële - en eerstelijnssector, alsook met patiënten- en mantelzorgverenigingen. Er wordt gestreefd naar preferentiële samenwerkingsverbanden die de continuïteit van zorg faciliteren. De functionele bindingen zorgen er voor dat er over de grenzen van het ziekenhuis samengewerkt wordt met de extramurale actoren om zo te streven naar geïntegreerde zorg de bedoeling is zorgcontinuïteit te waarborgen. Twee keer per jaar wordt een overleg met de WZC georganiseerd. Sinds enkele jaren wordt dit overleg met de beide Aalsterse ziekenhuizen samen georganiseerd. Onderwerpen die aan bod kwamen waren vb. MRSA beleid, valbeleid, fixatiebeleid, voedingsbeleid, opgevolgde indicatoren. Het overleg met de WZC wordt voorbereid in de werkgroep WZC. Zowel OLV als ASZ en enkele WZC zijn lid van deze werkgroep. Daarnaast is er momenteel een proefproject transmurale indicatoren lopende tussen één WZC en het OLV. Hierin worden de indicatoren decubitus, fixeren en vroegtijdige zorgplanning opgevolgd d.m.v. een transmuraal dashboard. De verdere uitrol is een werkpunt van 2022.

In kader van covid is een taskforce ouderenzorg opgestart in 2020. Deze omvat een samenwerking tussen de beide Aalsterse ziekenhuizen, de WZC, de huisartsen en de eerstelijns. Deze stuurgroep heeft mee de samenwerking geïntensifieerd tussen de betrokkenen en heeft tijdens de covid periode bijgedragen tot kwaliteitsvolle informatiedoorstroming, vlotte contacten, tot gemaakte afspraken alsook ondersteuning op vlak van uitwisselen van procedures, kennis, opleiding en fysieke bezoeken in WZC met o.a. als doel organisatie van covid afdelingen.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de opleidingsmomenten en fysieke bezoeken die hebben plaatsgevonden en waarbij er educatie werd gegeven aan WZC.

### **Opleiding:**

25/04/'20: Covid19: aanpak in WZC – Dr Jordens en Dr De Moorter  
6/01/'21: Covid19 vaccinatie – Dr Vergote, Dr Jordens en Dr De Loof

### **Educatie aan instellingen ter plaatse:**

16/04/'20: Taskforce – Ondersteuning CRA – Dr Jordens  
30/04/'20: WZC Ten Rozen – Ondersteuning ZHH – Dr Van Moorter  
30/04/'20: WZC De Mouterij – Ondersteuning ZHH – Dr Jordens  
4/05/'20: WZC Quietas – Ondersteuning ZHH – Dr Jordens  
6/05/'20: Levensvreugde – Informatie/Ondersteuning ZHH – Thalitha/Dr. De Loof  
13/08/'20: WZC De Markizaat – Dr Jordens  
13/10/'20: WZC Spanjeberg – Dr Jordens  
20/10/'20: WZC Hingeheem – Dr Jordens  
27/10/'20: WZC De Gerstjens – Dr Jordens  
28/10/'20: WZC Ter Bake – Dr Jordens  
05/11/'20: WZC De Oase – Dr Jordens  
18/11/'20: WZC Paul Liénart – Dr Jordens  
18/11/'20: JVC Schotte – Dr Jordens  
19/11/'20: WZC Aqua Vitae – Dr Jordens



26/11/'20: WZC Ten Rozen – Dr Jordens  
01/12/'20: WZC Ten Rozen – Dr Jordens  
08/12/'20: WZC Ten Rozen – Dr Jordens  
11/12/'20: WZC Ten Rozen – Dr Jordens

Met een aantal WZC werden er tijdens de covid pandemie bijkomende functionele bindingen. Deze werden toegevoegd aan de lijst met afgesloten samenwerkingsverbanden (zie hoofdstuk 7).

In 2022 is er gestart met een ouderenoverleg WZC regio Aalst. Hierin is een vertegenwoordiging van alle WZC in regio Aalst, de beide ziekenhuizen en geriaters van beide ziekenhuizen, de huisartsen de eerstelijns. Het doel van het overleg is om:

- adviezen over gezamenlijke afspraken/richtlijnen aan te reiken
- samenwerking te stimuleren
- lokale ondersteuning uitwerken bij nood

En dit voor alle woonzorgcentra binnen het werkingsgebied van Eerstelijnszone Regio Aalst. Daarbij wordt verwacht dat het overleg de volgende zaken oplevert:

- uniforme gedragen adviezen gesteund door alle koepels en met input van de nodige experts
- plenaire samenkomen van alle WZC directies in onze regio

## 6. Dementie

### Dementievriendelijke afdelingen geriatrie

Wat betreft de gehospitaliseerde patiënten wordt een opsplitsing gemaakt tussen patiënten die opgenomen zijn op de afdelingen geriatrie en patiënten opgenomen buiten de geriatrie afdelingen. Bij een opgenomen patiënt op de afdelingen geriatrie met een gekende diagnose van dementie herbekijkt de sociale dienst de thuissituatie. Indien dit nog niet is gebeurd, krijgt de patiënt en/of de mantelzorgers de nodige informatie en brochures mee in verband met dementie. Er wordt info gegeven over mantelzorgcoach, dementie en nu,...

In geval van vermoeden van een cognitief deficit wordt dit besproken op het MDO. De diagnose wordt ofwel vastgesteld tijdens het verblijf, ofwel wordt een afspraak gemaakt voor uitwerking van de cognitieve problematiek op het dagziekenhuis. Deze laatste optie is het meest gangbaar aangezien de diagnose van dementie best gesteld kan worden in een stabiele toestand. De huisarts wordt geïnformeerd via een medisch verslag dat opgemaakt wordt bij ontslag.

Wat betreft het beleid buiten de afdelingen geriatrie worden alle 75 plussers gescreend op basis van het GRP. Indien een cognitief probleem wordt vastgesteld, wordt de patiënt geïncorporeerd door liaison geriatrie. De patiënt wordt pluridisciplinair besproken. Er wordt teruggekoppeld naar de afdeling. De mantelzorgers wordt gecontacteerd en indien gewenst krijgt de patiënt een afspraak mee voor uitwerking van de diagnostiek op het geriatrie dagziekenhuis. Verder wordt door de sociale dienst van de betrokken afdeling de thuissituatie van de patiënt bekeken. Indien nodig wordt huishulp geregeld (zie ook punt 5.6 interne liaison).



Bij een diagnose dementie op het dagziekenhuis, wordt informatie gegeven over wat dementie is, hoe deze aandoening kan herkend worden en wat de patiënt zelf kan doen. Er wordt een infobundel dementie meegegeven aan de patiënt/mantelzorger, want hoe beter de patiënt de ziekte begrijpt, hoe beter hij/zij er mee kan omgaan. Het gegeven 'vroegtijdige zorgplanning' (wilsbekwaamheid, wilsbeschikking, etc.) wordt ook ter sprake gebracht. Een bijkomende folder hierover wordt meegegeven zodat de patiënt/mantelzorger deze informatie kan verwerken in rustige omstandigheden.

Om deze ondersteuning ook paramedisch te kunnen aanbieden, volgden bovenstaand vermelde ergotherapeut en sociaal verpleegkundige de opleiding referentiepersoon dementie.

### **Geheugenkliniek en werkgroep**

In 2018 is gestart met een *focussed clinic* geheugen en tevens een werkgroep dementievriendelijke afdelingen geriatrie. De geheugenkliniek is een samenwerking tussen de afdelingen geriatrie, neurologie en psychiatrie. Ambulante patiënten met een geheugenprobleem kunnen naar één van deze disciplines doorverwezen worden. Het probleem wordt daar bekeken en indien nodig uitgewerkt. De patiënten en hun mantelzorger worden eveneens door de referentiepersoon dementie gezien alsook indien gewenst door de mantelzorgcoach. Voor geriatrie vindt de diagnostiek en uitwerking hoofdzakelijk plaats op het geriatrisch dagziekenhuis.

De werkgroep "Dementievriendelijke Geriatrie Afdelingen" bestaat uit een vertegenwoordiging van de hoofdverpleegkundigen, een sociaal verpleegkundige, een ergotherapeut, een referentiepersoon dementie, een geriater en de zorgzonenmanager. De werkgroep wordt begeleid door een vertegenwoordiger van het expertisecentrum Meander Dendermonde.

