



# GK40

## INTRODUCTIE

**ZOL GENK**  
Campus Sint-Jan  
Synaps Park 1  
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara  
Bessemerstraat 478  
B 3620 Lanaken  
Medisch Centrum André Dumont  
Stalenstraat 2a  
B 3600 Genk

**ZOL MAAS EN KEMPEN**  
Diestersteenweg 425  
B 3680 Maaseik

Beste nieuwe medewerker

Van harte welkom op de afdeling K4.00, Acute Geriatrie van het Ziekenhuis Oost-Limburg.

De komende dagen zullen indrukwekkend en leerrijk zijn en we zullen ons best doen om je zo goed mogelijk te begeleiden.

Met deze brochure willen we je in het kort informeren over de werking van onze dienst en je reeds een beeld geven van de meest voorkomende pathologieën. De verwachtingen die wij stellen in kader van onze patiëntenzorg. Een brochure kan echter niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de arts, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, logistiek assistenten en therapeuten je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

De opvolging van de verwachtingen gebeurt via de inservicemap die u vindt in deel 4.

Bij al ons denken en handelen staat het belang van onze patiënten voorop. Daarom verwachten wij van al onze teamleden een open en klantvriendelijke houding naar patiënten en familieleden, maar ook naar de collega's. Goede patiëntenzorg is immers alleen mogelijk door goede samenwerking!

Wij hopen dat je je snel 'thuis' zal voelen op onze afdeling en wensen je veel succes en werkvreugde tijdens je loopbaan.

Team K4.00

## INHOUDSTAFEL

2. Praktisch-Organisatorische aspecten	5
3. Specifieke werking op een Geriatrie dienst	18
4. Verpleegkundig-inhoudelijke aspecten	20
5. Vaak voorkomende pathologieën	23
6. Vaak voorkomende problemen	27
7. Vaardigheden i.v.m. intensieve samenwerking	35
8. Het inwerkingsplan voor nieuwe geriatrie verpleegkundigen	37

# 01 WELKOM

## 1.1 NIEUWE MEDEWERKERS

Van harte welkom op de afdeling K4.00, Acute Geriatrie van het Ziekenhuis Oost-Limburg.

De komende dagen zullen indrukwekkend en leerrijk zijn. We zullen ons best doen om je zo goed mogelijk te begeleiden.

Met deze brochure willen we je in het kort informeren over de werking van onze dienst en je reeds een beeld geven van de meest voorkomende pathologieën en van de verwachtingen die wij stellen in kader van onze patiëntenzorg. Een brochure kan echter niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de arts, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, logistiek assistenten en therapeuten je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

De opvolging van de verwachtingen gebeurt via de inservicemap die u vindt in deel 4.

Bij al ons denken en handelen staat het belang van onze patiënten voorop. Daarom verwachten wij van al onze teamleden een open en klantvriendelijke houding naar patiënten en familieleden, maar ook naar de collega's. Goede patiëntenzorg is immers alleen mogelijk door goede samenwerking!

Wij hopen dat je je snel 'thuis' zal voelen op onze afdeling en wensen je veel succes en werkvreugde tijdens je loopbaan.

Team K4.00

## 1.2 VOOR ONZE STUDENTEN

Op onze geriatrische afdeling willen elk teamlid en in het bijzonder de mentoren, heel graag je leerproces tijdens deze stage mee ondersteunen.

Wij zullen je als een echt teamlid beschouwen, gedurende je stageperiode op één van onze afdelingen. We proberen om je zoveel mogelijk te koppelen aan dezelfde mentor of verpleegkundige. Indien mogelijk nodigen wij je ook uit om samen met het verpleegkundig team pauze te nemen.

We willen graag een aantal organisatorische afspraken maken:

- Je wordt elke dag gekoppeld aan een superviserende verpleegkundige
- Je dient zelf ervoor te zorgen dat de superviserende verpleegkundige goed op de hoogte is van de competenties, die jezelf wenst te behalen.
- Je mag bepaalde verpleegkundige taken uitvoeren, maar doe dit steeds in samenspraak met je superviserende verpleegkundige

Aan het einde van je stage wordt je gevraagd om onze verpleegkundige equipe op zijn 'leeropdracht' te beoordelen. De vragen gaan over: begeleiding en feedback, integratie in het team en leeransen. Jouw feedback helpt ons om waar mogelijk onze begeleiding te verbeteren.

Na afloop van jouw stage word je ook beoordeeld door onze mentoren. Daarbij wordt rekening gehouden met:

- Correcte professionele attitude in omgang met geriatrische zorgvrager
- Een kwalitatief verpleegkundig handelen. Hiermee bedoelt men een goede basiskennis en een patiëntgerichte uitvoering van de aangeleerde verpleeginterventies. Deze zijn afhankelijk van jouw studiejaar en kunnen typische geriatrische pathologieën en problemen zijn
- Competenties die voor elke toekomstige ZOL verpleegkundige cruciaal zijn en die we voor de geriatrische afdelingen als volgt samenvatten:
- Zorgvuldige en zorgzame zorg
- Samenwerking en communicatie
- Efficiënt werken

Deze beoordeling is vaak van doorslaggevend belang is bij een later sollicitatiegesprek. Als je bovendien een hart voor geriatrie hebt en je je aangetrokken voelt tot onze geriatrische teams in het algemeen of een bepaald gespecialiseerd team in het bijzonder, vergeet dit dan niet in je sollicitatiebrief te vermelden.

Vanwege de verpleegkundige teams van de zes geriatrische afdelingen.

## 02 PRAKTISCH-ORGANISATORISCHE ASPECTEN

### 2.1 GERIATRIE: PATIËNT, ZORGPROGRAMMA EN AFDELING

Geriatricie is de geneeskunde die van toepassing is bij de geriatricische zorgvrager. Een geriatricische patiënt wordt niet enkel gedefinieerd op basis van zijn leeftijd maar ook op basis van de karakteristieken die het geriatricisch profiel vormen.

De volgende bepaling komt uit het 'Zorgprogramma Geriatricie': "De patiënt die op een geriatricische afdeling verblijft is gemiddeld ouder dan 75 jaar en behoeft een speciale aanpak om verschillende redenen:

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Actieve polyopathie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorte farmacokinetiek
- Gevaar van functionele achteruitgang
- Gevaar voor deficiënte voeding
- Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteit van het dagelijks leven.
- Psychosociale problemen".

Deze definitie leidt tot een aantal gevolgtrekkingen:

'Frailty' of kwetsbaarheid is een basiskenmerk van de geriatricische zorgvrager.

Hoe ouder de zorgvrager wordt hoe groter het risico op frailty is. Omwille van de multipathologie bij de geriatricische patiënt is een multidisciplinaire aanpak ook logisch.

De geriatricische dienst of de geriatricische verblijfsafdeling is één van de vijf pijlers van het geriatricisch zorgprogramma. Behalve een erkende dienst geriatricie moet men ook beschikken over een geriatricische consult-functie, een geriatricisch dagziekenhuis, een interne en externe liaison functie. Meer uitleg over deze functies vind je op het intranet onder 'het multidisciplinair geriatricisch handboek'.

Bij de geriatricische afdelingen in ZOL onderscheiden we:

- Acute afdelingen: vier afdelingen van campus Sint-Jan en twee van ZOL Maas en Kempen
- Een ortho-geriatricische afdeling: afdeling LC1 in campus Sint-Barbara
- Een chronisch-geriatricische afdeling: afdeling LC0 in campus Sint-Barbara

K4.00 is één van de vier acute geriatricische afdelingen. Hier worden zorgvragers met acute geriatricische aandoeningen behandeld.

Dit zijn onder andere patiënten met problemen aan het maag -en darmstelsel, de longen en het hart. Maar ook CVA-patiënten, personen met dementie, terminale patiënten en diabetespatiënten verblijven op deze afdeling.

## 2.2 INFRASTRUCTUUR

### Aangepaste infrastructuur: met o.a. de geriatrische dagzaal

De inrichting van de afdeling is aangepast aan de kwetsbare patiënt en dit volgens de normen van het geriatrisch zorgprogramma.

De meest typische norm voor de geriatrische afdeling is de 'geriatrische dagzaal'. In de normen voor de geriatrische afdeling staat dat de geriatrische dagzaal verplicht is. En dat heeft zijn redenen:

- In de multidisciplinaire werking is fysieke mobilisatie en activering een belangrijk item. Zodra het even kan, wordt de geriatrische patiënt uitgenodigd om uit bed te komen. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat in deze living er soms ook lichaamsbeweging kan gedaan worden. Dit hoeft niet per se in de oefenzaal door te gaan.
- In een living zijn er ook veel mogelijkheden tot sociaal contact: met andere patiënten, met familie en ander bezoek,...
- We trachten de dagzaal gezellig en huiselijk in te richten, zodat de patiënt zich in een meer vertrouwde omgeving voelt.

Anders gezegd: de geriatrische dagzaal helpt mee om de risico's van een 'hospitaalbed' te verzachten of te voorkomen, vb. spieratrofie, decubitus, malnutritie, sociale isolatie, delier,...

### Indeling/plan

Tijdens de eerste dag op de afdeling geeft de verantwoordelijke een rondleiding. Hierbij worden de verschillende ruimtes van de dienst getoond, evenals de branddeuren, nooduitgangen, brandblussers,...

K4.00, onze afdeling, ligt op de vierde verdieping in de zogenaamde K-blok van campus Sint-Jan.

De afdeling telt 24 bedden die bestemd zijn voor geriatrie waarvan 10 privékamers en 7 tweepersoonskamers.

Centraal vind je de balie en verpleegpost alsook de apotheek, de spoelruimte, het bureau van de hoofdverpleegkundige, een berging voor rollend materiaal, de linnenkamer en het magazijn. Meer details vind je op het volgend plan.

## 2.3 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

### Geriatr

De geriatr is een arts die gespecialiseerd is in de ouderengeneeskunde, hij is het spilfiguur binnen het team. Geriaters dragen de eindverantwoordelijkheid over de behandeling van de zorgvrager.

