



AZ JAN PALFIJN  
GENT

# Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

Pluridisciplinair handboek



1.	Inleiding.....	4
2.	Doel, Missie & Visie van het zorgprogramma Geriatrie .....	5
2.1.	Doel & Doelgroep.....	5
2.1.1.	Doel .....	5
2.1.2.	Doelgroep.....	6
2.2.	Missie .....	5
2.3.	Visie .....	5
2.4.	Onze gerieters .....	6
3.	De vijf pijlers van het zorgprogramma Geriatrie .....	8
3.1.	Verpleegafdelingen.....	8
3.1.1.	Doel .....	8
3.2.	Geriatisch dagziekenhuis.....	8
3.2.1.	Doel .....	8
3.2.2.	Verschil met ander dagziekenhuis .....	8
3.2.3.	Programma's/trajecten.....	9
3.2.4.	Organisatie van het geriatisch dagziekenhuis .....	9
3.2.5.	Dagverloop.....	10
3.3.	Consultatie Geriatrie Afdeling.....	11
3.4.	Interne Liason Geriatrie .....	11
3.4.1.	Doel .....	11
3.4.2.	Screeningsinstrument Geriatisch Risico Profiel.....	11
3.4.3.	Comprehensive Geriatric Assesment.....	11
3.5.	Externe Liason Geriatrie.....	13
3.5.1.	Doel .....	13
4.	Contactgegevens.....	14
5.	Competenties, opleiding en bijscholing.....	15
5.1.	Competenties.....	15
5.2.	Opleiding en bijscholing.....	15
6.	Kwaliteitsopvolging.....	15
6.1.	Het kwaliteitssysteem.....	16
6.1.1.	De kwaliteitsstructuur.....	16
6.1.2.	Het documentbeheersysteem .....	16
6.2.	Het veiligheidssysteem .....	16
6.2.1.	Het patiëntveiligheidsplan .....	16
6.2.2.	Incidentmeldsysteem.....	16
6.3.	Het intern toetsingsysteem.....	16
6.3.1.	Interne audits.....	16

6.3.2. Quick scans..... 17

6.4. Kwaliteitsindicatoren ..... 17

6.5. Verbetersysteem..... 17

# 1. Inleiding

De oorsprong van het AZ Jan Palfijn gaat terug tot in de 13<sup>e</sup> eeuw, toen nog gekend als 'De Bijloke'. Doorheen de jaren is niet alleen de maatschappij en de samenleving enorm veranderd, maar ook het AZ Jan Palfijn kent een enorme evolutie. Het AZ Jan Palfijn biedt hoogstaande medisch en verpleegkundige zorg aan in een modern gebouw. De toegankelijkheid van dit ziekenhuis voor elke zorgvrager is één van haar troeven.

Het ziekenhuis wenst al haar sterktes in te zetten op de zorgverlening aan de geriatrische zorgvrager en het pluridisciplinair handboek heeft als doel al de facetten van deze zorgverlening te beschrijven. Dit gaat van de interne werking op de verpleegafdelingen, tot de samenwerking met externe actoren, van het kwaliteitsbeleid op directieniveau tot de therapie in onze bewegingsruimtes, maar vooral van zorgverlener naar zorgvrager.

Het pluridisciplinair handboek staat ter beschikking van iedereen die direct of indirect betrokken is bij geriatrische zorg in het Jan Palfijn ziekenhuis of graag meer wil weten over onze geriatrisch departement. Dit handboek scheidt een duidelijke beeld over de geriatrisch zorg die dagelijks in ons ziekenhuis gegeven wordt en hoe diezelfde zorg blijven verbeteren.

U kan alle contactgegevens terugvinden op pagina 13 van dit handboek.



## 2. Missie, Visie en Doel van het zorgprogramma Geriatrie

De missie en visie van het zorgprogramma zijn een aanvulling op de algemene missie en visie van het AZ Jan Palfijn.

### 2.1. Missie

Het aanbieden van een kwalitatieve, patiëntveilige en warme zorg voor alle ouderen, zonder uitzondering.

### 2.2. Visie

In onze acute geriatrische zorg streven we naar het optimaliseren en/of stabiliseren van de toestand van de patiënt in al zijn facetten.