Reeds verschillende jaren zijn initiatieven genomen door deze werkgroep om de afdelingen dementievriendelijker te maken. Het ging voornamelijk om het geven van opleiding, het ophangen van pictogrammen en cijfers op de kasten en in de badkamer dit om de oriëntatie van de patiënten te verbeteren. Op één van de afdelingen zijn de muren en deuren in dezelfde kleur geschilderd om het weglopen te voorkomen. Er zijn foto's opgehangen van oude voorwerpen,... enz.

De werkgroep werkt op drie pijlers:

- Omgevingszorg
- Opleiding van de medewerkers
- Betrekken van mantelzorgers in de zorg voor dementerenden

Onder begeleiding van de werkgroep gebeurde een inventarisatie van de architectonische noden op de verschillende afdelingen geriatrie en het dagziekenhuis voor deze doelgroep van patiënten.

Hierbij zijn volgende prioriteiten weerhouden:

- Verder uitrollen van de pictogrammen over alle afdelingen geriatrie.
- Het werken met foto's ter hoogte van iedere patiëntenkamer.
- Het uithangen van een grote kalender op de gang en een voorstelling van het team op iedere afdeling.
- De ergotherapeuten en sociaal verpleegkundigen testen het gebruik van een moodbord.
- Er wordt gestart met vrijwilligerswerking.





- Er worden zinvolle activiteiten georganiseerd voor deze groep van patiënten.

## **Educatie rond dementie**

In samenwerking met het expertisecentrum dementie Meander Dendermonde, en met verschillende mutualiteiten, is het psycho-educatiepakket "dementie en nu" vorm gegeven en werd dit intussen drie keer aangeboden voor de regio Aalst. In overleg met het expertise centrum dementie wordt het pakket verder in de regio georganiseerd. Onze patiënten worden naar daar doorverwezen.

De verwijzing naar het psycho-educatiepakket kan o.a. gebeuren door de behandelende arts, sociaal verpleegkundige, of referentiepersoon dementie.

Dit pakket bestaat uit 2 delen waarbij in het eerste deel kennis, vaardigheden en informatie in verband met dementie uitgebreid aan bod komen. In het tweede deel worden de draagkracht en de zorglast van de omgeving van de persoon met dementie besproken. In de 10 bijeenkomsten van "dementie en nu" is er ook ruimte voor reflectie met deelgenoten over de behandelde onderwerpen. Het pakket werd ontwikkeld op initiatief van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw en de Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. De sessies gebeuren onder begeleiding van een dementiecoach. Nieuwe opstart voor groepssessies zijn gestart in april 2022. Dit pakket omvat een revalidatie-aanbod voor de persoon met dementie en biedt gelijktijdig een educatiemoment voor de mantelzorger. Het pakket omvat zes sessies van anderhalf uur en is pluridisciplinair opgezet. In 2017 zijn er vier opleidingsavonden gegeven over dementie. In 2019 werden deze aangevuld met twee volledige dagen opleiding. De opleidingsdagen zijn bijgewoond door alle medewerkers van het zorgprogramma geriatrie. De opleidingen zijn gegeven door een specialist van het expertisecentrum dementie Meander.

Er zijn informatiefolders opgesteld over verschillende topics die belangrijk zijn bij dementie. De folders worden voornamelijk meegegeven door de referentiepersoon dementie en door de sociaalverpleegkundigen bij een nieuw vastgestelde diagnose van dementie zowel op de afdelingen, de consultaties geriatrie en neurologie, het geriatrisch dagziekenhuis.

In het najaar 2019 is er gestart met het geven van infoavonden voor mantelzorgers van personen met dementie. Dit zijn multidisciplinaire avonden waar gesproken wordt door een geriater, neuroloog, psychiater, ergotherapeut, sociaal verpleegkundige (referentiepersoon dementie) en een psycholoog. In 2022 starten we op met cognitieve revalidatie

## **Procedure dementie**

Deze procedure richt zich op de huidige richtlijnen in kader van dementie binnen het ziekenhuis. Wat betreft de gehospitaliseerde patiënten wordt een opsplitsing gemaakt tussen patiënten die opgenomen zijn op de afdelingen geriatrie en patiënten opgenomen buiten de afdelingen geriatrie

Volgende zaken komen aan bod:

- Dementie op de geriatrische afdeling: gekend cognitief probleem en nieuwe cognitief probleem.
- Dementie op een niet geriatrische afdeling.
- Dementie dagziekenhuis geriatrie.
- Moeilijk hanteerbaar gedrag

[De procedure is terug te vinden op iprova.](#)



## 7. Samenwerkingsverbanden

De voornaamste doelstellingen van de functionele binding zijn:

- het optimaliseren van de patiënten/bewonersstroom
- het bevorderen van de kwaliteit van de verstrekte zorgverlening in beide instellingen
- het bevorderen van de samenwerking tussen de artsen en de andere zorgverstrekkers werkzaam in de beide instellingen
- het uitwisselen en beschikbaar stellen van gegevens
- de telefonische bereikbaarheid
- het organiseren van vorming en opleiding van medewerkers van beide partijen
- het organiseren van minimum twee overlegmomenten per jaar

Deze tabel geeft een overzicht weer van de afgesloten functionele bindingen.

De Mouterij vzw	26/06/2016
Deze haard is goud waard vzw, Zorgdorp de Pastorij	4/07/2016
WZC Ter Bake	13/09/2016
VZW Woon - en Zorgcentrum Aqua Vitae	14/09/2016
Seniorie Minneveld BVBA	14/09/2016
Seniorie Ter Minne	14/09/2016
Torkenshof VZW	13/09/2016
Residentie Maria Assumpta	1/01/1998
HEYDEVELD WOON- EN ZORGECESTRUM	1/01/2009
DILHOME NV	12/04/2011
Zorgnetwerk Trento VZW, WZC Sint-Jozef	15/10/2008
Groep van Voorzieningen Sint-Franciscus	27/10/2008
Groep van Voorzieningen Sint-Franciscus	18/07/2005
Groep van Voorzieningen Sint-Franciscus	18/02/2009
Groep van Voorzieningen Sint-Franciscus	18/02/2009
Groep van Voorzieningen Sint-Franciscus	5/01/2009
WOON- EN ZORGECESTRUM DENDERRUST VZW	2/09/2009
Woonzorgcentrum Van Lierde	27/10/2016
DE ZWALUW NV	4/11/2008
AUREA CAEPA VZW	1/08/2016
Avondzon, Erpe VZW	25/02/1988
DOMEIN CASTELMOLEN NV	1/12/2005
'T NEERHOF SERVICE NV	15/10/2008
ZORG-SAAM ZUSTERS KINDSHEID JESU VZW	15/01/1988
HERSTELOORD-RUST-EN VERZORGINGSTEHUIS MATER DEI VZW	21/03/1990
Meredal VZW	28/01/1998
Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van (OCMW) Herzele	12/01/2009
Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van (OCMW) Lede	1/12/2008



ONZE-LIEVE-VROUW MAAGD DER ARMEN VZW	1/08/2005
ANIMA VERA NV	16/10/2008
WOON EN ZORGCENTRUM SINT-VINCENTIUS VZW	22/04/1999
RVT-instellingen Dilbeek (overkoepelend)	7/05/2007
Provinciaal der Broeders van Liefde VZW	8/12/2008
Rodenbach VZW	24/04/2006
Spanjeberg VZW	3/07/2007
WZc Walfergem	22/10/2018
WZC Eyckenbosch	29/06/2018
Domein Castelmolen	22/08/2020
WZC Breugeldal	21/09/2020
WZC De Faluintjes	9/09/2020
WZC De Hopperank	9/09/2020
WZC Markizaat	21/09/2020
WZC Mijlbeke	9/09/2020
WZC St- Job	9/09/2020
WZC Sint Raphael	18/08/2020
WZC Spanjeberg	21/09/2020
WZC Strijland	22/08/2020
WZC Walfergem	18/08/2020
WZC Wilgendries Aspelare	18/08/2020
WZC Wilgendries Voorde	18/08/2020
WZC Hingeheem	08/03/2024

## 8. Vroegtijdige zorgplanning

Wij steunen de inspanningen die de residentiële sector en de 1e lijn doen om de oudere patiënt te laten nadenken over een wilsbeschikking. Hierbij neemt vroegtijdige zorgplanning een belangrijke plaats in. Opgestarte of bestaande wilsbeschikkingen worden opgenomen in het patiëntendossier. Het team wordt hiervan op de hoogte gebracht.