### Verpleegkundig team

Het geriatrisch verpleegkundig team staat in voor het bieden van geïntegreerde zorg aan deze doelgroep zorgvragers. Een verpleegkundige draagt zorg voor een aantal patiënten die hem of haar toegewezen worden. De hoofdverpleegkundige zorgt voor de goede werkorganisatie binnen een verpleegkundig team. Ze coachen andere verpleegkundigen en bewaken de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

### Logistieke medewerker

Een belangrijke taak is de assistentie bij de maaltijden (opmerking: de verpleging blijft wel de voedingstoestand goed opvolgen). Daarnaast zijn er nog andere ondersteunende taken zoals het in orde houden van de afdeling, het opruimen van het slob, zorgen dat voorraden tijdig worden aangevuld enz.

## **Kinesitherapeut**

De kinesisten willen de zelfredzaamheid en de mobiliteit zo lang mogelijk optimaal houden. Tijdens deze sessies wordt er gewerkt aan evaluatie, behoud en/of herstel van motorische functies. De kinesisten werken zowel in groep als individueel met de zorgvrager. Er wordt bv. gewerkt aan ademhalingskiné, grove motoriek of aan gangrevalidatie.

## **Ergotherapeut**

De ergotherapeut helpt de geriatrische zorgvrager om de dagelijkse activiteiten zo zelfstandig mogelijk uit te voeren. Dit doen ze door dagelijkse handelingen te trainen zoals wassen, kleden, eten en drinken, transfers en mobiliteit, ...

Op de geriatrische afdelingen wordt er veel aandacht besteed aan valpreventie: leren hoe valincidenten kunnen voorkomen worden. Ook wordt er door de ergotherapeut regelmatig een "mini-mental state examination" afgenomen. Deze meting geeft een zicht op de cognitieve toestand van de zorgvrager.

## **Logopedist**

De logopedist wordt ingeschakeld wanneer er problemen zijn op gebied van slikken en spreken. Verschillende aandoeningen zoals CVA, trauma, dementie... kunnen problemen veroorzaken op gebied van spraak en slikken. De logopedist zoekt naar aangepaste oplossingen zoals het indikken van dranken om het risico op verslikken te verkleinen.

## **Sociale dienst/ patiëntenbegeleiding**

De sociale dienst houdt zich vooral bezig met vragen en/of problemen op financieel, administratief en praktisch vlak. Ze helpen om het ontslag van de geriatrische zorgvrager voor te bereiden. Ze doen dit door informatie te geven over de ondersteunende diensten in de thuiszorg, hulp te bieden bij de inschrijving in woon-zorgcentra, het aanvragen van tegemoetkomingen en hulpmiddelen, ...

## **Diëtist**

De diëtist heeft als taak om de voedingstoestand van de zorgvrager zo optimaal mogelijk te houden. Hierbij wordt rekening gehouden met de verschillende pathologieën die er kunnen bestaan bij de geriatrische zorgvrager, waardoor deze niet of onvoldoende voedingsstoffen kan opnemen. Hier denken we aan: dementie, kauw- en slikproblemen, algemene achteruitgang, verminderde eetlust, ...

## **Psycholoog**

De psycholoog biedt een luisterend oor en zal samen met de patiënt en zijn familie bekijken hoe ze kunnen omgaan met de gevolgen van ziekte en lichamelijke beperkingen. Hij biedt ondersteuning bij problemen zoals acute verwardheid, depressieve gevoelens, eenzaamheid en achteruitgang van het geheugen of gedragsproblematieken.

<b>Afdelingsspecifiek K4.00</b>	<b>Multidisciplinair team</b>
Geriatr	Dr Brouwers
Hoofdverpleegkundige	Marcel Jongkind
Kinesist	Nele Geerits
Ergotherapeut	Eva Bosmans
Logopedist	Eva Janssen
Sociale dienst	Wendy Brouwers
Diëtiste	Hanne Joosten
Psycholoog	Katrien Schrabregs

Tijdens een multidisciplinair overleg komen verschillende disciplines samen die betrekking hebben tot de zorg van de geriatrische zorgvrager. Tijdens dit overleg wordt de geriatrische zorgvrager individueel besproken. Door informatie vanuit de verschillende disciplines te verzamelen, kunnen ze samen tot een aangepast zorgplan komen.

Een multidisciplinair overleg is volgens het geriatrisch zorgprogramma verplicht om wekelijks uit te voeren .

*Op K4.00 vindt het multidisciplinair overleg op woensdag van 10 tot 11 uur en 11.30 tem 12 uur plaats.*

## 2.4 ORGANISATIE VAN HET VERPLEGEND TEAM

De geriatrische verblijfsafdeling is een continu dienst. Iemand die fulltime werkt, werkt meestal in shiften van acht uur. Voor degene die niet fulltime werken kan dit variëren tussen shiften van zeven, zes en vier uur.

De onderstaande posten geven een beeld van de wekelijkse rooster:

<b>A8</b>	6u45 – 15u15	2 verpleegkundige
<b>A6</b>	6u45 – 13u15	2 verpleegkundige
<b>D8</b>	8u00 – 16u30	1 verpleegkundige
<b>J4</b>	17u00 – 21u00	
<b>B8</b>	13u30 – 22u00	2 verpleegkundige
<b>B6</b>	15u30 – 22u00	1 verpleegkundige
<b>N9</b>	21u45 – 7u00	1 verpleegkundige



## Taken

Dagindeling voor studenten en medewerkers K40

<b>MORGENPOST (A)</b>	
6u45	<b>Start morgenpost</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patiëntentoewijzing gebeurt naargelang de bestaffing. Er wordt bijgevolg in 3 of 4 kanten gewerkt. De verdeling staat vermeld op de dagplanning (zie map uurroosters)</li><li>• Briefing van de nachtpost aan de morgenpost</li></ul>
7u15 - 10u30	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bloednames afnemen (stalen worden aan de balie gelegd en verstuurd door de dagverantwoordelijke)</li><li>• Controle glycemiedagcurve en parametercontrole (EWS)</li><li>• Medicatie controleren en toedienen</li><li>• Totaalzorg van de toegewezen patiënten + invullen van het EPD (elektronisch patiëntendossier)</li><li>• Patiënten wegen cfr afdelingsafspraak</li><li>• Dinsdag: evaluatie van het valrisico (formulier multifactoriële interventies)</li><li>• Orde van de kamers + waterkannen verversen</li></ul>
8u00 - 9u00	<ul style="list-style-type: none"><li>• Briefing verpleegkundige met Dr Brouwers, dagpost en/of hoofdverpleegkundige aan hoofdverpleegkundige</li><li>• Ontbijt wordt opgediend door de logistiek medewerkers (en vrijwilliger)</li><li>• Zonodig patiënten hulp bieden bij het eten</li></ul>
9u45	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënten die groepstherapie (kiné/ergo) krijgen, worden door de logistiek medewerkers naar het kiné-ergolokaal (2de verdiep) gebracht.</li></ul>
9u45 - 10u00	<b>Koffiepauze op de afdeling</b>
10u30 - 11u30	Op dinsdag verzamelt de hoofdverpleegkundige alle observaties en brieft deze door naar dr. Brouwers tijdens het multidisciplinair overleg <ul style="list-style-type: none"><li>• Algemene orde: verzorgingskarren opruimen, reinigen en bijvullen, utility opruimen,...</li><li>• Medicatie per os, SC en aërosol klaarzetten voor de volgende dag tot 12u (afhankelijk van de drukte wordt dit al deels of volledig gedaan)</li><li>• Eventuele opname van nieuwe patiënt (idem middagpost).</li></ul>
11u30 - 12u00	<ul style="list-style-type: none"><li>• Glycemiecontrole</li><li>• Logistiek medewerkers hulp bieden bij het uitdelen van het middagmaal en waar nodig patiënten hulp bieden bij de voedselinname.</li></ul>

12u00 - 12u30	<p><b>1ste groep</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gaat 30 min. pauzeren in de refter (meestal diegene met A6 en A7) – student die begeleiding kreeg van verpleegkundige uit groep 1 gaat mee.</li> </ul> <p><b>2de groep</b> werkt intussen verder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatie van 12 uur controleren en toedienen</li> <li>• Eventueel hulp bieden bij het afruimen van de eetplateau's</li> </ul> <p><b>Middagtour:</b> incontinentiemateriaal vernieuwen bij patiënten, wisselhouding geven, in bed installeren voor rustpauze</p>
12u30 - 13u00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ste groep is terug van pauzeren en neemt taken over van de 2de groep</li> <li>• 2de groep gaat nu 30 min. pauzeren samen met de dagpost en student die begeleiding kreeg van verpleegkundige uit groep 2.</li> </ul> <p><b>Verderzetten middagtour:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incontinentiemateriaal vernieuwen bij patiënten, wisselhouding geven, in bed installeren voor rustpauze</li> <li>• Medische orders van de geneesheer uitwerken in het EPD</li> </ul>
13u00 - 13u15	<p><b>Einde post A6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• briefing naar A7 of A8</li> </ul>
13u15 - 13u30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koffie zetten, orde keuken</li> </ul>

<b>MIDDAGPOST (B)</b>	
13u30 - 14u00	<p><b>Start middagpost</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Briefing van morgen- naar middagpost gebeurt in het gesprekslokaal, afwisselend telkens 1 A-post met respectievelijke student per kant naar de B-posten.</li> <li>• De overige morgenposten en resp. studenten beantwoorden intussen de beloproepen en houden toezicht op de gang, doen controle van de voorraad handschoenen en alcogel op de patiëntenkamers.</li> </ul>
14u00 - 15u15	<p><b>Morgenposten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicatie van 14 uur controleren en toedienen</li> <li>• Zonodig verder werken aan het klaarzetten van medicatie voor de volgende 24 uur</li> <li>• Zonodig medicatie bestellen (volgens medische orders)</li> <li>• Briefen aan de P6 die om 15 uur start</li> </ul> <p><b>Middagposten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle parameters + EWS</li> <li>• EVE's vervolledigen</li> <li>• Beloproepen beantwoorden</li> <li>• Kamer vertrek patiënt opruimen en kamerpoets aanvragen; eventuele verhuis van patiënten; patiënten afhalen op INZO/mediumcare en hiervoor de opname in orde brengen</li> </ul>
15u15	einde post A8
15u30 - 16u45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medische orders zo nodig verder uitwerken</li> <li>• Medicatie van 16u00 controleren en toedienen</li> <li>• Glycemieconrole</li> </ul> <p><b>Namiddagtour:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patiënten droogleggen, wisselhouding, patiënten aan tafel installeren voor het avondeten</li> <li>• Eventuele opname nieuwe patiënt (cfr morgenpost)</li> <li>• Zo nodig medicatie voor nieuwe patiënten bestellen</li> </ul>
16u45 - 17u00	Koffiepauze te nemen op de afdeling
17u00 - 18u00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avondmaal uitdelen</li> <li>• Medicatie van 18 uur controleren en toedienen</li> <li>• Ondersteuning bieden bij de voedselinname</li> </ul>