We bieden hoogwaardige totaalzorg aan en werken rond warme zorg en welzijn met respect voor de eigenheid van elke persoon.

We reflecteren regelmatig over hoe we als persoon en als team functioneren in de zorg voor onze patiënten.

Als multidisciplinair team benaderen we de geriatrische patiënt individueel en integraal in al zijn zorgnoden van opname tot ontslag met een open blik.

De multidisciplinaire samenwerking en alle ondersteunende diensten zijn de motor van die optimale totaalzorg. We bieden een veilige leer -en werkomgeving waar ruimte is voor kennis, competentie, innovatie, beroepsfierheid en werkvreugde.

Het vertrekpunt is telkens een respectvolle communicatie tussen patiënt, familie & zorgverleners. We stimuleren de autonomie, ondersteunen de eigen mogelijkheden van de patiënt en de actieve bijdrage van de mantelzorger

We bieden in Jan Palfijn het geriatrisch zorgprogramma aan in een persoonlijke en betrokken sfeer met een empathische en luisterende houding. We behandelen de patiënt zoals we zelf behandeld willen worden.

In Jan Palfijn werken we samen met 1ste , 2de & 3de lijn, waarbij we inzetten op een vlotte informatiedoorstroom.

Medewerkers keren na hun shift tevreden naar huis, zijn trots om op geriatrie te werken, successen worden gevierd, er is ruimte voor spontaniteit en intervisie. De finale doelstelling is een afdeling waar familie en medewerker zich gewaardeerd en gerespecteerd voelt.

### 2.3. Doel & Doelgroep

#### 2.3.1. Doel

Het zorgprogramma geriatrie streeft naar een optimalisatie van de functionaliteit, zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon door middel van een interdisciplinaire aanpak.

Het zorgprogramma richt zich op het diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en opvolging van de geriatrische patiënt.

Het zorgprogramma voorziet een vroegtijdige aanpak door het opsporen van geriatrische patiënten met een risicoprofiel en waakt over de continuïteit van de zorg.

### **2.3.2. Doelgroep**

Het geriatrisch zorgprogramma richt zich tot alle 75-plussers. Elke patiënt ouder dan 75 wordt gescreend aan de hand van een gevalideerd meetinstrument (Geriatrisch Risico Profiel (GRP)).

#### Inclusiecriteria

- Fragiliteit of beperkte homeostase
- Polypathologie
- Atypisch klinisch beeld
- Gevaar voor functionele achteruitgang
- GRP score

Opname op een geriatrische afdeling

#### Overname van een andere verpleegafdeling naar een geriatrische afdeling

Op vraag van de behandelende arts

Na advies van ILG-team

#### Triage op de dienst spoedgevallen

Nominatieve verwijzing door huisarts

Oordeel spoedarts betreffend geriatrisch profiel

## 2.4. Onze geriater

### **Dr. Elisabeth Vander Stichele**

Diensthofd Geriatrie AZ Jan Palfijn

Dr. Elisabeth Vander Stichele is afgestudeerd als internist-geriater aan het UZ Gent in 2010. Na haar afstuderen was zij gedurende zeven jaar werkzaam als geriater in het Henri Serruys Ziekenhuis in Oostende.

Naast haar specialisatie als geriater werd Dr. Vander Stichele in 2016 LEIF arts (LevensEindeInformatieForum) en is in 2018 gestart aan de opleiding seksuologie.

Dr. Vander Stichele combineert deze diverse specialisaties in een unieke aanpak voor de geriatrische zorgvrager.

Dr. Vander Stichele kiest voluit voor een interdisciplinaire en patiëntgerichte aanpak waarbij warmte en professionaliteit hand in hand de zorg vormen voor de patiënt.