## 9. Kwaliteitsbeleid

### 9.1. Missie en visie op kwaliteit

“Vanuit professionalisme, respect en integriteit willen we met alle actoren van het ziekenhuis samenwerken om toonaangevend te zijn in het verstrekken van kwaliteitsvolle, patiëntveilige en patiëntgerichte zorg. Vanuit een oprechte betrokkenheid willen we aan elke patiënt die zich aanmeldt in het OLV ziekenhuis de zorg verstrekken die afgestemd is op zijn / haar individuele noden en behoeften.”



Het kwaliteitsbeleid maakt integraal deel uit van het organisatiebeleid. Een open en transparante veiligheidscultuur is **de basis** om aan veilige zorg te werken. Het garanderen van kwaliteitsvolle en veilige zorg is de verantwoordelijkheid van alle artsen en ziekenhuismedewerkers en wordt gedragen door de Raad van Bestuur en het Directiecomité, ondersteund door het Comité Patiëntveiligheid. De praktische uitwerking wordt gedragen door het departement Processen en Kwaliteit.

Het kwaliteitsbeleid wordt vertaald in het kwaliteitsbeleidsplan voor het ziekenhuis. Dit wordt voor een periode van 5 jaar opgemaakt en is geënt op de missie en visie van het ziekenhuis.

Jaarlijks krijgt het kwaliteitsbeleid een concrete vertaling in het jaaractieplan waarbij verbeterprojecten en prioriteiten op basis van verschillende elementen en wettelijke vereisten bepaald worden:

- actiepunten voortvloeiend uit de resultaten in Qlik Sense;
- input vanuit het incidentmeldsysteem, meldingen bij patiëntenrelaties en de ombudsdienst;
- input vanuit tracers, interne en externe audits en inspecties;
- input vanuit de opvolging van trends en varianties.

Essentieel om tot die informatie te komen is het meten van kwaliteit op zowel het niveau van de structuur, het proces als het resultaat en dit ziekenhuisbreed en voor alle betrokkenen (patiënt en zijn omgeving, medewerkers en artsen en externe partners). De resultaten van deze kwaliteitsindicatoren hebben als doel een objectieve beoordeling van de kwaliteitsprestatie te geven die de continue verbetering van de kwaliteit aanstuurt. Om dit mogelijk te maken worden het registreren en het opvolgen van de kwaliteitsindicatoren en de daaraan gekoppelde verbeteringsprojecten geïntegreerd in het dagelijks functioneren van het ziekenhuis.

Patiëntveiligheid wordt in het OLV Ziekenhuis gezien als een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle zorgverlening. Bij alle primaire en ondersteunende (zorg)processen moeten we aandacht hebben voor de veiligheid van de patiënt. De (zorg)processen moeten zodanig ontworpen en aangepast worden dat het optreden van incidenten zoveel als mogelijk vermeden wordt. Om dit te realiseren, is een veiligheidsmanagementsysteem geïmplementeerd.

Volgende aspecten zijn uitgebouwd:

- een positieve veiligheidscultuur;
- een ziekenhuisbreed meldsysteem;
- het analyseren en bespreken van patiëntonveilige situaties;
- een systeem voor risico-inventarisatie en analyse;
- een systeem waardoor verbetermaatregelen opgevolgd worden.

## 9.2. Structuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Het kwaliteitsbeleid wordt uitgestippeld, vorm gegeven, ontwikkeld, ondersteund, uitgevoerd en begeleid door verschillende personen op verschillende niveaus in het ziekenhuis.

### **Op individueel niveau door iedere arts en iedere medewerker**

Iedere arts en iedere medewerker draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening die hij/zij binnen zijn/haar opdracht en vanuit zijn/haar functie met de noodzakelijke competenties uitoefent.



In hun professionalisme en door integer te zijn, samen te werken en met respect voor elkaar en voor de patiënt en zijn/haar omgeving maken zij het continu streven naar een kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening mee waar.

### **Op decentraal of op micro niveau**

Op decentraal niveau krijgt het kwaliteitsbeleid vorm en wordt het ondersteund door o.a.:

- **De referentiepersonen kwaliteit en patiëntveiligheid**  
Zij vormen de verbinding tussen hun afdeling / dienst en het departement Processen en Kwaliteit. Zij dragen kwaliteit uit op de eigen afdeling / dienst in samenwerking met hun leidinggevende.
- **De medische diensthoofden / de leidinggevenden**  
De leidinggevende stuurt de referentiepersonen kwaliteit en patiëntveiligheid en de medewerkers aan, ziet toe en stuurt bij om elke dag kwaliteit en patiëntveiligheid te garanderen. De medische diensthoofden hebben samen met de directie een onderling overlegmoment en brengen deze informatie tijdens stafvergaderingen over naar hun collega-artsen.
- **De decentrale kwaliteitscoördinatoren** (vb. op radiotherapie, klinisch laboratorium en pathologische ontleedkunde)  
Zij zijn binnen hun dienst / afdeling verantwoordelijk voor het uitdragen en vertalen van het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid naar het eigen domein. Hun opdracht staat beschreven in het kwaliteitshandboek van de eigen dienst.

### **Op mesoniveau**

Op mesoniveau wordt het kwaliteitsbeleid binnen de ziekenhuisbrede werkgroepen en comités opgevolgd, zoals bv. de stuurgroep kwaliteitslabels en -erkenning. Deze werkgroepen en comités ondersteunen en adviseren zowel het centrale als het decentrale programma voor kwaliteit.

### **Het zorgdepartement en het zorgcomité**

De zorgzonenmanagers maken deel uit van het **zorgcomité**, samen met de zorgzonecoördinatoren (artsen). Het **zorgdepartement** en het zorgcomité in het bijzonder worden aangestuurd en geleid door de Medisch directeur en de Verpleegkundig en Paramedisch directeur, bijgestaan door de directeur Processen en Kwaliteit ter ondersteuning van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid.

### **De zorgondersteunende departementen**

Elke departementeel directeur is verantwoordelijk voor het uitdragen en vertalen van het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid naar de context van het eigen departement.

Elk departement streeft in zijn dagelijks functioneren naar het creëren van een veilige omgeving voor elke patiënt en zijn / haar omgeving.

### **Het departement Processen en Kwaliteit**

Het **departement Processen en Kwaliteit (P&Q)** omvat verschillende pijlers en wordt onder meer voor de ontwikkeling, implementatie en ondersteuning van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid aangestuurd door de directeur Processen en Kwaliteit.

Het departement biedt ondersteuning aan de hele organisatie om het kwaliteitsbeleid te realiseren en uit te dragen. De medewerkers hebben een divers profiel met specifieke competenties, opleiding en ervaring.



### **Centraal niveau of macro niveau**

Op centraal niveau worden de kwaliteitsdoelstellingen afgestemd op de strategische doelstellingen van het ziekenhuis. Op dit niveau wordt het kwaliteitsbeleid gefaciliteerd en opgevolgd. Dit gebeurt o.a. door de Raad van Bestuur, het Directiecomité en de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

### **Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid**

De Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid bewaakt de kwaliteit en patiëntveiligheid. Het Commissie voert beleidsvoorbereidend werk uit en adviseert en informeert het Directiecomité en de Raad van Bestuur. De Commissie is samengesteld uit een afvaardiging van de Raad van Bestuur, een afvaardiging van het Directiecomité en een afvaardiging van het departement Processen en Kwaliteit via de directeur en 2 stafmedewerkers. De voorzitter van de Commissie is een afgevaardigde van de Raad van Bestuur.

### **De directie**

De directeur Processen en Kwaliteit is de operationeel en strategisch verantwoordelijke voor het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Hij vormt de verbinding met het **Directiecomité**, aangestuurd door de Algemeen directeur, en bestaande uit meerdere directieleden met elk een eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid. De rapporteringslijnen zijn vastgelegd in het [organogram](#) van het ziekenhuis.

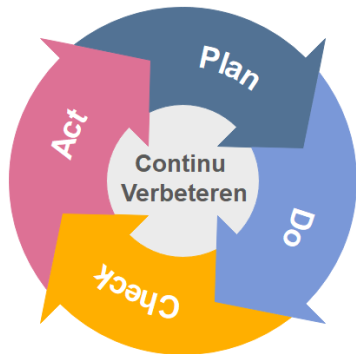
### **Raad van Bestuur (RvB)**

Het ziekenhuisbrede kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid wordt goedgekeurd door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur hecht veel belang aan kwaliteit en patiëntveiligheid. De directeur Processen en Kwaliteit brengt maandelijks rechtstreeks aan de Raad van Bestuur verslag uit over ziekenhuisbrede kwaliteitsaspecten.

