



GDEG

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

ZOL GENK
tel. +32(0)89 32 50 50
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel.+32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste student,

Hartelijk welkom op onze afdeling.

We vinden het belangrijk dat u zo goed mogelijk geïnformeerd wordt over onze afdeling.

In deze brochure vindt u alle informatie die specifiek is voor de geriatrie afdelingen en in het bijzonder over het dagziekenhuis geriatrie.

We willen immers niet in herhaling vallen met de algemene ZOL-informatie die u mocht ontvangen. Ook de ziekenhuisbrede verzorgingsprotocollen worden hier niet herhaald.

Deze brochure richt zich zowel op nieuwe medewerkers als studenten. U zal zelf merken welke voor u op dit moment de leerzame / belangrijke elementen zijn.

Voor de nieuwe medewerker worden heel wat elementen opgevolgd in de inservicemap.

INHOUDSTAFEL

1. Welkom en wegwijs	3
1.1 Hartelijk welkom en ter info aan onze nieuwe medewerkers, student	
2. Praktisch-organisatorische aspecten	4
2.1 Over Geriatrie: Patiënt, zorgprogramma en afdeling	
2.2 Infrastructuur	
2.3 Multidisciplinair team	
2.4 Organisatie van ons verpleegkundig team	
2.5 Specifieke werking Geriatrie	
3. Verpleegkundig-inhoudelijke aspecten	11
3.1 Attitude	
3.2 Brede kennis en kunde	
3.3 Vaak voorkomende pathologieën	
3.4 Vaak voorkomende problemen	
4. Endocrinologie	24
5. Het inwerkingsplan voor nieuwe Geriatrie verpleegkundigen en studenten	25

01 WELKOM EN WEGWIJS

1.1 HARTELIJK WELKOM EN TER INFO AAN ONZE NIEUWE MEDEWERKERS, STUDENT

Beste nieuwe medewerker, student.

Van harte welkom in het dagziekenhuis geriatrie.

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 het kader van onze patiëntenzorg. Een brochure kan echter niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de arts, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen en therapeuten je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

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 Dagziekenhuis Geriatrie

02 PRAKTISCH-ORGANISATORISCHE ASPECTEN

2.1 OVER GERIATRIE: PATIËNT, ZORGPROGRAMMA EN AFDELING

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

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

- Fragiliteit en beperkte homeostase
- Actieve polypathologie
- Atypische klinische beelden
- Verstoorde 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 basiskarakteristiek van de geriatricie zorgvrager;
- Hoe ouder de zorgvrager wordt hoe groter het risico op frailty is;
- Omwille van de multipathologie bij de geriatricie patiënt is een multidisciplinaire aanpak ook logisch.

Het dagziekenhuis geriatricie is één van de vijf pijlers van het geriatricie zorgprogramma. Behalve een dagziekenhuis geriatricie moet men ook beschikken over een erkende dienst geriatricie, een geriatricie consult-functie en een interne en externe liaison functie. Meer uitleg over deze functies vindt men op het ZOLnet onder 'het multidisciplinair geriatricie handboek'.

2.2 INFRASTRUCTUUR

2.2.1. Aangepaste infrastructuur:

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

Het dagziekenhuis geriatricie dient volgens de wetgever te beschikken over:

1. Voldoende onderzoekslokalen voor medische, verpleegkundige en andere zorgverleners.
2. Een verzorgingslokaal
3. Een rustlokaal met aangepaste zetels
4. Een eetkamer
5. Voldoende sanitaire installaties voor patiënten

De voor een revalidatie benodigde infrastructuur moet toegankelijk zijn voor de in de daghospitalisatie opgenomen patiënten.

2.2.2. Indeling / Plan

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

Onze afdeling ligt op het gelijkvloers in de zogenaamde K-blok van campus Sint-Jan. De afdeling telt 8 zetels en 5 bedden.

Centraal vind je de balie en verpleegpost alsook de apotheek. Verder hebben we een dagzaal, spoelruimte, dokterslokaal, een lokaal voor liaison geriatrie, een berging, onderzoekslokaal, patiëntenkamers en een kinézaal. Meer details vind je op het volgend plan.