**Prof. Dr. Mirko Petrovic**

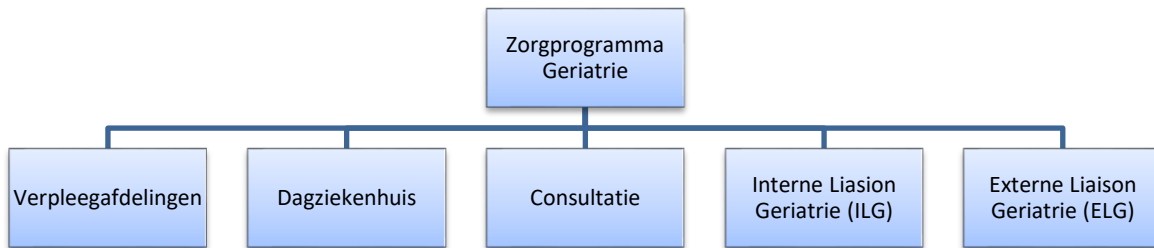
Geriatr AZ Jan Palfijn – UZ Gent

Prof. Dr. Mirko Petrovic is sinds 1999 werkzaam als geriater, in 2007 is hij erkend door de Universiteit als specialist in de Geriatrie. Prof Dr. Petrovic is werkzaam als titularis en stagemester binnen de opleiding geneeskunde.

Prof. Dr. Petrovic is een belangrijke schakel in de samenwerking tussen het AZ Jan Palfijn en het Universitair Ziekenhuis Gent. Deze samenwerking zorgt ervoor dat in beide ziekenhuizen steeds een optimale zorg geboden wordt, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke richtlijnen.



### 3. De vijf pijlers van het zorgprogramma Geriatrie



#### 3.1. Verpleegafdelingen

Het AZ Jan Palfijn heeft 122 erkende geriatrie bedden verdeeld over drie verpleegafdelingen.

De verpleegafdelingen bevinden zich op de 5<sup>de</sup> verdieping. De contactgegevens kan u onderaan dit document terugvinden.

De opnamecriteria voor de afdeling zijn gelijk aan de inclusiecriteria van het zorgprogramma geriatrie. Voor meer informatie over de verpleegafdelingen kan u de folder raadplegen in bijlage.

Een gedetailleerde werking van de verpleegafdeling is voor de medewerkers van het ziekenhuis intern te raadplegen in het Reglement Interne Orde (RIO) Geriatrie in de Q box.

##### 3.1.1. Doel

De verpleegafdelingen hebben als doel om hooggekwalificeerde zorg te leveren door middel van een multidisciplinaire aanpak. De arts volgt elke patiënt dagelijks op en wekelijks wordt elke patiënt besproken op een multidisciplinair overleg.

Verder heeft elke afdeling een jaaractieplan en werken zij dagelijks aan nieuwe zorgdoelen en verbeteracties.

#### 3.2. Geriatisch dagziekenhuis

##### 3.2.1. Doel

Het geriatisch dagziekenhuis streeft ernaar om, tijdens een verblijf van één dag, oudere zorgvragers een maximale en kwaliteitsvolle zorgverstrekking aan te bieden.

Het dagziekenhuis tracht de:

- klassieke, meerdaagse hospitalisatie te voorkomen
- duur van de hospitalisatie te beperken en terugkeer naar het thuismilieu te bespoedigen
- de zorgvrager zo lang mogelijk in zijn/haar vertrouwd thuismilieu te laten

##### 3.2.2. Verschil met ander dagziekenhuis

Het geriatisch dagziekenhuis onderscheidt zich van de andere dagziekenhuizen op volgende manieren:

- Er is één begeleider toegestaan
- Continu verpleegkundig toezicht
- Meerdere onderzoeken worden zo efficiënt mogelijk gepland en de resultaten worden, waar mogelijk op het einde van de dag besproken met de patiënt.



- Er heerst een huiselijke sfeer
- Interdisciplinaire benadering

### **3.2.3. Programma's/trajecten**

Het dagziekenhuis beschikt over diverse zorgtrajecten. Deze hebben als doel om op een gestructureerde manier een diagnostische evaluatie, een therapeutische oppuntstelling en follow up van de patiënt uit te voeren. Een zorgtraject kan uit meerdere dagen bestaan.