## **9.3. Methodologie**

### **9.3.1. PDCA**

Voor alle verbeterprojecten wordt geadviseerd om te werken volgens de PDCA-cyclus. De praktische toepassing hiervan is de A3-methodiek waarbij de plan-fase een meer gedetailleerde invulling krijgt. Op alle afdelingen worden verbeterborden gebruikt waarop verbeterprojecten volgens de A3-methodiek/PDCA-cyclus worden uitgewerkt.



### Plan

In de planfase staat de verbetering centraal. De doelstellingen voor het proces worden SMART gedefinieerd. De resultaten moeten duidelijk geformuleerd worden.

- Probleem omschrijven, eventuele breakdown van het probleem
- Bedenken van een plan
- Doelstellingen formuleren
- Analyse maken van oorzaak-gevolg
- Bepalen van meetpunten en uitvoeren nulmeting(en)
- Formuleren van verbetervoorstellen

### Do

In de do-fase worden de geplande verbeteringen - het plan - uitgevoerd en gerealiseerd. Tijdens de uitvoering kunnen tussentijdse metingen gebeuren.

Belangrijk is om aandacht te geven aan informatie, communicatie en opleiding van de betrokkenen.

### Check

In deze controlefase worden het plan en de uitvoering beoordeeld, de bereikte resultaten vergeleken met de doelstellingen.

### Act

In de act-fase worden het plan en de uitvoering ervan bijgestuurd of worden de veranderingen geborgd.

Indien uit de testperiode blijkt dat de geplande actie effectief een verbetering van de bestaande situatie aantoon, dan wordt deze actie vertaald in een procedure. Er wordt gezorgd voor een communicatie aan alle relevante personeelsleden.

De praktische toepassing hiervan is de [A3-methodiek](#).

## 9.3.2. Evidence based werken

Door evidence based te werken willen we de meest optimale zorg verstrekken aan de patiënten.

Evidence based werken wordt binnen de organisatie gerealiseerd door:

- deelname aan bijscholingen door alle artsen. Het Belgische accreditatiesysteem voor artsen stelt hier voorwaarden aan. Elke arts is lid van een LOK (lokaal overleg kwaliteit) waar recente klinische richtlijnen aan bod komen. Het ziekenhuis organiseert op regelmatige basis vormingen voor artsen (pentalfa, eskulaap,...). Tijdens een journal club worden recente wetenschappelijke inzichten bediscussieerd.
- stagemesterschap. Binnen de medische disciplines zijn artsen erkend als stagemester waardoor artsen in opleiding binnen het ziekenhuis stage kunnen lopen.
- het ontwikkelen van klinische paden / zorgprogramma's met implementatie van best practices en Evidence Based Medicine (EBM).
- het ter beschikking stellen van een medische bibliotheek voor artsen en medewerkers zodat ze dit als informatiebron voor EBM kunnen gebruiken.
- het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek en klinische studies volgens de geldende wettelijke afspraken en onder toezicht van het Ethisch Comité. Ter ondersteuning van en in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting is een fonds opgericht voor innovatie met aandacht voor 2 domeinen:



- ondersteunen van klinisch wetenschappelijk onderzoek in alle domeinen van de gezondheidszorg
- mogelijk maken om nieuwe innovatieve technieken te ontwikkelen en/of toe te passen.
- het volgen van de wettelijke voorwaarden i.v.m. bijscholing en symposia voor bepaalde doelgroepen.
- het intern organiseren van symposia en opleidingen voor artsen en medewerkers waarbij wetenschappelijk relevante onderwerpen aan bod komen (vb. avondsymposium en symposia kwaliteitsweek).
- deelname aan diverse interne commissies en comités (o.a. Medisch Farmaceutisch Comité en het Comité Medisch Materiaal) door de directeur Processen en Kwaliteit, zodat bij beslissingen over medische materialen het kwaliteitsaspect en klinische richtlijnen opgenomen worden. (zie "[Overleg-, beslissings- en adviesorganen OLV](#)")

### 9.3.3. Van data naar verbetering

Data worden verzameld, geanalyseerd en gevalideerd. Met deze data worden indicatoren bepaald en trends opgevolgd. Door deze te visualiseren en te analyseren wordt bruikbare informatie verkregen om opportuniteiten voor verbeteringen te identificeren en beslissingen te nemen.

#### *Verzamelen en analyseren van data*

Het verzamelen en analyseren van data is een belangrijk element om de visie en de missie te realiseren, de vooropgestelde doelstellingen te behalen en om het beleid te ondersteunen in het nemen van kwaliteitsvolle, onderbouwde beslissingen om strategie, aanbod van zorg, kwaliteit van zorg, enz. te sturen.

De data die gebruikt worden, kunnen zowel eigen verwerkte data zijn als data die door derden verwerkt en teruggekoppeld worden door bijvoorbeeld de overheid, samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen, enz.

De frequentie waarmee deze data verzameld en geanalyseerd worden, is afhankelijk van het type data.

Continue dataverzameling zal eerder op korte termijn opgevolgd worden (vb. aantal opnames per maand), terwijl de registratie van kwaliteitsindicatoren die eenmaal per jaar verzameld worden, redelijkerwijs slechts eenmaal per jaar verwerkt en opgevolgd worden.

De anonimiteit van de patiënten moet gewaarborgd blijven bij het verwerken en voorstellen van de resultaten, zoals vastgelegd in de [GDPR wetgeving van 25 mei 2018](#). Deze wetgeving is eveneens van toepassing op persoonsgegevens bij klinische studies, verwerking van MKG-gegevens en Vg-MZG-gegevens.

De informatie wordt zoveel als mogelijk visueel voorgesteld. Afhankelijk van de informatie worden trends meegegeven, vergelijkingen met benchmark, targets, enz.

Om de data op een gestructureerde manier te beheren/structureren/verwerken is er een databeleid uitgewerkt.

De verkregen data worden gevalideerd. Datavalidatie is een intern proces waarbij de juistheid en volledigheid van de meetdata gecontroleerd wordt.

De doelstelling van interne datavalidatie is om de kwaliteit van data en informatie te kunnen waarborgen voor alle aangeleverde informatie die intern of extern aangeboden wordt.





### *Indicatoren*

Binnen het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis ligt de nadruk op het voortdurend verbeteren en het waarborgen van de kwaliteit en patiëntveiligheid.

Hiertoe willen we op verschillende manieren een getrouw beeld krijgen van de kwaliteit van onze zorg. Dit doen we door het uitvoeren van tracers, veiligheidsrondes, maar ook door het opvolgen van indicatoren. We streven ernaar een zo ruim mogelijk beeld te krijgen van de kwaliteit in het ziekenhuis en daarom volgen we indicatoren op verschillende niveaus.

In het kader van de afdelingsgebonden kwaliteitsprojecten volgen de afdelingen indicatoren op op afdelingsniveau. Ze werken verbeterprojecten uit en meten indicatoren om de verbeteringen op te volgen. Ook medische disciplines volgen indicatoren op die tijdens de strategische besprekingen aan bod komen. Op ziekenhuisbreed niveau zijn er verschillende indicatoren die we opvolgen en doorsturen naar externe initiatieven. Dit heeft als groot voordeel dat we onze cijfers kunnen vergelijken met anderen en zo onszelf kunnen positioneren tegenover de Vlaamse / nationale ziekenhuizen.

Het OLV Ziekenhuis verzamelt gegevens voor de indicatoren die zijn opgelegd door de FRKVA, namelijk decubitus, voeding-ondervoeding, vrijheidsbeperkende maatregelen en pijn. De gegevens worden jaarlijks overgemaakt aan de bevoegde instantie bij de FOD. Hiervan krijgen we echter geen feedback op ziekenhuisniveau. Het algemeen activiteitenrapport kan geraadpleegd worden op <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/>.

We participeren ook aan het indicatoren initiatief van de VznKul. Het departement Processen en Kwaliteit zorgt voor de opvolging van de verpleegkundige indicatoren. Hiervoor verzamelen we gegevens over valincidenten, decubitus, pijn, patiëntenidentificatie. De resultaten kunnen we raadplegen op [www.vznkul.be](http://www.vznkul.be) en worden teruggekoppeld via OLV Connect en QlikSense.

Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>) meet de kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het is een samenwerking tussen *Zorg en Gezondheid*, de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en de ziekenhuiskoepel Zorgnet-Icuro. Met de indicatoren wil de Vlaamse overheid samen met de sector de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen in beeld brengen en opportuniteiten voor verbetering zichtbaar maken. De informatie kan enerzijds gebruikt worden door de deelnemende ziekenhuizen zelf om de vinger aan de pols te houden en continu aan kwaliteitsverbetering te werken. Anderzijds helpt deze informatie ook de patiënt om, in overleg met zijn arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis.