2.3 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

2.3.1. Functies/beroepsgroepen

Geriatr

De geriatr is een arts die gespecialiseerd is in de ouderengeneeskunde, hij / zij is de 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.

Kinesitherapeut

De kinesisten willen de zelfredzaamheid en de mobiliteit zo lang mogelijk optimaal houden. In het dagziekenhuis checkt de kinesist de mobiliteit van de patiënten. Verder geven ze samen met de ergotherapeut het revalidatieprogramma Balans in het dagziekenhuis.

Ergotherapeut

De ergotherapeut helpt de geriatrische zorgvrager om de dagelijkse activiteiten zo zelfstandig mogelijk uit te voeren. Op het dagziekenhuis geriatrie worden ze betrokken bij de valevaluaties, geheugentesten, patiënten die preoperatief of postoperatief komen. Ze geven de mensen tips over valpreventie, hulpmiddelen, aanpassing van de woning,...

Samen met de kinesitherapeut geven ze het revalidatieprogramma Balans.

Logopedist

De logopedist maakt geen deel uit van ons team, maar kan steeds bij onze patiënten gevraagd worden zo nodig.

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. Op het dagziekenhuis geriatrie bekijken ze vooral de thuissituatie. Ook worden ze zo nodig be-

trokken bij onze pre-operatieve orthopedie patiënten, om eventueel extra thuiszorg of een opname op een revalidatieafdeling te voorzien na de operatie.

Diëtist

De diëtist maakt geen deel uit van ons team, maar kan steeds bij onze patiënten gevraagd worden indien nodig.

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 wordt gedacht aan: dementie, kauw- en slikproblemen, algemene achteruitgang, verminderde eetlust, ...

Psycholoog

De psycholoog in het dagziekenhuis geriatrie houdt zich vooral bezig met neuropsychologisch onderzoek bij onze geheugenpatiënten. Daarnaast hebben ze ook altijd een gesprek met de familie van onze geheugenpatiënten, zodat we een hetero-anamnese verkrijgen. Zo nodig kan de psychologe in deze gesprekken ook al tips geven aan familie hoe ze met een familielid, met dementie, kunnen omgaan.

2.3.2. Personen per beroepsgroep

Afdelingsspecifiek GDEG	Multidisciplinair team	
Geriatr	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Joris Meeuwissen • Dr. Nele Czech 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Simon Van Cleynenbreugel • Dr. Elien Brouwers
Hoofdverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> • Hellen Goossens 	
Mentoren	<ul style="list-style-type: none"> • Hellen Goossens • Dorien Cupers 	<ul style="list-style-type: none"> • Wendy Vliegen
Verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> • David Hendrixx • Magda Pusnik 	<ul style="list-style-type: none"> • Dorien Cupers • Sonja Roosen
	<ul style="list-style-type: none"> • Wendy Vliegen 	
Ergotherapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Marie Cortoos • Wendy Dalemans 	<ul style="list-style-type: none"> • Ietje Solheid
Sociale dienst	<ul style="list-style-type: none"> • An Schreurs 	
Psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> • Katrien Schabregs 	<ul style="list-style-type: none"> • Sofie Gielen
Kinesist	<ul style="list-style-type: none"> • afwisselend 	

2.3.3. Multidisciplinair overleg

In het dagziekenhuis geriatrie is er geen vast moment voor een multidisciplinair overleg. Overleg gebeurt hier adhoc. De nodige informatie wordt op informele momenten uitgewisseld tussen verpleegkundige, geriatr, gerontopsychiater, psychologe, ergotherapeut, kinesist en sociale dienst.

2.4 ORGANISATIE VAN ONS VERPLEEGKUNDIG TEAM

2.4.1. Posten

In het dagziekenhuis geriatrie zijn we meestal met twee of drie verpleegkundigen. Eén verpleegkundige werkt een C8 (7u30 tot 16u00) en de andere een D8 (8u tot 16u30).