18u00 - 19u00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateau's afruimen en eettafels reinigen</li> <li>• Nazicht patiënten (sommige patiënten gaan nu reeds naar bed, andere patiënten wachten tot de avondronde)</li> <li>• Beloproepen beantwoorden</li> </ul>
19u00 - 19u30	<p><b>30 min. avondpauze</b> voor verpleegkundigen en studenten, te nemen op de afdeling</p>
19u30 - 21u30	<p><b>Avondronde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patiënten in bed installeren, droogleggen, wisselhouding geven,...</li> <li>• Glycemiecontrole</li> <li>• Avondmedicatie controleren en toedienen</li> <li>• Patiënten voorzien van vers water</li> <li>• Observatieverslag ingeven in EPD</li> </ul>
21u30 - 21u45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orde op de afdeling</li> <li>• Bijgevolde linnenkar met lege linnen- en vuilzak klaarzetten voor de nachtpost</li> <li>• Verzorgingswagens opruimen, reinigen en bijvullen voor de morgenpost</li> </ul>

<b>NACHTPOST (N)</b>	
21u45	<b>Start nachtpost</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Briefing van de middagpost aan de nachtpost</li> </ul>
22u00	Einde van de middagpost B8
22u00 - 6u45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle van patiënten; TV uitzetten, licht uitdoen, zo nodig aërosol afzetten</li> <li>• IV-medicatie (en aërosol) toedienen volgens afspraak 24 uur, 2 uur, 4 uur, 6 uur</li> <li>• IV-medicatie klaarzetten van 24 uur tot en met 20 uur de volgende dag en persoonlijke etiketten voorzien</li> <li>• Medicatiepotjes klaarzetten voor de volgende 24 uur (+MET stickers op potjes kleven) en aparte potjes met N op deksel voorzien voor nuchtere medicatie</li> <li>• Nachttoer om 24 uur en om 4 uur</li> <li>• Observaties ingeven in EPD</li> <li>• Glycemietoestellen ijen</li> <li>• Afdrukken van grote en kleine (+MET) etiketten patiënt</li> <li>• Badge, telefoon, toetsenbord en muis van vaste PC's en laptops ontsmetten</li> <li>• Controle vervaldataums producten op verzorgingskarren, in apotheek en utility (alles behalve op de patiëntenkamers)</li> <li>• Algemene orde apotheekruime, dienstplaats, keuken, spoelruimte</li> <li>• Briefingsblad en voedingsblad afdrukken</li> <li>• Medicatie voor ontslag klaarleggen</li> <li>• Enveloppe</li> <li>• n (brief huisarts en patiënt) en zak voor medicatie met de etiketten van de patiënt klaarleggen</li> <li>• Geleverde medicatie uitpakken</li> <li>• Op naam bestelde medicatie die gestopt werd, crediteren</li> <li>• Bloednames en overige stalen klaarleggen (aanvraagbon en bijbehorende etiketten afdrukken vanuit HIX)</li> <li>• Via ZOL-afsprakenboek nagaan welke onderzoeken gepland zijn voor de volgende dag en zo nuchtere onderzoeken, dit inzetten als 'event' en een overzicht van de onderzoeken van alle patiënten afdrukken en aan de balie PC leggen</li> <li>• Controleren welke EVE's nog aangevuld dienen te worden en dit noteren bij vpk aandachtspunten</li> <li>• Noteren van de voedselinname onder verpleegkundige rapportage (overname van het formulier op papier)</li> <li>• Linnenkarren voor de morgenposten op de gang zetten</li> <li>• Verzorgingskarren en linnenkarren e.a. poetsen en ordenen (volgens aftekening op lijst op balie)</li> <li>• Koffie zetten</li> </ul>
6u45 - 7u00	<b>Briefing door nachtpost aan de morgenposten</b> <b>Einde nachtpost</b>

## **Verpleegkundige briefings**

Een briefingsmoment is een belangrijk moment waarop veel informatie verkregen wordt over de patiënten op de afdeling. Er wordt verwacht dat er op een respectvolle manier geluisterd wordt naar degene die aan het brieven is. De briefende verpleegkundige zorgt ervoor dat tijdens de briefing de essentiële aspecten van de patiënt aan bod komen, kort en bondig. Men start altijd met het kamernummer van de patiënt gevolgd door zijn naam en de behandelende arts, men vermeldt de reden van opname, welke onderzoeken dienen te gebeuren en welke onderzoeken reeds uitgevoerd zijn en hun eventuele resultaten. De briefing gebeurt in een afgesloten ruimte omwille van het beroepsgeheim.

De kantverantwoordelijke zal steeds haar opvolger te brieven.

Er worden per dag standaard drie briefingsmomenten gehouden:

- het eerste briefingsmoment gebeurt van de nachtpost naar de morgenpost van 6.45 tot 7 uur;
- het tweede briefingsmoment gebeurt van de morgenpost naar de middagpost van 13.30 tot 14 uur;
- het derde briefingsmoment gebeurt van de middagpost naar de nachtpost van 21.45 tot 22 uur.

Tussendoor kunnen er briefingsmomenten plaatsvinden zoals de briefing van arts naar verpleegkundige of een briefing van een verpleegkundige van de morgenpost naar de verpleegkundige van de dagpost.

## Referentiegroepen

In elk van onze geriatrische teams zijn er werkgroepen voor een aantal zorgdomeinen .

We vullen meteen voor K4.00 de leden van de werkgroepen in:

Zorgdomein	Leden van referentiegroep / werkgroep
Pijn	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rani Hendrickx</li><li>• Linda Kelchtermans</li></ul>
Wondzorg en decubitus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lory Miricioiu</li><li>• Stefanie Aelbers</li></ul>
Ziekenhuishygiëne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sandra Metten</li><li>• Songul Aslan</li></ul>
Fixatie en vallen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fatima Bazouh</li><li>• Liesbeth Simons</li></ul>
Mentoren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eve Stassen,</li><li>• Rita Martens</li><li>• Anna Maraffa</li><li>• Claudia Tedeschi</li></ul>
Apotheek en medicatie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carmen Lowijs</li><li>• Shennen Jans</li></ul>
Incontinentiematerialen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eve Stassen</li></ul>
Patiëntendossier	<ul style="list-style-type: none"><li>• voor die zorgaspecten in het patiëntendossier die niet aan de andere werkgroepen konden toegevoegd worden.</li><li>• Rita Martens</li><li>• Anna Maraffa</li><li>• Thomas Vandeurzen</li><li>• Ruben Mathijs</li></ul>
Orde en netheid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sandra Mettten</li><li>• Thomas vandeurzen</li><li>• Songul Aslan</li></ul> alsook de log. assistenten: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fatma Akkiran,</li><li>• Sonia Ramaekers</li><li>• Annelies Remans</li><li>• Mireille Gommers</li><li>• Fanoula Migos</li></ul>
Incontinentie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eve Stassen,</li></ul>

Ethiek	/
Hef- en tiltechnieken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatima Bazouh</li> </ul>
Identificatie (bandjes, stalen, medewerkers ) Hfst Patiëntveiligheid (comm,material) Hfst QPS (indicatoren, opleiding, incidenten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcel Jongkind</li> </ul>

De opdracht van elke werkgroep bestaat uit drie taken:

- Zorgen dat de praktisch-organisatorische aspecten van het zorgdomein in orde zijn. Opvolgen of er wat te leren valt uit de verschillende vormen van feedback. Meestal zijn dat steekproefgewijze metingen zoals in het Q-dashboard of vaststellingen uit de participerende observaties van de zorgcoördinator.
- Er op toezien dat de collega's de basisprotocollen van het zorgdomein naar behoren toepassen.
- Meer informatie over de belangrijke bijdrage van de referentiewerkgroepen vindt men verder onder: 'Geen nieuws, goed nieuws'.

### Informatiedoorstroming

Wij willen een vlotte, open en efficiënte doorstroming van informatie. De volgende overlegmomenten en kanalen zijn hierin belangrijk.

- **PO: participerende observatie:** De zorgcoördinator werkt elk jaar een vijftal posten mee, op die manier ervaart zij de bedside werking. Dit stelt haar mede in staat om goede service en richtlijnen te geven. Haar rapportering over sterke punten en aandachtspunten wordt ook overgemaakt aan de referentiewerkgroepen.
- **TO: teamoverleg:** De hoofdverpleegkundige organiseert in principe elke week en zo mogelijk op een vaste dag, aansluitend op de middagbriefing, een kort overleg met de aanwezigen. Dit kan gaan over afdelingsspecifieke zaken of over meer algemene zaken, zoals die besproken werden op het hoofdenoverleg.
- **Newsletter:** Dit is een brief van de hoofdverpleegkundige aan de teamleden. Punten van het TO worden hier aangehaald, dit kunnen dus zowel afdelingsspecifieke punten zijn of specifieke aanvullingen (dus geen loutere herhalingen) op het hoofdenoverleg (HO).
- **AO: afdelingsoverleg:** Om de 2 weken heeft de hoofdverpleegkundige op de afdeling een overleg met de manager; dit gaat voornamelijk over personeelsbeleid en organisatorische onderwerpen.



- **HO: hoofdenoverleg:** Om de twee weken overleggen de hoofdverpleegkundigen, zorgcoördinator en manager. De hoofdverpleegkundige kan zich laten vervangen door een teamlid (dagverantwoordelijke). Elk lid van de vergadering kan punten agenderen. Iedereen ontvangt 24 uur vooraf de voorbereidende informatie. 24 uur na afloop van het HO ontvangen de deelnemers het verslag. Dit verslag is een werkdocument voor de leden maar is ook een belangrijk informatiekanaal naar de medewerkers. De leidinggevende zal een kleur geven aan de items die interessant zijn (= geel) en noodzakelijk zijn om het werk goed te kunnen doen (= rood). Hij zal de rode zaken ook toelichten op het TO.
- **AV: afdelingsvergadering:** Dit gaat door in oktober en in april. Vaste genodigden zijn de teamleden, zorgcoördinatoren en manager. Vast onderdeel zijn de beleidsplannen: deze worden opgesteld in oktober en opgevolgd in april.