De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Dit betreft dan indicatoren in de domeinen van cardiologie, orthopedie, oncologie, moeder en kind, patiënten ervaringen, beroertezorg en alle indicatoren van het ziekenhuisbreed domein, namelijk ongeplande heropnames, medicatieveiligheid, incidentie van MRSA-sepsis, handhygiëne, patiëntidentificatie en veilige heekunde. De indicatoren van sommige domeinen zijn nog in ontwikkeling, in de test- of validatiefase. Voor de meeste domeinen worden wel al gegevens verzameld voor de indicatoren en zijn de resultaten gekend.

Het OLV Ziekenhuis heeft ervoor gekozen om te participeren aan alle domeinen van het VIP<sup>2</sup>-project voor de algemene ziekenhuizen en om transparant te zijn over de resultaten. Alle resultaten worden gepubliceerd op de website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) die door de Vlaamse overheid ontwikkeld werd. Op deze website wordt niet enkel het resultaat van het eigen ziekenhuis weergegeven, er kan tevens een vergelijking gemaakt worden met andere ziekenhuizen.



## Informatie

Om tot bruikbare informatie te komen, worden data op verschillende manieren gevisualiseerd.

### Activiteitsbarometer op ziekenhuisniveau

In de activiteitsbarometer wordt een aantal activiteiten en prestaties gevisualiseerd zoals aantal opnames, bedbezetting, operatieve ingrepen, forfaits en honoraria,... De parameters die opgevolgd worden voor de activiteitsbarometer worden bepaald door het Directiecomité, eventueel op aangeven van de BIC.

De cijfers worden op regelmatige basis geheel of gedeeltelijk besproken op Zorgcomité, Directiecomité, de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid en Raad van Bestuur.



### QlikSense

Sinds 2018 werd een nieuwe software geïmplementeerd voor een betere visualisatie en groter gebruiksgemak voor de eindgebruikers. Deze software laat toe om automatisch te koppelen met gegevensbestanden zoals de patiëntadministratie. Daarnaast blijft het mogelijk om gegevens manueel op te laden.

Indicatoren rond vallen, decubitus en vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen via dit dynamisch dashboard van nabij opgevolgd worden zodat gerichte verbeteracties geformuleerd kunnen worden. De activiteitsbarometer werd eveneens opgenomen in QlikSense.

### Specialisme-dashboards voor artsen

Zowel cijfers over activiteiten als kwaliteitsindicatoren worden beschikbaar gesteld aan de artsen in rapporten per specialisme.



Op de jaarlijkse strategische besprekingen met de artsen (per specialisme) worden de cijfers van het specialisme besproken, zowel naar activiteit als naar kwaliteitsparameters. De artsen worden uitgenodigd om jaarlijks minimaal 1 kwaliteitsparameter op te volgen.

### **Afdelingsrapporten voor verpleegafdelingen**

Zowel cijfers over activiteiten als kwaliteitsparameters worden beschikbaar gesteld aan de verpleegafdelingen. Op vraag van de verpleegafdeling kunnen deze rapporten aangevuld worden met cijfers van eigen, lokale verbeterprojecten.

### **Stakeholders**

De geaggregeerde informatie wordt beschikbaar gesteld voor Raad van Bestuur, directie, artsen, zorgzonenmanagers en zorgafdelingen.

Gezien de data ook gebruikt worden voor kwaliteitssturing, is er een nauwe samenwerking met de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid en met het departement Processen en Kwaliteit.

Het departement Processen en Kwaliteit zal kwaliteitsindicatoren verzamelen, verwerken, analyseren en valideren en deze data doorgeven aan de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

Afhankelijk van de vraag en het onderwerp, en na validatie en goedkeuring, kunnen data ook beschikbaar gesteld worden aan anderen, inclusief de data die gepubliceerd worden ten behoeve van patiënten en hun omgeving.

### **Benchmarking**

Binnen het ziekenhuisnetwerk VznKul wordt de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) via statistische berekeningen aangeleverd per ziekenhuis. Door middel van benchmarking is het mogelijk om de positie van het ziekenhuis t.o.v. andere deelnemende ziekenhuizen op te volgen. Er is voor meerdere data benchmarking mogelijk, nl. voor data aangeleverd aan het VznKul, VIP<sup>2</sup>, 3M,...

De door de overheid verplichte dataverzameling wordt vanzelfsprekend aangeleverd zoals bepaald door de overheid.

De data-uitwisseling in het kader van samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen, wordt eveneens uitgevoerd zodat benchmarking met andere ziekenhuizen mogelijk wordt.

Alle data die het ziekenhuis verlaten, worden opgelijst in het [meet- en evaluatieplan](#). Dit plan voorziet duidelijkheid over de bron van de gegevens (steeds dezelfde bron voor dezelfde gegevens), wie verantwoordelijk is voor verzameling van de gegevens en welke departementale directeur de goedkeuring geeft om de gegevens extern te laten vertrekken.

### *Verbeterprojecten*

Kwaliteit van de zorg- en dienstverlening wordt zichtbaar gemaakt door middel van kwaliteitsmetingen en indicatoren. De informatie van de gegevensanalyse geeft een mogelijke aanwijzing over de mate van kwaliteit van een aspect van de zorg- en dienstverlening.

### **Verbeterinitiatieven dienst- en/of departement overschrijdend**

Indicatoren, incidenten en klachten van patiënten en familieleden kunnen aanleiding geven tot het starten van verbetertrajecten.



Het Directiecomité, de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid, de departementen, de diensten en afdelingen kunnen steeds het initiatief nemen om verbeterprojecten op te starten, mits deze goedgekeurd worden en de projecten de PDCA-cyclus doorlopen.

Feedback van de projecten die dienst- en/of departement overschrijdend zijn, wordt gegeven aan de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid en het Directiecomité en staat ter beschikking van de Raad van Bestuur. Hiervoor wordt QlikSense gebruikt.

### **Lokale verbeterinitiatieven**

Lokaal op afdelingen en diensten worden verbeterinitiatieven uitgewerkt volgens de PDCA-cyclus en hiervoor wordt de A3-methodiek gebruikt. Specifiek voor afdelingen waar patiëntenzorg verleend wordt, wordt jaarlijks een afdelingsbeleidsplan opgesteld met daarin minstens één onderwerp om te verbeteren. Dit onderwerp moet passen binnen de ziekenhuisbrede kwaliteitsprioriteiten en wordt eveneens uitgewerkt aan de hand van de A3 methodiek. Elk project wordt gedocumenteerd en resultaten worden aangetoond om de evolutie te kunnen opvolgen.

### **Kwaliteitsopvolging**

Het departement Processen en Kwaliteit centraliseert verbeterprojecten in een register zodat op permanente basis kan aangetoond worden welke verbeterlagen het ziekenhuis heeft gemaakt op het vlak van kwaliteit. Dit wordt opgevolgd door de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid, het Directiecomité en de Raad van Bestuur.

Het departement Processen en Kwaliteit volgt de verbeterprojecten op, ondersteunt de diensten en gaat na of de geplande verbeteringen effectief opgevolgd worden. Om ervoor te zorgen dat de verbetering wordt behouden, worden de gegevens doorlopend geanalyseerd. Het systematisch herhalen van de cyclus leidt tot continue verbetering van de resultaten. Het zorgt daarmee voor zowel kwaliteitsverbetering als kwaliteitsborging.

De verbeterprojecten (indicatoren, verbeteracties, resultaten) worden duidelijk visueel voorgesteld op de afdelingen zodat iedere medewerker geïnformeerd is en kan bijdragen aan het verbetertraject. Hiervoor worden verbeterborden gebruikt.

### *Risicobeheer*

#### ***Risicomangement***

Het programma voor risicobeheer of risicomangement in het OLV Ziekenhuis heeft als doel om onverwachte, nadelige gebeurtenissen en andere veiligheidsrisico's voor patiënten, artsen en medewerkers te identificeren en proactief te voorkomen of te verminderen.

Hiertoe worden risico's geïnventariseerd en per risico wordt het risiconiveau bepaald (ernst en frequentie van voorkomen). Dit geeft aan wat prioritair verder dient geanalyseerd te worden om tegenmaatregelen te bepalen om deze risico's te verkleinen.