2.4.2. Verpleegkundige taken

	Dagindeling
07u30	<ul style="list-style-type: none">• Er is een patiënttoewijzing in het dagziekenhuis geriatrie• Koffie zetten• Mug kar nakijken• Bedden opmaken• Afspraken controleren• Administratie in orde brengen
8u00	<ul style="list-style-type: none">• Ontvangst van de patiënten: jas aannemen, uitleg onderzoeken, checken of de familie bij onze geheugenpatiënten blijft...• Anamnese afnemen• Medicatie bevragen• Bloednames afnemen• Infuus prikken• Parameters nemen• ECG afnemen
8u30	<ul style="list-style-type: none">• Bellen naar longfunctie om te horen of onze patiënten mogen gaan.
9u00	<ul style="list-style-type: none">• Bellen naar CT om te horen of onze patiënten mogen gaan voor hun onderzoeken.
9u30	<ul style="list-style-type: none">• Onthaal patiënten die voor Aclasta, injectafer of aderlating komen, bloed trekken en een infuuslotje plaatsen. Parameters nemen, medicatie bevragen en anamnese.• Afname vragenlijst sociale dienst bij onze pre-operatieve patiënten en zo nodig sociale dienst contacteren.• Psychologe ziet de familie van onze geheugenpatiënten
10u00	<ul style="list-style-type: none">• Bellen naar RX om te horen of onze pre-operatieve patiënten mogen komen.
11u00	<ul style="list-style-type: none">• Koffie zetten voor het middagmaal
11u15	<ul style="list-style-type: none">• Kiné bellen indien deze nog niet geweest zijn voor onze Aclasta patiënten, TAVI patiënten, patiënten met een valrisico en post-covid patiënten.
11u30	<ul style="list-style-type: none">• Middagmaal (boterhammen met soep) bedelen.
13u00	<ul style="list-style-type: none">• Onthaal patiënten die komen voor aderlatingen, herevaluatie geheugen, Aclasta, ...
13u00 - 16u30	<ul style="list-style-type: none">• De dokter komt de patiënten zien,• Anamnese afnemen bij de patiënten van de geheugenraadpleging• Eventueel extra onderzoeken plannen, afspraken maken...• Klarleggen materiaal voor de volgende dag• Tussendoor de planning maken voor volgende week• Dagziekenhuis afsluiten: gebruikte bedden aftrekken, thermosflessen leegmaken, afsluiten burelen, dossiers afsluiten in HIX, PC's afsluiten...

Wij maken gebruik van een taakverdeling / werkorganisatie. Patiënten en taken worden toegewezen aan een verpleegkundige. Ook studenten kunnen zien aan welke verpleegkundige ze gekoppeld zijn.

Dagverdeling (2 verpleegkundigen) - Maandag/dinsdag		
	Post 1 (7u30 - 16u00)	Post 2 (8u00 - 16u30)
7u30 - 8u00	Vorbereiding	
Pat. verdeling VM	Slot 1:	Slot 2:
	Slot 3:	Slot 4:
	Slot 5:	Slot 6:
	Slot 7:	Slot 8:
	Slot 9:	Slot 10:
	Slot 11:	Slot 12:
Pauze 11u30 -12u00		
Pauze 12u00 -12u30		
Pat. verdeling NM	Slot 13:	Geheugen 1:
	Slot 14:	Geheugen 2:
	Slot 15:	Geheugen 3:
	Slot 16:	Geheugen 4:
	Slot 17:	Geheugen 5:
	Slot 18:	
15u30 - 16u00		Klaarleggen
Extra taken		

2.4.3. Patiënten

De patiënten die naar het dagziekenhuis komen, komen voor:

- Geheugen
- Valproblematiek
- Pre-operatieve onderzoeken, TAVI
- Bloedtransfusie
- Toediening iv-medicatie: aclasta, injectafer
- Aderlating
- Post-covid patiënten
- Infectieziekte

2.5 SPECIFIEKE WERKING GERIATRIE

2.5.1 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 men raadplegen op ZOLnet.