De agenda kan aangevuld worden met bijv.:

- bespreking van belangrijke organisatorische wijzigingen
- vorming

## 03 SPECIFIEKE WERKING OP EEN GERIATRISCHE DIENST

### 3.1 RISICOSCREENING: VALLEN, DECUBITUS, ONDERVOEDING

Voor de niet-geriatrische patiënten in ZOL >75 jaar wordt bij opname het geriatrisch risicoprofiel nagegaan. In voorkomend geval wordt de interne geriatrie liaison geconsulteerd.

Voor onze geriatrische patiënten hoeven we deze meting niet te doen. Wij weten m.a.w. dat we bijzonder alert moeten zijn voor risico's van voeding, vallen, decubitus. Deze risico's worden dus sowieso nagegaan en opgevolgd.

Alle procedures van risicoscreening en bijhorende informatie kan je raadplegen op ZOLnet.

We lichten de belangrijkste screenings even toe:

#### **Valrisico**

##### Stap 1: Evaluatie

- Patiënt is opgenomen in het ziekenhuis o.w.v. een val
- Patiënt is de afgelopen zes maanden gevallen
- Inschatting door verpleegkundige: risico op vallen

##### Stap 2: Acties

- VALKUIJL = Algemene preventiemaatregelen die voor alle gehospitaliseerde zorgvragers van toepassing zijn. VALKUIJL staat voor:
  - Veilige omgeving: 'opgeruimd staat netjes'
  - Altijd bel in de buurt
  - Laagstand bed
  - Kousen en slecht schoeisel vermijden
  - Uitstekende hulpmiddelen aanbieden
  - In remstand bed en stoel
  - Licht genoeg

Valpreventieprogramma invullen in HIX bij valrisico <sup>3</sup> 1 + valrisico brochure afgeven

##### Stap 3: Herevaluatie

- 1x/7 dagen
- Verandering van klinische toestand
- Na sedatie of narcose

#### **Risico op decubitus**

Tijdens de opname van een zorgvrager wordt er een decubitusregistratie uitgevoerd. Hiervoor wordt de Nortonschaal gebruikt. De items die gescoord worden binnen de Nortonschaal zijn:

- Algemene lichamelijke toestand
- Geestelijke toestand
- Activiteit
- Mobiliteit
- Incontinentie

Per item kan een score gegeven worden van 1 tot 4. Indien er een score behaald wordt van 14 of minder moet er een procedure gestart worden ter preventie van decubitus. Deze registratie wordt verschillende keren herhaald tijdens het verblijf van de patiënt op de afdeling.

### **Risico op ondervoeding (malnutritie)**

Om ondervoeding op te sporen wordt er gebruik gemaakt van de NRS (Nutritional Risk Score). Deze screening gebeurt bij opname van de zorgvrager en maakt deel uit van de verpleegkundige anamnese.

Er worden vier vragen gesteld:

- Is het BMI minder dan 20,5? ( te berekenen op basis van lengte en gewicht)
- Is er een ongewenst gewichtsverlies de laatste drie maanden?
- Is er een verminderde voedselinname de laatste week?
- Is de patiënt ernstig ziek ?

Bij ja wordt er een 1 gescoord, bij neen een 0. Bij een totaalscore van 1 of hoger wordt de diëtist ingeschakeld.

### **Multidisciplinaire aanpak**

Zoals hoger aangegeven: multipathologie is een belangrijk kenmerk van de geriatrische zorgvrager en de multidisciplinaire aanpak is dan ook een typisch geriatrische aanpak.

De specifieke bijdrages van de aparte beroepsgroepen werden hoger beschreven.

De bevindingen van geriater, verpleegkundigen, logistieke medewerkers, sociale dienst, diëtiste, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten en de psycholoog worden besproken op het wekelijks multidisciplinair overleg ('MDO') .

### **Samenwerking met mantelzorg**

Mantelzorg is de extra zorg of ondersteuning die tijdelijk of langdurig aan een persoon met fysieke, psychische of sociale noden verleend wordt door één of meerdere personen uit de directe omgeving.

Het zal duidelijk zijn dat bij onze geriatrische patiënten deze ondersteuning van uitzonderlijk belang is. Het is daarom van belang dat we tijd nemen om te luisteren naar de mantelzorger: hun ervaring is erg belangrijk bij het stellen van de diagnose, bij het detecteren van de risico's, om zicht te krijgen op wat wel en niet mogelijk en wenselijk is.

Ook bij het overdragen van de behandelingsrichtlijnen wordt de mantelzorger in de mate van het mogelijke betrokken. Het is dus van belang om een goede samenwerkingsrelatie met hen op te bouwen.

### **Ontslagvoorbereiding**

Geriatrische zorgvragers hebben omwille van hun complexe fysieke en psychosociale problematiek nood aan een degelijke ontslagvoorbereiding.

Ontslagvoorbereiding begint bij de opname. Vanuit de diverse beroepsgroepen wordt geïnventariseerd wat de mogelijkheden en beperkingen zijn, maar wordt ook ingeschat welke zaken belangrijk zijn om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in de volgende zorgomgeving. Zo kan het zijn dat de haalbaarheid van een bepaalde vorm van woonvoorziening of zelfstandigheid afhangt van het feit of onze patiënt al dan niet de drie trappen aan de inkom zal aankunnen.

In het multidisciplinair overleg wordt de evolutie opgevolgd, worden doelstellingen zo nodig bijgesteld.

De overdracht van de teambevindingen naar de volgende zorgomgeving dient uiteraard ook op een professionele manier te gebeuren. Wat we nodig hebben zijn duidelijke verslagen en een goede overdracht. Bij dit laatste speelt onze dienst patiëntenbegeleiding ook een cruciale rol.

# 04 VERPLEEGKUNDIG-INHOUDELIJKE ASPECTEN

## 4.1 ATTITUDE

Los van de geriatrische kennis en kunde, wordt de geriatrisch verpleegkundige gekenmerkt door een juiste attitude naar de kwetsbare oudere zorgvrager, namelijk een hoge mate van empathie en respect voor onze 'special guest'. Dit uit zich onder andere in volgende zaken:

- Aandacht en bekommernis voor het welzijn van de oudere medemens – de mogelijkheden willen zien die een oudere patiënt nog heeft en deze willen mee helpen te ontwikkelen/behouden: vb. drie stappen kunnen maken, betekent voor sommigen het verschil maken tussen thuis blijven of naar een WZC moeten gaan.
- Respect hebben voor de oudere patiënt, geduld met de oudere patiënt en aandacht hebben voor de verwevenheid van somatiek/psychische en sociale problematiek. De oren, ogen en mond willen zijn van de zorgvrager: voor de zorgvrager opkomen bij alle andere actoren in de zorg.

## 4.2 BREDE KENNIS EN KUNDE

Als geriatrisch verpleegkundige dien je een brede waaier van handelingen en technieken te beheersen. Veelal zijn die ook nodig op andere afdelingen, zeker de internistische. Typisch voor geriatrie is evenwel dat ze bijna allemaal aan bod komen. We delen ze in volgens de stelsels, toedieningen en een aantal vormen van assistentie.

### Basishandelingen volgens de stelsels

Een geriatrisch verpleegkundige dient een heel aantal basishandelingen te beheersen die kunnen ingedeeld worden volgens de zogenaamde stelsels.

#### Ademhalingsstelsel

- O<sub>2</sub>-toediening via O<sub>2</sub>-bril of O<sub>2</sub>-masker
- Aerosoltherapie via perslucht of inhalator
- Aspireren van bovenste luchtwegen
- Controle ademhaling
- Opvolgen en onderkennen van dyspnoe

#### Bloedsomloop

- Aanbrengen IV-katheter
- Veneuze punctie voor nemen van bloedstalen
- Aanbrengen van steunkousen en verbanden ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen
- Voorbereiding, toediening van en toezicht op IV-perfusie, transfusie
- Controle pols en bloeddruk
- Gebruik van glucometer

#### Spijverteringstelsel

- Inbrengen van maagsonde
- Toedienen van sondevoeding via microsonde of gastrostomiesonde
- Manuele verwijdering van faecalomen (PPA)
- Toedienen lavementen en microklysma's
- Stomazorg
- Opvolgen stoelgangpatroon
- Opvolgen voeding en gerichte hulp bieden bij enterale voeding/vocht

#### Urogenitaal stelsel

- Voorbereiding en uitvoering van blaassondages
- Toezicht blaassondes
- Mictietraining
- Toezicht drainage suprapubische sonde

### **Huid en zintuigen**

- Verwijderen hechtingen
- Wondzorg: DAV, septische verbanden, wiken en drains
- Decubituspreventie

### **Metabolisme**

- Gebruik glucometer
- Inzicht krijgen in behandeling van de diabetici
- Voorbereiding en toediening van insuline via spuit, pen of drip

## **4.3 TOEDIENING VAN VOEDING, VOCHT EN MEDICATIE**

### **Voeding en vocht**

- Bijhouden voeding en vochtbalans
- Hulp bij vocht- en voedseltoediening
- Parenterale voeding
- Inschakelen diëtist en logopedist
- Controle en toediening infuusvloeistoffen

### **Medicamenteuze toedieningen**

- Controleren en toedienen van perorale medicatie
- Toedienen SC-inspuitingen
- Toedienen IM-inspuitingen
- Controle en toediening IV-medicatie via perifere of centrale veneuze katheter
- Oogindruppeling
- Oorindruppeling
- Transdermale medicatie
- Medicatie rectaal en vaginaal
- Medicatie via gastro-intestinale katheter

## **4.4 ADL-ASSISTENTIE**

Onze kwetsbare zorgvrager heeft vaak deskundige assistentie nodig bij alledaagse dingen :

### **Mobiliteit**

- Wisselhouding
- Gebruik van actieve en passieve tillift om zorgvrager te positioneren/verplaatsen
- Gebruik middelen ter preventie van decubitus
- Mobilisatie-oefeningen

### **Hygiëne**

- Totaalzorg van zorgvrager met ADL-dysfunctie
- Handhygiëne
- Bedbad, toilet aan lavabo, bad of douche
- Toepassen isolatiemaatregelen
- Verzorgend wassen

### **Fysieke beveiliging**

- Valpreventie
- Decubituspreventie
- Fixatie van zorgvrager (indien nodig)
- Fixatie van drains, infuusleidingen, maagsondes bij verwarde zorgvragers

### **4.5 SPECIFIEKE ASSISTENTIE BIJ OVERLIJDEN**

Wanneer een zorgvrager overleden is, zal er getracht worden de laatste zorgen op een respectvolle manier te geven. Nabestaanden zullen begeleid worden bij de start van hun rouwproces en krijgen de mogelijkheid om de laatste zorg in het kader van een bepaalde religie in alle rust uit te voeren.