#### ***Risicoanalyse***

Om analyse van risico's die als prioriteit beschouwd worden, uit te voeren, wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van de HFMEA-methode. Health Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA) is een analyse



(bottom-up) om risico's in processen te identificeren, te analyseren en te beoordelen. Vervolgens wordt bepaald welke maatregelen moeten genomen worden om de risico's af te dekken. Een andere methode die gebruikt wordt, is de Hazard Vulnerability analysis (HVA).

### 9.3.4. Tools

De instrumenten die gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbeteringen zijn terug te vinden in het document "[Instrumenten voor kwaliteitsverbetering](#)".

#### *5S*

5S is een methode om een goed georganiseerde, opgeruimde en overzichtelijke afdeling te bekomen. Hierdoor nemen de veiligheid en efficiëntie toe. 5S refereert naar vijf (Japanse) woorden die een gestandaardiseerde "schoonmaak" beschrijven van de werkomgeving in 5 stappen, nl. scheiden, sorteren, schoonmaken, standaardiseren en systematiseren. Meer gedetailleerde uitleg: het [draaiboek 5S](#).

#### *A3*

De A3 methodiek is de praktische toepassing van de PDCA-cyclus en is een instrument om in 10 stappen een verbeterinitiatief op een gestructureerde en onderbouwde manier uit te werken. De planfase krijgt hierdoor een meer gedetailleerde invulling.

#### *12 stappenplan*

Voor kwaliteitsprojecten op een breder niveau dan louter lokale processen, wordt het 12-stappenplan gebruikt, eveneens gebaseerd op de principes van PDCA.

#### *OLV Projectmethodologie*

Voor kwaliteitsprojecten met een grote voorziene impact of kost, waarbij goed projectmanagement is vereist, wordt de uitgebreide OLV projectmethodologie gebruikt.

### 9.3.5. Melden van incidenten

Het OLV Ziekenhuis ziet het als prioriteit om erover te waken dat elke patiënt op elk moment veilige zorg in een veilige omgeving krijgt toegediend, afgestemd op de individuele noden en behoeften.

Elke medewerker en arts in het ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid om alle incidenten en bijna-incidenten die worden opgemerkt in het meldsysteem te rapporteren en dit in kader van:

- continue verbetering van kwaliteit (van zorg / dienstverlening) en patiëntveiligheid,



- volledig in kaart kunnen brengen van alle patiëntonveilige situaties,
- leren uit (bijna-)incidenten,
- opsporen en herstellen van systeemfouten,
- aanmoedigen van patiëntveiligheidscultuur,
- verhogen van de betrokkenheid van de medewerkers en artsen.

Verdere uitleg over het melden van incidenten en sentinel events staat in de procedure "[Incidentmeldsysteem, melden en analyseren van \(bijna-\)incidenten](#)" en de procedure over "[sentinel event](#)".

## 9.4. Communicatie en opleiding over het kwaliteitsbeleid

In het ziekenhuis zijn meerdere communicatiekanalen voorhanden om te communiceren over kwaliteit en patiëntveiligheid.

### Jaaractieplan

Jaarlijks wordt het [jaaractieplan](#) door het departement Processen en Kwaliteit onder leiding van de directeur Processen en Kwaliteit opgemaakt, geëvalueerd, bijgestuurd en gepubliceerd.

In het jaaractieplan worden de kwaliteitsprioriteiten toegelicht en staan de ziekenhuisbrede kwaliteitsprojecten voor dat jaar beschreven. Het jaaractieplan is afgestemd op de strategische doelstellingen van de organisatie en past binnen de lange termijnplanning, namelijk het kwaliteitsbeleidsplan.

Het jaaractieplan wordt afgetoetst aan de ziekenhuisbrede strategie, gebaseerd op de missie en visie van het ziekenhuis en wordt voorgelegd aan de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid, het Directiecomité en de Raad van Bestuur.

### Jaarverslag

In dezelfde periode verschijnt het [jaarverslag](#) van het departement Processen en Kwaliteit met een toelichting over de afgewerkte en onafgewerkte kwaliteitsprojecten van het voorgaande jaar. Het jaarverslag is een weergave van de verwezenlijkingen van het afgelopen jaar waar de doelstellingen van het jaaractieplan worden geëvalueerd en beschreven.

### Gestructureerd overleg

Periodiek wordt een update gegeven over kwaliteit en patiëntveiligheid tijdens het overleg van de Raad van Bestuur, het Directiecomité, het Zorgcomité, de Medische Raad, de stuurgroep kwaliteitslabels en -erkenning, de trekkers van de zorg en tijdens ieder overleg voor de medische diensthoofden, de hoofdverpleegkundigen, de verantwoordelijken van de medische secretariaten en Connect@work (voor alle leidinggevenden, stafmedewerkers en medische diensthoofden van het ziekenhuis) staat een update over kwaliteit en patiëntveiligheid geagendeerd.

Via dienstvergaderingen, stafvergaderingen en werkvergaderingen worden artsen en medewerkers geïnformeerd over lopende kwaliteitsprojecten en nieuwe kwaliteitsissues.

### Ziekenhuisbrede communicatie



Via periodieke nieuwsbrieven worden alle artsen en medewerkers op de hoogte gebracht van nieuwe of gewijzigde projecten, procedures, werkwijzen, ..

Via de Kortsluiter, de Bijsluiter, de Kwaliteitskrant, emailberichten, nieuwsberichten op intranet en specifieke linken op het intranet worden alle artsen en medewerkers geïnformeerd over gangbare kwaliteitsissues.

Het ziekenhuis maakt ook gebruik van postercampagnes en een rolkrant om zoveel mogelijk personen te informeren, ook patiënten en bezoekers.

Elke arts en medewerker van het ziekenhuis krijgt een "[gids voor veilige zorg](#)" die dient als handvat bij het dagelijks werken aan kwaliteitsvolle zorg en dienstverlening.

### **Kwaliteitsweek**

Jaarlijks wordt een kwaliteitsweek georganiseerd waarbij zowel voor artsen en medewerkers als voor patiënten workshops en vormingen georganiseerd worden.

Het startschot van de kwaliteitsweek is een avondsymposium waar een interessant en actueel kwaliteitstopic door meerdere sprekers vanuit verschillende invalshoeken toegelicht wordt, gevolgd door een panelgesprek met debat.

Tijdens de kwaliteitsweek van 2022 werd een posterbeurs georganiseerd om Kwaliteit en Patiëntveiligheid in de kijker te zetten.

### **Opleidingsdagen nieuwe artsen en medewerkers**

Tijdens de maandelijkse opleidingsdagen voor nieuwe artsen en medewerkers wordt het kwaliteitsbeleid in het OLV toegelicht. Verder komen ook enkele patiëntveiligheidsissues aan bod.

### **Overige opleidingen**

Op vraag of volgens noodzaak worden opleidingen georganiseerd over uiteenlopende kwaliteitsonderwerpen of -methoden.

## **9.5. Opleiding medewerkers zorgprogramma**

Sinds 2010 worden er jaarlijks opleidingsdagen of avonden aangeboden vanuit de dienst geriatrie, dit voor alle medewerkers van het zorgprogramma geriatrie. Ook de WZC, scholen en ziekenhuizen uit het denderbekken worden uitgenodigd.

Verpleegkundigen dienen 15u bijscholing per jaar te volgen.

In 2018 is er een opleidingsdag rond verschillende geriatrische thema's georganiseerd. De opleidingsdag is samen met AZ Sint Blasius Dendermonde georganiseerd. Deze opleidingsdag is twee keer aangeboden dit om alle medewerkers de mogelijkheid te geven om deel te nemen.

In 2019 zijn er twee opleidingsdagen georganiseerd geweest over het thema geheugen. Deze dagen zijn twee keer aangeboden geweest.

In 2020 was het thema van de opleidingsdag decubitus. Bedoeling was om de dag tweemaal aan te bieden. De tweede dag is omwille van covid aangeboden in 2021.

In 2021 worden er weer 2 dagen aangeboden deze dagen worden opgebouwd rond een casus slikproblematiek bij een geriatrische patiënt waarbij men dieper ingaat op dnr codering, maaltijdbegeleiding, sondevoeding en tpn, slechtnieuwsgesprek en pletmedicatie. In 2022 kaderde de opleidingsdag rond het



geriatisch handboek met informatie rond delier, vallen, dementie, ziekenhuishygiëne, ondermisbehandeling en fixatie. In 2023 zal de opleiding kaderen in een casus rond vallen/breuken/mobilisatie, ... Eens verpleegkundigen ingewerkt zijn krijgen zij de kans op de opleiding voor BBT of BBK te volgen. In de toekomst zal dit het volgen van het postgraduaat zijn.