We lichten de belangrijkste screenings even toe:

2.5.1.1. 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

- VALKUIL = Algemene preventiemaatregelen die voor alle gehospitaliseerde zorgvragers van toepassing zijn. VALKUIL 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 ³ 1 + valrisico brochure afgeven

Stap 3: Herevaluatie

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

2.5.1.2. 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 1-4. 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.

2.5.1.3. 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 drie 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.

2.5.2 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.

2.5.3 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 belangrijk dat we tijd nemen om te luisteren naar de mantelzorger bij het stellen van de diagnose, 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.

2.5.4 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.

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.

03 VERPLEEGKUNDIG-INHOUDELIJKE ASPECTEN

3.1 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 geriatrische patiënten. Dit uit zich onder andere in volgende zaken:

- Aandacht en bekommernis voor het welzijn van de oudere medemens – de mogelijkheden willen zien die een ouder patiënt nog heeft en deze willen mee helpen te ontwikkelen/behouden
- 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.

3.2 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.

3.2.1. Basishandelingen volgens de stelsels

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

Ademhalingstelsel

- O₂-toediening via O₂-bril of O₂-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

Spijsverteringstelsel

- Inbrengen van maagsonde
- Toedienen van sondevoeding via microsonde of gastrostomiesonde
- Manuele verwijdering van faecalomen (PPA)
- Toedienen lavementen en microklysmas
- 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, wicken en drains
- Decubituspreventie

Metabolisme

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

3.2.2. 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

3.2.3 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

3.2.4 Hulp bij het stellen van diagnose

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

3.2.5 Assistentie bij specifieke handelingen

- Verwijderen / verzorgen PICC-katheter
- Lumbaalpunctie
- Arteriële bloedname

3.3 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.

3.3.1 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 glucocorticoïden

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.

3.3.2 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.

3.3.3 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 verblijfssonde; het plaatsen van verblijfssonde 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, hematurie, ...

3.3.4 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.

3.3.5 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 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.

3.3.6 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 door 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 deze 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,...

3.4 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.

3.4.1 Vallen

Een valincident is het ongewild op een lager niveau terechtkomen door de zorgvrager waarbij er al dan niet een letsel kan ontstaan zoals bijvoorbeeld verstuikingen of breuken. Ongeveer één op drie van de thuiswonende ouderen valt eenmaal 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 nog te weinig 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 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 zelfs bij de minste schade een melding te doen. Deze meldingen zijn belangrijk om de weerkerende oorzaken van de valincidenten scherp te krijgen. Ook geven ze ons een beeld van de evolutie van de valincidenten, via de 'valindicator'. Hierbij krijgt een valincident een groter gewicht naarmate de schade groter is.
- Enkele bijzondere tips ivm de hoger beschreven VALKUIL:
 - veilige omgeving (opgeruimd staat netjes)
 - **Altijd** een bel in de buurt
 - **Laagstand** bed
 - **Kousen** en slecht schoeisel vermijden
 - **Uitstekende** hulpmiddelen aanbieden
 - **In** remstand bed en stoel
 - **Licht** genoeg

- De bedoeling van het hoger vernoemde valevaluatieformulier is dat we de verschillende factoren aanpakken bv.:
 - 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

3.4.2 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 leegplassen lukt niet meer doordat de blaas afgesloten is, waardoor de blaas overloopt.

Praktische tips voor verpleegkundigen:

- Maak het onderwerp bespreekbaar. Veel patiënten kampen met 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 het toilet 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.

3.4.3 Geheugenproblemen

a. Bij het ouder worden..

Vaak gaat het geheugen 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 respectvol 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 kiné-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.

3.4.4 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 aanpassing zal in eerste instantie gebaseerd zijn op de analyse en inschatting van mogelijke oorzaken. De verpleegkundige anamnese bij de mantelzorger 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.

3.4.5 Malnutritie/ondervoeding

Ondervoeding is een vaak onder gediagnosticeerd 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.

3.4.6 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.

3.4.7 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.

3.4.8 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 voornaamste 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 de bedbaren enkel omhoog bij het vervoeren van de patiënt met bed naar onderzoeken of naar de operatiezaal. Of op vraag van de patiënt of familie.
- Maak correct gebruik van het fixatiemateriaal in het 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.