Hulp bij het stellen van diagnose

- Afname van culturen: urine, sputum, stoelgang, wondcultuur, bloedstaal
- Meten van parameters en ingeven EWS-score

Assistentie bij specifieke handelingen:

- Ascites- en pleurapunctie
- Arteriële bloedname

## 05 VAAK VOORKOMENDE PATHOLOGIEËN

We onderscheiden een zestal pathologieën die vaak voorkomen bij geriatrische patiënten. Het goed begrijpen van de mechanismen en er deskundig mee omgaan is dan ook belangrijk. De vernoemde aandachtspunten zijn voornamelijk vanuit de invalshoek van de kwetsbare geriatrische patiënt; verder dienen uiteraard de toepasselijke ziekenhuisbrede zorgprotocollen gevolgd te worden.

### 5.1 OSTEOPOROSE EN FRACTUREN

Bij het ouder worden is er regelmatig een snellere afbraak van het bot dan aanmaak. Men spreekt dan van osteoporose of botontkalking. Hierdoor worden de botten broos en neemt de kans op breuken toe. Indien een patiënt op oudere leeftijd valt en iets breekt (een heup, pols, rib,...), wees dan zeker bedacht op de aanwezigheid van osteoporose. Ook bij rugpijn, een gebogen houding door wervelverzakkingen geldt hetzelfde.

#### De meest voorkomende vormen van osteoporose zijn:

- Postmenopauzale osteoporose: ouderdomsgebonden botontkalking bij de vrouw na de menopauze
- Osteoporose bij de man: (Vooral bij mannen ouder dan 70 jaar) Corticoïdgeïnduceerde osteoporose: Botontkalking bij personen die gedurende langere tijd behandeld worden met glucocorticoiden.

#### Risicofactoren:

- Bepaalde ziekten, zoals hyperthyroïdie, diabetes, reumatoïde artritis;
- Menopauze: bij vrouwen komt osteoporose vaker voor (1 op de 3);
- Langdurig gebruik van bepaalde medicatie. Zoals Cortisone-houdende geneesmiddelen, bijvoorbeeld Medrol;
- Leeftijd vanaf 65 jaar of ouder;
- Tekort aan calcium en vitamine D;
- Roken;
- Te veel alcoholinname;
- Te weinig lichaamsbeweging;
- Genetische factor.

Het opsporen van osteoporose gebeurt door een botmeting of botdensitometrie (BMC). Men meet dan de dichtheid van het bot in de wervelzuil en de heup door middel van X-stralen om het risico op breuken te kunnen inschatten.

#### Behandeling:

##### De arts kan medicatie starten:

- Er wordt altijd gestart met calcium en vitamine D onder de vorm van Steovit D3 1000/800 (kauwtablet), D-Vital 1000/880 (oplossingspoeder) of D-Cure ampullen;
- Met Aclasta-toediening IV 1x per jaar via het dagziekenhuis geriatrie (indien de nierfunctie dit toelaat) of ander therapieën zoals Prolia 60mg SC 2x/jaar, Actonel 35mg per week,...

##### Een gezondere levensstijl kan gepromoot worden:

- Voeding aanpassen: voldoende calcium en vitamine D
- Voldoende bewegen;
- Niet roken;
- Vermijden van overmatig alcoholgebruik.

## 5.2 ARTROSE

Artrose is een degeneratieve aandoening van de gewrichten. Door slijtage van gewrichtskraakbeen en een vermindering van de schokabsorberende vloeistof in de gewrichten kunnen botten over elkaar schuren, wat veel pijn veroorzaakt.

Het doel van de behandeling is de pijn onder controle te houden of te verlichten en om de functies te behouden.

### **Verpleegkundige aandachtspunten:**

Geef de patiënt de voorgeschreven pijnmedicatie en meld veranderingen aan de behandelende arts.

- Pijn is wat de patiënt zegt dat het is.
- Let op voor de neveneffecten van pijnmedicatie, zoals maaglast of obstipatie.

Zorg dat de patiënt ook in het ziekenhuis in beweging blijft.

- Schakel de kinesitherapeut en de ergotherapeut op een verpleegafdeling hiervoor in.
- Geef de patiënt de tips mee om ook thuis, na het ontslag uit het ziekenhuis, te blijven wandelen of fietsen. Schakel indien nodig de sociale dienst in om thuis aanpassingen door te voeren bij een naderend ontslag uit het ziekenhuis.

## 5.3 URINEWEGINFECTIE

Een urineweginfectie is een infectie welke plaatsvindt op eender welke locatie van het urinaire systeem met name nieren, urineleiders, blaas, plaskanaal alsook prostaat.

### **Er zijn verschillende urineweginfecties, waaronder:**

- Acute pyelonefritis (nier)
- Acute cystitis (blaas)
- Urethritis (urineleider)
- Acute prostatitis

### **Verpleegkundige aandachtspunten:**

- Steriel handelen bij het plaatsen van een verblijfsonde; het plaatsen van een verblijfsonde zorgt immers voor vergroot risico op urinewegontstekingen
- Menopauze en een vergrote prostaat kunnen leiden tot urineweginfecties
- Een urineweginfectie kan zich atypisch presenteren. Het kan zich bijvoorbeeld uiten door het optreden van een plotse en toenemende verwardheid (delier), algemene achteruitgang en verminderde eetlust.
- Controleer de zorgvrager op symptomen zoals vaak plassen, pijn bij plassen, koorts, bloed bij de urine, ..

## 5.4 LUCHTWEGAANDOENINGEN

Luchtwegaandoeningen is een verzamelnaam voor volgende aandoeningen:

- Astma
- Ademhalingsaandoeningen
- Bronchitis
- Chronisch obstructieve longziekten (COPD)
- Longemfyseem
- Luchtweginfecties: pneumonie
- Luchtwegverwijding: bronchiëctasie
- Longaandoeningen



Ouderen lijden regelmatig aan een vorm van chronische bronchitis en zijn daardoor bijzonder gevoelig aan luchtweginfecties. Daarnaast hebben ze vaak een verminderde hoestreflex en krijgen de slijmen moeilijker opgehoest. Een verminderde beweeglijkheid kan het hoesten bijkomend bemoeilijken. Ze verslikken zich ook gemakkelijk en zijn vaak ook minder mobiel.

**Tips voor verpleegkundigen in de praktijk:**

- Door griep of een bovenste luchtweginfectie kan er snel een longontsteking ontstaan bij een oudere patiënt.
- Een vaak voorkomend symptoom, zoals hoesten, kan bij ouderen afwezig zijn.

Let dus op symptomen zoals snelle achteruitgang van de algemene toestand, plots toenemende verwardheid (delier), minder eten en moeilijker ademen.

Meld alle gedragsveranderingen steeds aan de behandelende geneesheer.

## 5.5 DIABETES

Diabetes is een chronische aandoening waarbij het bloedsuikergehalte verhoogd is. Dit kan twee oorzaken hebben: ofwel maakt het lichaam onvoldoende insuline aan, ofwel is de geproduceerde insuline onvoldoende werkzaam. In beide gevallen kunnen de cellen onvoldoende suiker (glucose) opnemen, waardoor het zich ophoopt in het bloed. Deze situatie noemen we diabetes mellitus of suikerziekte.

Bij type 1 maakt de pancreas te weinig insuline aan en dit door een probleem met de beta-cellen. Type 1 diabetes ontstaat meestal bij kinderen of jongvolwassenen en treft minder dan 10% van alle personen met diabetes. Meer dan 90% van de mensen met diabetes, hebben diabetes type 2. Deze treedt vooral op vanaf de leeftijd van 40 jaar. Hier wordt wel voldoende insuline aangemaakt, maar de insuline wordt niet goed opgenomen en dit door een probleem met de receptoren.

Bij onze oudere patiënten dienen we als verpleegkundige extra aandachtig te zijn voor accurate metingen, voor hypoglycemie en voor medicatie:

- Glycemiecontrole gebeurt door de alveesklier en deze is bij oudere patiënten niet altijd in staat om de suikerspiegel zelf onder controle te houden; daarom kunnen er door ziekte of een recente operatie, forse glycemieschommelingen zijn.
- Meet bij diabetespatiënten de glycemies steeds op de tijdstippen die door de arts bepaald worden.
- Wees aandachtig voor de glycemiewaarde die 's avonds wordt gemeten. Deze waarde dient te voldoen om de nacht door te komen. Indien je twijfelt, overleg dan met je collega's en/of contacteer de arts.

**Let goed op de symptomen bij een hypoglycemie:**

- Algemeen onwel voelen
- Bewustzijnsverlies
- Zweten en/of klam aanvoelen
- Dorst hebben, veel willen drinken
- Beven
- Geeuwen
- Hoofdpijn
- Hartkloppingen

Indien er sprake is van een hypoglycemie, contacteer dan meteen de arts. Een hypokit is steeds voorhanden en kan toegediend worden.

Dien de voorgeschreven medicatie op de juiste tijdstippen en met de juiste dosissen toe. Er zijn orale geneesmiddelen, maar ook voor subcutane toediening (insuline) en voor intraveneuze toedieningen (via een drip). Wees aandachtig voor bepaalde medicatie die de glycemie doet verhogen. Bijvoorbeeld Medrol toegediend bij een COPD-patiënt.

Schakel indien nodig de diabetes liaison persoon in. Deze persoon kan de patiënt mee opvolgen aan de hand van de glycemies en voorstellen doen tot aanpassingen voor de medicatie.

## 5.6 HARTFALEN

Bij hartfalen is de pompfunctie van het hart verzwakt. Hierdoor wordt onvoldoende bloed rondgepompt in het lichaam om alle organen en spieren te voorzien van zuurstof en voedingsstoffen.

Verpleegkundige aandachtspunten zijn er op vlak van behandeling, opvolging en ondersteuning:

### Behandeling

- Dien op de voorgeschreven tijdstippen de medicatie toe.
- Let er op dat de patiënt het eventueel voorgeschreven vocht- en natriumbeperkend dieet volgt.