Twee keer per jaar krijgen de zorgkundigen een interne opleiding van 4 uur waar relevante onderwerpen en kwaliteitsonderwerpen aan bod komen.

Nieuwe medewerkers gaan naar de opleiding van de nieuwe medewerkers. Zij krijgen een map met informatie voor de nieuwe medewerkers. De onthaaldagen worden iedere eerste en tweede werkdag van de maand georganiseerd voor alle medewerkers.

De nieuwe medewerkers worden verder op de afdelingen en diensten opgeleid. Er wordt gewerkt met meter/peterschap.

Voor de artsen en leidinggevenden wordt minimum één kwaliteitsavond per jaar georganiseerd. Referentieverpleegkundigen kwaliteit krijgen drie keer per jaar een halve dag opleiding.

De artsen geven opleiding in de opleiding verpleegkunde. Zij nemen deel aan verschillende bijscholingen en LOC vergaderingen.

De gerieters zijn allen geaccrediteerd. Dit betekent dat ze zich regelmatig bijscholen en op regelmatige basis de LOK vergaderingen volgen. Over een referentieperiode van 12 maanden moet de specialist 20 CP verwerven. In de 20 CP moeten verplicht 3 CP in de rubriek ethiek en economie en twee deelnemingen aan de LOK worden verworven. Over de referentieperiode van 12 maanden moet de arts deelnemen aan ten minste twee vergaderingen van de LOK (lokale kwaliteitsgroep "Peer review") waarbij hij is ingeschreven.

Binnen het zorgprogramma van geriatrie lopen ook studenten van verschillende opleidingen stage. Aan de studenten verpleegkunde wordt gevraagd om op het einde van hun stageperiode de CLES en de CLEI in te vullen. Dit zijn instrumenten voor het beoordelen van de stageplaats. Jaarlijks krijgen de betrokken afdelingen een rapport met de verwerkte resultaten. De resultaten worden besproken op werkvergaderingen. Indien nodig kan op basis van de resultaten een verbeterproject worden opgestart.

## **10. Kwaliteitsopvolging en borging**

### **10.1. Afdelingsbeleidsplannen**

Iedere verpleegafdeling stelt sinds 2017 jaarlijks een afdelingsbeleidsplan op, waarin een aantal concrete doelstellingen worden gedefinieerd. Deze doelstellingen worden aan de hand van verbeterprojecten uitgewerkt.

*Beleidsplannen 2017:* Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse

*Beleidsplannen 2018:* Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse

*Beleidsplannen 2019:* Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse





Beleidsplannen 2020: Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse  
 Beleidsplannen 2021: Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse  
 Beleidsplannen 2022: Ve geriatrie 1, Ve geriatrie 2, Ve geriatrie Asse

## 10.2. Verbeterprojecten afdelingen geriatrie

Na analyse van incidenten en op geleide van nieuwe inzichten m.b.t. kwaliteitsverbetering worden, waar zinvol, verbeterprojecten en/of verbeterinitiatieven geïnitieerd met als doel de geïdentificeerde verbeteringen structureel te verankeren.

De dienst afdelingen geriatrie voerden reeds belangrijke verbeterprojecten uit.

Bijkomende voorbeelden van uitgewerkte kwaliteitsprojecten per afdeling/dienst kunnen geraadpleegd worden via de dienstenpagina van de afdeling of via het overzicht van de kwaliteitsprojecten in het iProva platform of via de per afdeling uitgewerkte afdelingsbeleidsplannen.

## 10.3. Kwaliteitsprojecten op de afdelingen geriatrie

Datum	Titel	Beschrijving	Status	Prioriteitsdomein
<b>Ve geriatrie Asse</b>				
2018	Zorgstructuur afdeling geriatrie Asse	Optimaliseren organisatie van de zorg op afdeling	Afgewerkt	Zorg voor de patiënt
2018	EWS	Correcte uitvoering EWS procedure		Zorg voor de patiënt
2018	Updaten informatiebrochures	Updaten brochures voor patiënten, studenten en medewerkers	Afgewerkt	Zorg voor de patiënt
2019	Organisatie	Structureren onderhoudstaken afdeling	Afgewerkt	Veilige zorgomgeving
2019	Optimaliseren 5S	5S is een methode om een goed georganiseerde, opgeruimde en overzichtelijke afdeling te bekomen. De veiligheid en efficiëntie nemen hierdoor toe	Afgewerkt	Veilige zorgomgeving
2019	Zorgleidraad laatste levensfase	Structureren van zorg, zorgplan, informatie en patiëntenbrochures	Lopende	Zorg voor patiënt
2020-2021	Nazorg bij de patiënt	Aandacht voor nazorg bij de patiënt	Opvolging	Zorg voor patiënt
2020-2021	Project decubitus	Project rond materiaal, kennis, registratie + opleidingsdag	Opvolging	Zorg voor patiënt
2020-2021	Katheterzorg	Correct wisselen leidingen, verband, registratie	Opvolging	Zorg voor patiënt
2020-2021	Bedside briefing		Opvolging	Zorg voor patiënt
2021-2022	Openingsdatum medicatie / materiaal	Aanduiden openingsdatum multidosispreparaten	Gestart	
2021-2022	Materiaal patiënt	Inventariseren eigen materiaal patiënt, vermijden achterblijven materiaal (e-ID, kledij, ....)	Op te starten	



<b>2021-2022</b>	Fixatie	Sensibilisatie procedure fixatie, metingen rond gebruik, tijdig stoppen, controles per uur	Gestart	
<b>2023 - 24</b>	<b>Spreekuur artsen</b>	<b>Vast spreekuur waarbij familie/ mantelzorgers de behandelende arts kan spreken</b>	<b>gestart</b>	
<b>2023 - 24</b>	Pictogram comfortbeleid	Visualiseren van een comfortbeleid op de afdeling voor iedere ziekenhuismedewerker	gestart	
<b>2023 - 24</b>	Multidosepreparaten en Hoog risicomedicatie	Labelen van preparaten	gestart	
<b>2023 - 24</b>	Infectiepreventie bij katheters	Gebruik rode afsluitdop	Gestart	
<b>Ve geriatrie 2 Aalst</b>				
<b>2018</b>	Retour apotheek	Retours apotheek: aanpassen medicatievoorschriften en voorschrijfgedrag	Afgewerkt	Zorg voor patiënt
<b>2018</b>	Verloren voorwerpen	Verminderen verloren kledij: implementatie witte zak	Afgewerkt	Zorg voor patiënt
<b>2019</b>	Pictogrammen	Uitbreiden systeem van pictogrammen	Afgewerkt	Veilige zorgomgeving
<b>2019</b>	Transfusiebeleid	Toedienen transfusie gedurende dag	Afgewerkt	Veilige zorgomgeving
<b>2024</b>	<b>Bedside controle</b>	<b>Controlelijst met focus op decubitus en valpreventie</b>	<b> bezig</b>	
<b>2024</b>	<b>Denktank</b> Denktank <b>opstart</b>	Opstart van denktank ikv opnemen nieuwe verbeterprojecten	Bezig	
<b>2024</b>	Mondhygiëne bij geriatrische zorgvrager	Mondhygiëne	Bezig	
<b>Ve geriatrie 1 Aalst</b>				
<b>2018-2020</b>	Patiëntendossier	Correct invullen patiëntendossier	Lopende	Zorg voor patiënt
<b>2019</b>	Zorgleidraad laatste levensfase	Structureren van zorg, zorgplan, informatie en patiëntenbrochures	Afgewerkt	Zorg voor patiënt
<b>2021</b>	Studenten	Uitwerking team mentoren en studentenbegeleiding	Gestart	
<b>2021</b>	Ziekenhuishygiëne	Correct gebruik bedpannen en waskommen	Gestart	

## Leerwerkplaats.

Sinds 2011 wordt jaarlijks op de afdeling geriatrie D2 een leerwerkplaats georganiseerd. Gedurende een aantal weken nemen een aantal studenten een deel van de afdeling over onder de supervisie van het team van de afdeling geriatrie. Omwille van covid is de leerwerkplaats 2020 geannuleerd. 2021 is doorgedaan. In 2021 is voor de eerste keer op D1 een leerwerkplaats georganiseerd.

## Project klinische farmacie

Vanuit de apotheek is een project klinische farmacie opgestart op de verpleegafdeling geriatrie D2. Dit project past binnen de pijler patiëntveiligheid en is er op gericht om veilig medicatie toe te dienen. Back-office (apothek) is ere en voorbereiding nieuwe opnames.