In elk programma/zorgtraject komt een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) aan bod. Het CGA omvat een screening van de patiënt in zijn/haar thuissituatie en de algemene toestand op basis van gevalideerde meetinstrumenten. Meer uitleg hierover onder 'Interne Liaison Geriatrie'

#### De zorgtrajecten in AZ Jan Palfijn:

- Algemene controle/follow-up door de geriater na hospitalisatie
- Geheugenkliniek
- Pre-operatief Traject
- Valbilan
- Wondzorg
- Transfusie
- Controle na heupfractuur
- Controle na fractuur algemeen

#### Binnekort zal u in ons ziekenhuis ook terecht kunnen voor volgende trajecten

- Oppuntstelling diabetes
- Specifieke staalafnames (pleurapunctie, beenmergpunctie, ascitespunctie)
- Malnutritie en slikstoornissen
- Polyfarmacie
- Rijvaardigheid

### **3.2.4. Organisatie van het geriatrisch dagziekenhuis**

Een evaluatie wordt steeds uitgevoerd op basis van wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten door het multidisciplinair team van de afdeling. Het eindverslag van de geriater bevat de anamnese, diagnose, resultaten van onderzoeken, conclusies en een voorstel van zorgplan.

#### *3.2.4.1. Samenstelling multidisciplinair team*

Het team van het dagziekenhuis geriatrie bestaat uit verpleegkundigen, een ergotherapeute en een kinésithérapeute. Andere disciplines zijn steeds ad hoc raadpleegbaar (sociale dienst, psychologe, diëtiste)

#### *3.2.4.2. Aanvraag/afpraak maken*

Via de contactgegevens onderaan dit document kan u een afspraak aanvragen.

De verpleegkundige legt opnamedatum vast in overleg met de geriater. Een digitale bevestiging wordt verstuurd naar de aanvragende arts. Een schriftelijke bevestiging met onthaalbrochure wordt verstuurd naar de patiënt.

### **3.2.5. Dagverloop**

In bijlage kan u de brochure van het dagziekenhuis terugvinden. Hierin kan u informatie terugvinden over:

#### *3.2.5.1. Onthaal ziekenhuis*

De patiënt schrijft zich bij aankomst in aan de opnamedienst van het ziekenhuis. Hiervoor neemt de patiënt of zijn begeleider een ticket aan de daarvoor voorziene balie en begeeft zich naar het toegewezen loket.

#### *3.2.5.2. Onthaal dagziekenhuis*

In het dagziekenhuis wordt de patiënt onthaald door de verpleegkundige. De patiënt krijgt uitleg over de dagindeling, de geplande onderzoeken, de werking van het dagziekenhuis en het verwachte ontslaguur.

#### *3.2.5.3. Arts*

De geriater komt in de loop van de dag langs om de patiënt te begroeten en eventueel bevindingen/resultaten/conclusies mee te geven aan de patiënt. De geriater schrijft nadien een adviserende ontslagbrief voor de huisarts.

#### *3.2.5.4. Assesment, onderzoeken en behandeling*

De verpleegkundige coördineert en organiseert het Comprehensive Geriatric Assesment (CGA), de onderzoeken en/of behandelingen. De patiënt wordt continu begeleid, opgevolgd en verzorgd door de verpleegkundige van het dagziekenhuis

De verpleegkundige bundelt alle informatie en resultaten. De patiënt wordt besproken op een dagelijks multidisciplinair overleg waarop elke betrokken discipline aanwezig is. De arts formuleert zijn/haar advies in overleg met het multidisciplinair team en samen stellen ze een behandelplan op.

Gedurende de dag wordt een maaltijd voorzien. Indien de patiënt zich nuchter aanmeldt voor een onderzoek wordt een ontbijt aangeboden na het onderzoek. Bij een bezoek aan het geriatrisch dagziekenhuis brengt u zeker volgende zaken mee:

- Identiteitskaart
- Medicatie voor één dag
- Meest recente medicatielijst
- Bril(len), hoorapparaat, kunstgebit
- (Vlotte) dagkledij en gesloten schoenen
- Brieven van uw huisarts

#### *3.2.5.5. Ontslag*

Het uur van ontslag wordt medegedeeld door de verpleegkundige na besluit van de geriater. Alle relevante resultaten komen in het EPD en een verpleegkundige ontslagbrief wordt meegegeven met de patiënt.. De arts bezorgt zo snel mogelijk een ontslagbrief aan de huisarts. Indien nodig wordt een nieuwe afspraak meegegeven

### 3.3. Consultatie Geriatrie Afdeling

Een consultatie voor een niet-opgenomen patiënt gaat steeds via een daghospitalisatie op het dagziekenhuis.