### Opvolging

- Controleer op de correcte tijdstippen de vitale parameters van de patiënt: bloeddruk en pols.
- Let op zwelling van de benen of voeten en de kortademigheid bij patiënten met hartfalen, aangezien dit kan duiden op het toenemen van het vocht in het lichaam.
- Volg het gewicht van de patiënt met hartfalen dagelijks op voor het opsporen van het ophouden van vocht in het lichaam -> weeg de patiënt dagelijks en leg deze resultaten vast in het patiëntendossier zodat de arts ze kan raadplegen.
- Controleer het urinedebiet van de patiënt, opdat hij genoeg plast.

### Ondersteuning

- Help de patiënt met de ADL-taken indien er sprake is van toegenomen vermoeidheid. Dit kan veroorzaakt zijn door hartfalen.

Contacteer de arts meteen bij afwijkingen in de ademhaling, bloeddruk, gewicht,...

## 06 VAAK VOORKOMENDE PROBLEMEN

De geriatrische patiënt wordt regelmatig geconfronteerd met enkele typische probleemsituaties. Het is belangrijk dat de verpleegkundige de mechanismen van deze problemen verstaat en er deskundig mee kan omgaan. Ook hier zijn de vernoemde aandachtspunten voornamelijk vanuit de invalshoek van de kwetsbare geriatrische patiënt; verder dienen uiteraard de toepasselijke ziekenhuisbrede zorgprotocollen gevolgd te worden. We brengen 11 typisch geriatrische problemen onder de aandacht.

### 6.1 VALLEN

Een valincident is het ongewild op een lager niveau terechtkomen door de zorgvrager waarbij er wel dan niet een letsel kan ontstaan zoals bijvoorbeeld verstuingen of breuken. Ongeveer één op drie van de thuiswonende ouderen valt éénmaal per jaar. Bij ouderen met dementie loopt het percentage op tot 66%. Het valincident kan lichamelijke, psychosociale en economische gevolgen met zich meebrengen. Ouderen zijn zich er nog te weinig van bewust dat vallen een probleem is en dat valincidenten te voorkomen zijn.

**Praktische tips** voor verpleegkundigen zijn er in verband met de valmeldingen, de Valkuil en het valevaluatieformulier:

- Dat een geriatrische patiënt valt is nooit helemaal te voorkomen. Wat we vooral trachten te doen is de graad van schade zo veel mogelijk te beperken.
- Maak steeds een correcte melding van elk valincident via 'Ik meld...'

Misschien is het niet altijd duidelijk of de patiënt nu al dan niet gevallen is, maar we rekenen op de professionaliteit van elke verpleegkundige om zeker bij de minste schade een melding te krijgen. Deze meldingen zijn belangrijk om de weerkerende oorzaken van de valincidenten duidelijk te krijgen. Ook helpen ze ons om een beeld te krijgen van de evolutie van de valincidenten, dat we krijgen via de 'valindicator'.

Hierbij krijgt een valincident een groter gewicht naarmate de schade groter is.

#### **Enkele bijzondere tips ivm de hoger beschreven VALKUIL:**

- Laagstand bed
- Er zijn 'extra laag-bedden' ter beschikking, maak hier gebruik van. Hierdoor is fixatie vaak ook niet nodig.
- Kousen en slecht schoeisel vermijden
- Correct schoeisel zijn gesloten schoenen met een stevige zool (geen hakken).
- Er zijn antislipkousen voorhanden in het ziekenhuis.
- Uitstekende hulpmiddelen aanbieden
- Indien aangewezen, maak gebruik van een rollator, wandelstok,... Vraag hierbij het advies van de ergotherapeut en/of kinesitherapeut.

De bedoeling van het hoger vernoemde valevaluatieformulier is dat we de verschillende factoren aanpakken. Risicovolle medicatie is bijvoorbeeld slaapmedicatie, bloeddrukverlagende medicatie, diuretica en pijnmedicatie.

De arts kan via de controle en eventuele aanpassingen van geneesmiddelen ook het valrisico verminderen. Naast risicovolle medicatie en externe factoren zijn er ook interne risicofactoren:

- Ziekten, zoals diabetes, dementie, hartfalen, epilepsie en Parkinson;
- Algemene zwakte en spierzwakte;
- Duizeligheid;
- Verminderde mobiliteit

## 6.2 INCONTINENTIE: URINE

Urine-incontinentie of urineverlies komt voor in verschillende vormen:

- Inspanningsincontinentie: bij spanning of druk op de blaas werkt de sluitspier onvoldoende (bv. bij lachen, tillen, niesten of hoesten).
- Aandrangincontinentie: de blaaswand trekt onwillekeurig samen en dat leidt tot het lekken van de blaas. Er ontstaat dan een niet te onderdrukken plasdrang.
- Overloopincontinentie: het volledig leeg plassen lukt niet meer doordat de blaas afgesloten is, waardoor de blaas overloopt.

### Praktische tips voor verpleegkundigen:

- Maak het onderwerp bespreekbaar. Bij veel patiënten zit er een gevoel van schaamte en als wij het probleem niet bespreekbaar maken, kunnen we hun ook niet helpen.
- Urineretentie kan opgespoord worden door middel van het gebruik van de bladderscan. Bespreek de resultaten met de arts. De arts kan het plaatsen van een blaassondage voorschrijven of medicatie starten indien nodig. Indien de urineretentie langdurig is, kan de blaas uitrekken en/of kan er een acute verwardheid (delier) optreden.
- Bespreek de incontinentie met de arts. In sommige gevallen zijn er medische oorzaken die onderzocht dienen te worden en eventueel verholpen kunnen worden.
- Doe aan mictietraining. Help de patiënt op geregelde tijdstippen naar de WC gaan, opdat er een regelmaat in het plassen komt. Maak dus duidelijke afspraken met de patiënt hierover.
- Een belangrijke oorzaak is het verslappen van de bekkenbodemspieren. Train met behulp van een kinesitherapeut deze spieren ter versteviging.
- Let op een verhoogd valrisico doordat oudere patiënten vaak en te snel naar het toilet willen gaan.
- Gebruik het correcte incontinentiemateriaal. In ZOL werken we samen met Ontex en hiervan is er een duidelijke instructiefiche voorhanden.

## 6.3 GEHEUGENPROBLEMEN

### a. Bij het ouder worden..

- gaat het geheugen vaak achteruit. Dit kan zich uiten in lichte gedragsveranderingen, vergeetachtigheid of verwardheid.
- het is dus mogelijk dat deze verschijnselen 'bij het leven' horen, dan wel voortekenen zijn van een aandoening.

### b. Dementie in al zijn vormen

Dementie is een onomkeerbaar proces waarbij de symptomen geleidelijk aan ontstaan.

Verpleegkundige aandachtspunten en richtlijnen:

- Wees bedacht voor de symptomen die kunnen optreden, zoals vergeetachtigheid, problemen in het opnemen en begrijpen van nieuwe informatie, achterdochtigheid, het niet meer uitvoeren van dagelijkse taken, problemen met praten, lezen, schrijven en rekenen.
- De ergotherapeut kan meer duidelijkheid brengen via een MMSE. Een MMSE is een screenende test, dus doorgedreven onderzoek door middel van neuropsychologische testing is vaak nodig en loopt dan via de neuropsychologen.
- Ga op een correcte manier om met patiënten met dementie:
- Blijf respect hebben en wijs de patiënt niet op de vergeetachtigheid;
- Discussieer niet met de patiënt. Ga desnoods even weg en kom later terug om het opnieuw te proberen;
- Breng structuur aan in de dagindeling en omgeving;
- Praat duidelijk en met korte zinnen;
- Geef de patiënt taken om uit te voeren, zoals bijvoorbeeld een spel kaarten of kine-oefeningen.

### c. Delier

Een delier is een plots ontstane verwardheid, die eveneens zal verdwijnen als de oorzaken weggenomen of opgelost zijn.

Verpleegkundige aandachtspunten en richtlijnen: Wees alert op symptomen die kunnen wijzen op een delier:

- Toenemende verwardheid tegen de avond wanneer het begint te schemeren en tijdens de nacht;
- Verstoorde nachtrust, waardoor de patiënt dan overdag vermoeid is;
- Desoriëntatie in tijd en ruimte;
- Waanideeën of hallucinaties, bijvoorbeeld vele spinnen zien kruipen die er niet zijn;
- Angst en onrust;
- Prulgedrag, bijvoorbeeld aan de lakens trekken of de blaassonde uittrekken.

Ga na of van volgende zaken een oorzaak van delier kunnen zijn:

- Een opname in het ziekenhuis, door de verandering van omgeving;
- De aanwezigheid van een infectie;
- Een operatie;
- Zich in de terminale levensfase bevinden;
- Ontwenning van medicatie of alcohol.

Aanpak bij patiënten met een delier:

- Uiteraard wordt zo mogelijk de oorzaak behandeld; bijvoorbeeld antibiotica op voorschrift van de arts bij een infectie;
- Andere medicatie, zoals Haldol, kan gestart worden voor de onrust.
- Zorg dat de patiënt niet teveel prikkels krijgt, zoals bijvoorbeeld de muziek niet aanzetten.
- Zorg voor een goede oriëntatie:
- Geef de patiënt een klok en een kalender;
- Vertel regelmatig waar de patiënt is.
- Maak het onderwerp bespreekbaar. Soms is er schaamte bij de patiënt aanwezig door het gedrag dat hij gesteld heeft tijdens de verwardheid. Anderen kunnen zich er dan ook weer niets van herinneren.

## 6.4 GEDRAGSPROBLEMATIEK

Probleemgedrag is afhankelijk van de situatie, de persoonlijkheidskenmerken van de zorgvrager en de mensen om hem heen.

Wanneer we het over probleemgedrag hebben denken we vaak aan fysieke of verbale agressie maar ook ander type gedrag kan problematisch zijn, zoals:

- Weglopen
- Dwalen
- Roepen
- Teruggetrokken gedrag vertonen
- Angst
- Onrust
- Overmatig drinken
- Zelfverwonding

De aanpak zal in eerste instantie gebaseerd zijn op de analyse en inschatting van mogelijke oorzaken. De verpleegkundige anamnese bij de mantelzorg kan al veel nuttige informatie opleveren. Niet zelden zal de analyse en aanpak ook een agendapunt zijn op het wekelijks MDO. Zonodig kan beroep gedaan worden op de psycholoog of ouderenpsychiater. Vaak zal die aanpak individueel 'maatwerk' zijn.