- \* check reconciliatie thuismedicatie
- \* check geneesmiddelinteracties
- \* check dosisaanpassingen ifv afwijkende labwaarden (nier/lever/kalium)



- \* check TDM (therapeutic drug monitoring) indien van toepassing
- \* check underuse/misuse/overuse van medicatie

Front-office (MDO) wordt er advies m.b.t. bovenstaande mondeling doorgeven aan arts op wekelijks overleg en gebeurt een snelle check van de medicatieschema/labo van de patiënten.

## 10.4. Ziekenhuisbrede initiatieven

### Opstart BSB (Bedside Briefing)

BSB is het rapporteren van patiënt gerelateerde informatie tijdens de shiftwissel tussen verpleegkundigen en dit op een systematische manier volgens de ISBAR methodiek. Een bedside briefing is de overdracht van informatie tussen zorgverleners aan het bed van de patiënt. In deze methode staat de patiënt centraal. De patiënt (en zijn familie) zijn mee betrokken in het zorgproces en spelen daarin een meer actieve rol. Deze wijze van briefing wordt geïmplementeerd doorheen het hele OLV Ziekenhuis (2018-2019). De diensten geriatrie op campus Aalst zijn hiermee opgestart in 2019. Begin 2020 is gestart op de afdeling ve geriatrie campus Asse.

BSB

- o Betrekken van de patiënt en de voornaamste mantelzorger in het volledige zorgproces
- o Standaardiseren van de communicatie tussen zorgverleners via ISBAR
- o Benutten van aanwezige digitale ondersteuning

Concept Safety briefing:

- o Duurtijd: 15 min – te gebruiken bij overdracht tussen N en V en A en N
- o Mondelinge toelichting van de echte aandachtspunten
- o Het gebruik van het Medisch Verpleegkundig Overzicht (MVO terug te vinden onder werkljsten)

Concept bedside briefing:

- o Duurtijd: 3 min/patiënt – te gebruiken bij overdracht van V naar A
- o Algemene aandachtspunten door leidinggevende of verantwoordelijke in de verpleegpost, gevolgd door bedside briefing per team
- o Voorstelling van jezelf en controle zorgbandje
- o Via ISBAR en met behulp van dashboard overdracht in de kamer
- o Controle van perfusie, sonde, wondzorg,... door collega met avonddienst
- o Navraag bij patiënt / mantelzorger of alles begrepen is en of er nog vragen zijn

### Opstart EMV (elektronisch medisch voorschrift)

Sedert begin 2018 wordt in het ziekenhuis het elektronisch medicatievoorschrift (EMV) gefaseerd geïmplementeerd, wat inhoudt dat medicatievoorschriften en –toedieningen in het KWS worden geregistreerd. Alle afdelingen geriatrie zijn hiermee opgestart. Vanaf dat ogenblik zal alle medicatie, die tijdens de patiënt zijn verblijf wordt toegediend, digitaal in het KWS geregistreerd en gevalideerd worden. Ook de bestelling en levering, gekoppeld aan dit systeem, zal vanaf heden veel efficiënter en veiliger



verlopen. De manuele voorschriften op papier verdwijnen met deze flow volledig. In 2022 zijn we hierin verder uitgerold naar het automatisch voorschrijven. Medicatie wordt na order van de arts nu geleverd door apotheek. Als verpleegkundige hoef je geen aparte bestelling van je medicatie meer uit te voeren. Ook het voorschrijven van zorgproducten (wondzorgmateriaal) verloopt nu digitaal.

### **Opstart van ordercom (elektronische ordering van KWS)**

Sedert 2019 wordt in het ziekenhuis het elektronisch order (KWS) gefaseerd geïmplementeerd, wat inhoudt dat orders in het KWS worden geregistreerd. Alle afdelingen geriatrie zijn hiermee opgestart.

### **Opstart labo aanvraag (elektronisch in KWS)**

sedert 2021 wordt in het ziekenhuis de elektronische labo aanvraag gefaseerd geïmplementeerd. Dit houdt in dat de labo aanvragen voor de geplande aanvragen via het KWS kunnen gebeuren.

### **Informatiematerialen voor patiënten (initiatieven, informatiebrochures en folders)**

We hechten veel belang aan een goede communicatie en interactie met de patiënten en hun naasten. Vanuit de jaarlijkse bevestigingen van de patiënten in kader van VIP<sup>2</sup> over hun ervaringen, blijkt dat er ruimte voor verbetering is op de verschillende items i.v.m. communicatie en informatie aan de patiënten. Omwille hiervan hebben we gewerkt aan toegankelijke informatie voor patiënten o.a. onder vorm van geüniformiseerde informatiebrochures binnen het zorgprogramma geriatrie.

Het directe contact tussen artsen en verpleegkundigen aan de ene kant en de patiënten en hun naasten aan de andere kant blijft evenwel prioritair. Doorheen het volledige zorgproces worden patiënten en hun naasten geïnformeerd over: hun gezondheidsprobleem, de mogelijke behandelingsopties, hun gezondheidstoestand tijdens de behandeling, het revalidatieproces en het vervolg hierop. De arts speelt hierbij een cruciale rol, bijgestaan door alle medewerkers van het multidisciplinaire team.

Indien de communicatie met de patiënt moeilijk verloopt, dan wordt dit in het patiëntendossier genoteerd en besproken tijdens de dagelijkse artsenbespreking. In eerste instantie wordt gezocht om dit via een directe communicatie op te lossen. Als dat niet haalbaar is, kan de dienst patiëntrelaties worden ingeschakeld. Het ziekenhuis informeert patiënten en naasten via tal van kanalen over de beschikbaarheid van deze optie.

De betrokken diensten werken regelmatig mee aan initiatieven zoals de week van de oudere zorgvrager en de week van de valpreventie.

Aanvullend en ondersteunend op het directe contact tussen artsen, medewerkers en patiënten zijn informatiefolders voor de patiënten ter beschikking. Wij vermelden hieronder een aantal informatiefolders uit het aanbod aan patiënten informatie dat binnen het zorgprogramma geriatrie worden gebruikt.

- [Informatiebrochure voor patiënten](#)
- [Infobrochure geriatrisch dagziekenhuis](#)
- [Informatiebrochure vallen](#)
- [Informatiebrochure orthostatische hypotensie](#)
- [Informatiebrochure veilig schoeisel](#)
- [Informatiebrochure hulpmiddelen patiënt](#)
- [Informatiebrochure alternatieven beker met opzettuit.](#)
- [Informatiebrochure fixatie](#)



- [Informatiebrochure delier](#)
- Informatiebrochures zorgleidendraad laatste levensdagen:
  - [Een dierbare verliezen](#)
  - [stervensfase](#)

De brochures zijn opgesteld in een groot lettertype aangepast aan noden van de geriatrische patiënten.



## 10.5. Indicatoren

Om gericht opportuniteiten voor verbetering te kunnen identificeren, moeten we meten aan de hand van valide indicatoren.

Volgende gegevens met betrekking tot het zorgprogramma geriatrie worden systematisch opgevolgd.

<b>Verpleegafdelingen</b>	
Aantal opnames	Qlik Sense
Aantal ligdagen	Qlik Sense
Bezetting per uur en per weekdag	Qlik Sense
Bezetting per entiteit	Qlik Sense
Kwaliteitsindicatoren:	Qlik Sense
• Patiënttevredenheid	
• Nosocomiale MRSA	
• Valincidenten	
• Agressie-incidenten	
• Incidentmeldingen	
• Medicatie-incidenten	
• Katheterzorg	
• Identificatie zorgbandje	
• Pijnregistratie	
• Decubitus	
• Fixatieregistratie	
Verbruik handalcohol	Afdelingsrapporten indicatoren pg.
Compliance handhygiëne	Afdelingsrapporten indicatoren pg.
<b>Dagziekenhuis</b>	
Aantallen	Qlik Sense
<b>Interne Liaison</b>	
Aantallen geïncludeerde patiënten met een positief GRP per verpleegafdeling	
<b>Externe liaison</b>	
Plaats van herkomst bij opname	
Plaats van ontslag	
Reeds thuiszorg aanwezig bij opname	
Nieuw opgestarte thuishulp	



## 11. Disclaimer

Het OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove is eigenaar van de kennisdocumenten die intern gepubliceerd worden. Het is niet toegelaten deze informatie zonder toestemming van directie / zorgzonenmanager / leidinggevende te verspreiden buiten het ziekenhuis.

Einde document