3.4.9 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.

3.4.10 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 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) om 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.

04 ENDOCRINOLOGIE

Vrijdag in de voormiddag komen de patiënten naar de afdeling GDEG voor endocrinologie. Dokter Heddy Van Leeuwen is de verantwoordelijke arts (endocrinologie).

De patiënten die dan aanwezig zijn, komen voor:

- IV-behandeling (Injectafer, Aclasta , ...)
- Aderlating
- Endocrinologische testen:
 - OGTT: Orale Glucose Tolerantie Test
 - ITT: Insuline Tolerantie Test
 - Synacthentest
 - Prolatinetest
 - ...

05 HET INWERKINGSPLAN VOOR NIEUWE GERIATIE VERPLEEGKUNDIGEN EN STUDENTEN

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
- om de te bespreken items vooraf goed voor zichzelf na te gaan

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.

STUDENTEN

Studenten geven bij de start van de stage de leerdoelen weer. Zo is de mentor/verpleegkundige op de hoogte van eventuele werkpunten.

De student is zelf verantwoordelijk voor zijn/haar feedback. Hij of zij vraagt iedere dag feedback en noteert een zelfreflectie. Onze mentoren/ verpleegkundigen zullen dit ook steeds met jullie bespreken.

Afhankelijk van de school komt de leerkracht leerbegeleiding doen. Zij voorziet dan ook een tussentijdse evaluatie en eindevaluatie.

Naam : Startdatum :	In-tro- datum:	Peter/meter ... datum:	Peter/meter ... datum:	Peter/meter ... datum:	Peter/meter ... datum:			
Thema	2 weken	+	6 weken	+	3 maanden	+	6 maanden	+
		-		-		-		-
Praktisch-organisatorische aspecten								
Informatie- doorstroming	2.4.5	Is dit duidelijk?		Neemt men infor- matie goed op?			Geeft men zelf input bij deze momenten?	
Multidisciplinaire samenwerking	2.3			Kent men de bijdrage van de diverse beroeps- groepen?			Kan men de exper- tise van de andere beroeps-groe- pen in-schakelen voor de patiënt?	
Riscoscreening	2.5 .1	Kan men de ver- schillende risico- screenings toepas- sen?		Kan men de vast-gestelde risico's op de juiste manier aanpak- ken?				
Mantelzorg	2.5 .3	Kan men de ver- pleegkundi- ge anamnese correct invullen?		Kan men een sa- men-werkings-re- latie op-bouwen?		Kan men educa- tie en informatie geven?	Slecht nieuws gesprek?	
Ontslag	2.5 .4			Is de ontslag- pro-cedure gekend?		Kan men een ont- slag regelen ?		
Verpleegkundig-inhoudelijke aspecten								
Attitude	3.1	Is de attitude gekend?				Wordt de attitude toegepast?		
Brede kennis en kunde	3.2	Zijn de basis- technieken ge- kend?		Kan men de basis-technieken toepassen?				
Vaak voorkomen- de Pathologieën	3.3			Begrijpt men de meest voorkomen- de patho-logieën?		Beheerst men de vpk aandachts- punten rond de patholo-gieën?		
"Iedereen is OK"		Begrijpt men deze boodschap?		Kent men de drie (samenvatten- de) kerncom- petenties?		Herkent men zich in deze competen- ties?		
"Geen nieuws is goed nieuws"		Begrijpt men deze boodschap?		Weet men wie welk zorg-do- mein opvolgt?		Heb je een voorstel voor uw bijdrage in het zorg-domein?	Levert men een bijdrage?	
"Wij zijn goed bezig"				Begrijpt men deze boodschap?		Hoe vind je in het algemeen het specialisa-tieni- vo van uw team ?	<i>Wat vind je van de concrete ambitie inzake specialisatie van uw team?</i>	
Andere		Kan je de nood-plan- nen en procedures vinden?		Ken je de visie van ZOL?		Ken je de kwa- li-teits plannen van de afdeling?		



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be