Gedragsproblemen zijn vaak ook een uiting van onderliggend neurodegeneratief lijden of een neuro-psychiatrische problematiek bij een schizo-affectieve stoornis en late-onset psychose.

Meer specifiek inzake weglopen en dwalen zijn er een aantal voorzieningen op de afdelingen (in verband met de toegangsdeuren en met wegloup- en valdetectie). Fixatie mag pas een laatste noodoplossing zijn.

## 6.5 MALNUTRITIE/ONDERVOEDING

Ondervoeding is een vaak onder-geïdentificeerd probleem bij ouderen. 5 tot 12% van de thuiswonende ouderen hebben hiermee te maken. Het ongewenst gewichtsverlies kan tijdens een opname oplopen tot 50% van de ouderen, net zoals in woonzorgcentra.

Ondervoeding leidt tot een verhoogde kans op:

- algemene zwakte;
- verminderde spierkracht;
- verminderde wondheling;
- verlengde hospitalisatie;
- mortaliteit.

Door verschillende oorzaken eten ouderen soms minder goed:

- eenzaamheid;
- depressie/verdriet;
- dementie;
- pijn;
- verminderd functioneren van algemeen dagelijkse functies (geen boodschappen kunnen gaan doen, niet kunnen koken,...);
- bepaalde medicatie;
- mondproblemen/gebitsproblemen;
- verminderde slikfunctie;
- andere pathologieën.

Praktische tips voor verpleegkundigen:

- Vul het screeningsinstrument NRS in bij opname tijdens de anamnese.
- Weeg de patiënten minstens wekelijks tijdens de ziekenhuisopname.
- Bespreek gewichtsverlies met de arts en de diëtiste. De diëtiste dient altijd ingeschakeld te worden bij problemen omtrent voedingsinname.
- Noteer indien nodig de inname van voeding van de patiënt.
- Ga de oorzaak na van de ondervoeding. Bespreek deze oorzaak met de arts.
- De arts kan verschillende onderzoeken aanvragen indien nodig. Bijvoorbeeld een klinisch onderzoek, een bloedname (labo) en gastro-intestinale onderzoeken.
- Indien nodig kan de diëtiste en/of de psychologe ingeschakeld worden.

## 6.6 ZELFZORGTEKORT

Men spreekt over zelfzorgtekort als de oudere bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen hulp nodig heeft van derden. Er kan een zelfzorgtekort zijn op verschillende gebieden:

- Wassen
- Aankleden
- Eten
- Verplaatsen
- Toiletbezoek
- Continentie

Verpleegkundige aandachtspunten:

- Ga na wat de thuissituatie van de patiënt is
- Houd rekening met de mantelzorger, de familieleden of vertrouwenspersonen van de patiënt. Zij zijn belangrijk voor de patiënt en kunnen ons als verpleegkundigen ook helpen bijvoorbeeld bij het maaltijdgebeuren.
- De ergotherapeut kan ingeschakeld worden om een ADL-check te doen
- De dienst patiëntenbegeleiding kan gevraagd worden bij vragen rond de thuissituatie of bij een naderend ontslag uit het ziekenhuis.

## 6.7 MOBILITEITSPROBLEMATIEK

**Hier spreken we over bewegingsmogelijkheden, zonder immobiel te zijn.**

Verminderde mobiliteit beschrijft een beperking in het gebruik of in de spierkracht van armen en benen ..

Verpleegkundige aandachtspunten en richtlijnen:

Schakel bij opname van de patiënt in het ziekenhuis meteen de kinesitherapeut en de ergotherapeut in.

- Er wordt een duidelijk beeld verkregen van de mobiliteit van de patiënt;
- Er wordt gestart met een duidelijk behandelplan om de mobiliteit van de patiënt terug zo optimaal mogelijk te krijgen;
- Er worden eventueel aanbevelingen gedaan voor het gebruik van een correct hulpmiddel;
- Gebruik bij transfers de voorgeschreven hulpmiddelen, zoals een rollator, een looprek of een kruk;
- Geef deze educatie ook aan de patiënt en familie;
- Wees alert voor de multifactoriële aandachtspunten in het kader van de mobiliteit ter preventie van het vallen.

## 6.8 VRIJHEIDSBEPERKING

Vrijheidsbeperking of fixatie is jammer genoeg soms noodzakelijk op een geriatrische afdeling. Onder fixatie verstaan we fysieke fixatie, dit wil zeggen dat er gebruik gemaakt wordt van materiaal om de bewegingsvrijheid van de zorgvrager te beperken.

Er zijn verschillende vormen van fixatie:

- Bedbaren
- Voorzettafel
- 3-puntsfixatie
- 5-puntsfixatie

Inzake de verpleegkundige richtlijnen verwijzen we naar het ZOL fixatie protocol. We herhalen hier de voorname aandachtspunten:

### **In verband met de beslissing tot fixatie**

Fixatie is een B1-handeling, hiervoor is geen medisch voorschrift nodig. De beslissing om over te gaan tot fysieke fixatie dient wel te gebeuren in multidisciplinair overleg tussen arts en verpleegkundige. De verpleging mag bij hoogdringendheid zelf handelen. Er wordt ook toestemming gevraagd aan familie indien het om een wilsonbekwame patiënt gaat.

### **Gebruik enkel fixerende maatregelen indien andere opties niet mogelijk zijn. Andere opties zijn bijvoorbeeld:**

- Een extra laag bed gebruiken;
- De patiënt laten verblijven op een gesloten afdeling waar hij niet kan weglopen.
- Laat de bedbaren omlaag zodat de patiënt er niet over kan klimmen (ttz voor die patiënten die daar fysiek toe in staat zijn) .
- Doe debedbaren enkel omhoog zetten bij het vervoeren van de patiënt met het bed naar onderzoeken of naar de operatiezaal. Of op vraag van de patiënt of familie.
- Maak correct gebruik van het fixatiemateriaal in bed:
- Steeds één arm fixeren, het tegenovergestelde been fixeren en de buikband gebruiken.
- Of maak gebruik van een trappelzak/slaapzak.
- Maak in de zetel gebruik van de voorzettafel.
- Doe deze voorzettafel weg indien er familie of bezoek bij de patiënt is, die op de patiënt kunnen letten.
- Vul het fixatieformulier in bij gebruik van fixatie en controleer de patiënt minstens om de 2 uren.
- Zorg dat de patiënt nooit gekneld zit, dus doe de fixatie niet te strak.

## **6.9 POLYFARMACIE EN THERAPIE-ONTROUW**

Als patiënten vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, spreekt men over polyfarmacie.

De aanwezigheid van polyopathie bij de oudere zorgvrager zorgt ervoor dat polyfarmacie optreedt.

Polyfarmacie is het gelijktijdig gebruik maken van vijf of meerdere geneesmiddelen en houdt een aantal risico's in. Deze risico's bestaan uit het gebruik maken van geneesmiddelen zonder een duidelijke indicatie, gebruik maken van twee identieke middelen, gebruik maken van middelen die contra-geïndiceerd zijn en het gebruik maken van middelen voor het bestrijden van bijwerkingen van andere middelen. Meer geneesmiddelen geven uiteraard ook meer kans op interacties. Daarnaast spelen veranderingen in de farmacokinetiek en -dynamiek de zorgvrager parten.

Tips voor verpleegkundigen in de praktijk:

- Let op voor geneesmiddelen die een invloed hebben op bijvoorbeeld het valrisico (onder andere slaapmedicatie), de eetlust of de transit (moeilijk of geen stoelgang maken door bijvoorbeeld bepaalde pijnmedicatie).
- Let op interacties tussen geneesmiddelen en de ongewenste effecten hierdoor. Signaleer deze tijdig bij de behandelende arts.
- Vaak is een opname een kans voor de geriater om onder goed bewaakte omstandigheden een aantal medicaties af te bouwen.



Indien de patiënten hun medicatie niet correct innemen of vergeten in te nemen, spreken we van therapieontrouw. Dit kan dus bewust of onbewust (door geheugenproblemen) voorkomen. Daarom zijn volgende punten belangrijk:

- In het ziekenhuis wordt de medicatie door de verpleegkundige op de nodige tijdstippen aan de oudere patiënt gegeven.
- Zeker bij verwarde patiënten of patiënten met dementie is het aangewezen om bij de patiënt te blijven totdat de medicatie werkelijk ingenomen is. Het kan namelijk zijn dat de patiënt aangeeft de medicatie ingenomen te hebben, terwijl dit niet klopt.

## 6.10 PIJNPROBLEMATIEK

Pijn is wat de patiënt zegt dat het is, en treedt op wanneer hij/zij het zegt; pijn is gelokaliseerd daar waar de patiënt het zegt en is zo intens als hij het zegt. Dit op voorwaarde dat de juiste schaal werd gebruikt (zie verder).

-Acute pijn treedt plots op als reactie op een pijnprikkel. Wanneer de oorzaak verwijderd wordt en de gevolgen behandeld zijn, verdwijnt de pijn spontaan en relatief snel.

-Chronische pijn houdt gedurende een lange tijd aan, soms levenslang. Artsen beschouwen deze pijn meer en meer als een ziekte op zich die alle aandacht verdient. Chronische pijn zorgt er vaak voor dat normaal functioneren moeilijker wordt. Een behandeling en opvolging door de arts is noodzakelijk. Ouderen kunnen door verschillende oorzaken een pijnprobleem hebben. Bijvoorbeeld door artrose, een breuk, een hematoom na een val, zenuw schade of een (decubitus)wonde.

We verwijzen naar het ZOL pijnprotocol. Enkele belangrijke principes ter herinnering:

Gebruik in principe de VAS (visueel analoge schaal) voor het bevragen van de pijn.

- Onderneem actie bij een pijnscore groter dan of gelijk aan 4: contacteer de arts en/of geef de voorgeschreven pijnmedicatie;
- Herevalueer nadien de pijn.

Gebruik de PAINAD (Pain in advanced dementia) voor de pijnscore bij dementerende ouderen te meten.

Voor de geriatrische verpleegkundige zijn er volgende aandachtspunten :

- Houd rekening met de psychosociale aspecten van pijn. De patiënt kan depressief, angstig of boos worden.
- Zonodig kan de psycholoog ingeschakeld worden.
- Wees alert voor de lichamelijke gevolgen, zoals een verminderde mobiliteit, die aanwezig kunnen zijn door het pijnprobleem. Als gevolg kunnen ouderen steeds minder zelf de dagelijkse activiteiten uitvoeren, zoals zich verplaatsen, zich wassen of alleen naar het toilet gaan. Daarnaast kan het slaappatroon verstoord worden.
- Door (chronische) pijn kan ook de cognitieve status (sneller) achteruit gaan.

## 6.11 PALLIATIEF BELEID – VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Het doel van palliatieve zorg is niet meer om de zorgvrager te genezen. Het doel is wel om de zorgvrager en zijn omgeving de hoogst mogelijke levenskwaliteit te bieden in het laatste deel van het leven.

De regering heeft in 2002 een aantal wetten aangenomen die het levenseinde regelen. Daardoor heeft elke Belg een aantal keuzemogelijkheden die met het levenseinde te maken hebben. Die keuzes kunnen niet alleen gemaakt worden op het moment dat men ernstig ziek is of wanneer het levenseinde nadert, men kan ze ook vandaag al stellen. We spreken dan van vroegtijdige zorgplanning. Vroegtijdige zorgplanning is een proces van continu overleg tussen zorgvragers en zorgverleners, gericht op het uitklaren van iemands waarden en wensen t.a.v. palliatieve zorg. Bij voorkeur worden die waarden en wensen ook meegedeeld aan familieleden en belangrijke naasten, in het bijzonder met het oog op het aanduiden van een vertegenwoordiger.

Verpleegkundige aandachtspunten en richtlijnen zijn als volgt in verband met:

### het palliatief beleid

- Schakel het palliatief supportteam in.
- Als de patiënt zijn laatste dagen op de afdeling doorbrengt, wordt gebruik gemaakt van het ZOL terminaal zorgpad

### vroegtijdige zorgplanning:

Maak dit onderwerp zonodig bespreekbaar.

- Zorg dat de patiënt zijn wensen kan aangeven.
- Bespreek deze wensen met de behandelende arts.

### DNR-codes

De beslissing om een DNR-code te geven, ligt in de handen van de behandelende arts: ttz bij de ziekenhuisarts als de patiënt opgenomen is en bij de huisarts als de patiënt thuis of in het woonzorgcentrum verblijft. Wel goed om weten is dat deze artsengroepen in onze ziekenhuisregio afgesproken hebben om dezelfde formulieren van DNR en vroegtijdige zorgplanning te gebruiken en zo goed mogelijk voor continuïteit inzake therapeutische beperkingen en palliatief beleid.

## 07 VAARDIGHEDEN I.V.M. INTENSIEVE SAMENWERKING

Het mag intussen duidelijk zijn dat geriatrische verpleging een bijzonder complexe aangelegenheid is. In ons beleid leggen we daarom de nadruk op drie eenvoudige boodschappen die de belangrijke zaken evenwel goed samenvatten:

- 'iedereen is ok'
- 'geen nieuws is goed nieuws'
- 'wij zijn goed bezig'.

### 7.1 IEDEREEN IS OK

Vanuit personeelszaken worden een aantal competenties voorgehouden die de verpleegkundigen dienen te bezitten om hun werk goed te kunnen doen. Voor de geriatrische verpleging kunnen de vele competenties als volgt worden samengevat:

#### 'Zorgvuldige en zorgzame zorg'

Zorgvuldig betekent de juiste zorg op de juiste wijze. Zorgzaam betekent met de warme attitude van een geriatrische verpleegkundige.

#### 'Samenwerking en communicatie'

Wij vinden een goede verstandhouding tussen de teamleden onderling en met de leidinggevende super belangrijk; in een multidisciplinaire werking zijn deze zelfs onontbeerlijk. We vernoemen enkele voorbeelden waar deze competenties erg belangrijk zijn:

- op het hoofdenoverleg staat onder 'Kwaliteitsopvolging' als eerste onderdeel: 'leerzame casus'. Wij nodigen inderdaad alle medewerkers uit om andere collega's te laten profiteren van de eigen ervaringen over fout of bijna fout gelopen situaties; dit veronderstelt natuurlijk een professionele open feedback cultuur.
- we proberen klachtmeldingen te voorkomen; vaak is hierbij doorslaggevend een deskundige communicatie met de mantelzorg; als het toch niet gelukt is om het probleem op de afdeling op te lossen, dan denken we na wat we in de toekomst kunnen doen om te vermijden dat een pt/familie naar de ombudsdienst gaat;
- geriatrische afdelingen helpen mekaar: als de mobiele equipe niet kan helpen, kan altijd bij een andere geriatrische afdeling hulp gevraagd worden. De buurafdeling is daarbij meestal de eerste die aangesproken wordt: zo hebben we volgende koppels: K30><K35 ; K25><K4.00 ; LC0><LC1.

NB. deze hulp wordt genoteerd en elk jaar in rekening gebracht bij de budgetinvulling.

#### 'Efficiëntie'

De noden, behoeften en risico's van een geriatrische patiënt zijn divers en talrijk. De zorgzwaarte is dus hoog. Op een geriatrische dienst hebben we dus verpleegkundigen nodig die van aanpakken weten en dat ook niet erg vinden.

Tenzij in geval van overmacht (bvb. andere kwalificatie, gezondheidsproblemen..) wordt verwacht dat elk teamlid na de opleidingsperiode hieraan voldoet. Op die manier bouwen wij aan sterke, dynamische en aantrekkelijke teams waar onze patiënten recht op hebben.

## 7.2 GEEN NIEUWS IS GOED NIEUWS

Bij de hierboven vernoemde 'zorgvuldige' zorg kan men een onderscheid maken tussen:

- De typische geriatrische aandoeningen en problemen
- De basiszorgdomeinen zoals die op elke afdeling en voor elk specialisme gelden

Die basiszorgdomeinen zijn wel heel belangrijk voor de geriatrische patiënt en wij willen dat de kwaliteit van de basiszorg op een preventieve, continue en duurzame manier verzekerd wordt. Wij hebben daarbij gekozen voor een taakverdeling en een aanpak waarbij ieder teamlid ertoe bijdraagt dat de kwaliteit van deze basiszorg een vanzelfsprekendheid wordt, een automatische routine. We maken daarbij graag gebruik van de ZOL referentiewerkgroepen.

Zoals aangegeven onder: 'Organisatie van de verpleging: referentiewerkgroepen', betekent dit dat elk teamlid zich specialiseert in een of ander zorgdomein, zorgt dat de praktische organisatie ok is, de kwaliteitsmetingen opvolgt en zondig actie voorstelt en vooral er op toeziet dat de collega's de richtlijnen op een behoorlijke wijze toepassen.

In elke werkgroep is er een 'aanspreekpersoon'. Met hem of haar heeft de hoofdverpleegkundige de afspraak: 'als ik van u niets verneem, dan mag ik ervan uitgaan dat het goed gaat met het zorgdomein van uw werkgroep'. De aanspreekpersoon zorgt ook voor de kwartale rapportering in het beleidsplan van de afdeling. Onze basiszorgdomeinen zijn zo breed en zo talrijk dat wij enkel via een taakverdeling dit kunnen waarmaken. Men zal nu ook begrijpen waarom wij een goede samenwerking en communicatie zo belangrijk vinden voor onze teamleden.

Elk nieuw teamlid wordt uitgenodigd om te kijken welk zorgdomein zijn of haar bijdrage kan gebruiken.

## 7.3 WE ZIJN GOED BEZIG

Het mag intussen duidelijk zijn dat geriatrische verpleging een zeer brede en complexe internistische discipline is.

Waar het enigszins mogelijk is, zullen wij proberen om de kwaliteit van deze specifiek geriatrische zorg ook aan te tonen. Dit kan via een aantal items uit het Q-dashboard. Dit kan ook via andere indicatoren, bvb. onze valindicator en het onder controle houden van de klachtmeldingen. We hopen ook binnenkort een degelijke meting te hebben van de tevredenheid van onze patiënten en/of mantelzorgers.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat we de kwaliteit van onze geriatrische expertise kunnen aantonen:

- zodat we weten waar we die eventueel nog kunnen verbeteren;
- zodat we fier mogen zijn op de reeds behaalde resultaten.

Dit is een ambitie die de hoofdverpleegkundigen zich hebben voorgenomen en die ze zullen kenbaar maken zodra zij de randvoorwaarden ervoor in orde vinden.

K4.00 overweegt om zich vooral toe te leggen op het voorkomen van klachtmeldingen bij de geriatrische zorgvrager en bij correcte aanpak op basis daarvan. Dit wil zeggen het snel detecteren van ontevredenheid bij de patiënt en juiste communicatie. Zo snel mogelijk dus de hoofdverpleegkundige verwittigen of de vervangende dagpost.

## 08 HET INWERKINGSPLAN VOOR NIEUWE GERIATRIE VERPLEEGKUNDIGEN

Bij de introductie wordt een peter/meter aangesteld voor de nieuwe medewerker. Het kan zijn dat de hoofdverpleegkundige deze taak zelf opneemt; het is mogelijk dat dit een ervaren collega is, bv. iemand van de mentoren.

In het volgend overzicht wordt opgelijst 'wat van de informatiebrochure tegen wanneer dient geëvalueerd te worden'.

Het volgend overzicht mag de nieuwe collega helpen om zijn/haar leerproces in te delen, te plannen.

De nieuwe medewerker wordt gevraagd voorafgaand aan elke bespreking met de peter/meter:

- tijdig een afspraak te maken met de peter of meter;
- de te bespreken items vooraf goed voor zich zelf na te gaan.

Voor elk item noteert de peter/meter + (voldoende ) of - (te hernemen). Als er in het derde gesprek nog items zijn die moeten hernomen worden, kunnen die bv. hernomen worden bij het OG van 6 maanden.

De resultaten van de opvolging via het inwerkingsplan worden ook geïntegreerd in de ontwikkelingsgesprekken.







[www.ZOL.be](http://www.ZOL.be)



[www.twitter.com/ZOLziekenhuis](https://www.twitter.com/ZOLziekenhuis)



[www.facebook.com/ZOLzh](https://www.facebook.com/ZOLzh)



[www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis](https://www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis)

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via [www.zol.be](http://www.zol.be)

Raadpleeg online uw medisch dossier via [www.mijnzol.be](http://www.mijnzol.be)