### 3.4. Interne Liason Geriatrie

#### 3.4.1. Doel

De interne liaison biedt een complementaire geriatrie benadering aan elke patiënt met een geriatrie risicoprofiel die op een niet geriatrie afdeling verblijft. De leden van dit team stellen de geriatrie principes en deskundigheid ter beschikking van de behandelende geneesheer specialist en de teams van de afdeling waarop de patiënt verblijft.

Het team spoort elke patiënt op en biedt een multidisciplinair advies aan op maat van de patiënt binnen de 72u na opname. Op deze manier worden meer efficiënte hospitalisaties bekomen en heropnames vermeden.

De screening verloopt aan de hand van het screeningsinstrument 'Geriatrie Risico Profiel (GRP) en wordt afgenomen door de afdelingsverpleegkundige binnen de 48 na opname van de patiënt. Indien er een geriatrie risicoprofiel aanwezig is komen de verpleegkundigen van het liaison team langs bij de patiënt op de kamer. Zij nemen het Comprehensive Geriatric Assesment(CGA) af.

Na het gesprek met de patiënt volgt een overleg met de geriater en verleend het liaisonteam de nodige adviezen.

Het geriatrie liaison team werkt ook preventief en vanuit een coachende rol. Hiervoor probeert het team aanwezig te zijn op het multidisciplinair overleg van de niet geriatrie afdelingen.

#### 3.4.2. Screeningsinstrument Geriatrie Risico Profiel (GRP)

Het screeningsinstrument bevat 5 items:

1. Aanwezigheid van cognitieve stoornis
2. Alleenwonend of geen hulp van inwonende partner/familie
3. Moeilijkheden bij het stappen/transfer of slachtoffer van valpartij de voorbije 6 maanden.
4. Hospitalisatie in de afgelopen 3 maanden
5. Polyfarmacie: meer dan 5 verschillende geneesmiddelen.

Bij een score van 2 of meer spreken we over een risicopatiënt. Indien de patiënt ondanks een hogere score toch geen pluridisciplinaire aanpak nodig heeft, dan wordt dit vermeld in het patiëntendossier.

#### 3.4.3. Comprehensive Geriatric Assesment (CGA)

Het 'Comprehensive Geriatric Assesment' of afgekort CGA is een uitgebreid klinisch onderzoek bij geriatrie patiënten. Met dit onderzoek wordt een totaal beeld van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt verkregen met aandacht voor cognitie, mobiliteit en zelfredzaamheid. Het CGA wordt altijd uitgevoerd door meerdere disciplines.

Naast een algemeen onderzoek door de arts worden ook alle onderwerpen in kaart gebracht, waarvan bekend is dat die bij ouderen kunnen leiden tot problemen. Volgende vier domeinen worden onderzocht:

- lichamenlijk (somatiek);
- psychisch;
- sociaal;
- functioneel.

Al deze problemen kunnen leiden tot verlies van zelfstandigheid en kwaliteit van leven.

Achteruitgang in functioneren bij ouderen wordt meestal niet veroorzaakt door één ziekte of één probleem, maar door verschillende problemen tegelijkertijd. Geriatrische syndromen hebben zelden één specifieke oorzaak. Daarom dient holistische diagnostiek te gebeuren naar onderliggende aandoeningen, gerelateerde risicofactoren en uitlokkende factoren. Klachten op één gebied kunnen ertoe leiden dat de patiënt ook op een ander gebied achteruitgaat. Bovendien worden niet alle klachten spontaan genoemd. Dit wordt vaak pas duidelijk na systematisch geriatrisch onderzoek.

De geriater maakt met behulp van het CGA een totaalbeeld van de gebieden waarop de oudere kwetsbaar is en kijkt naar het verband hiertussen. In overleg met de patiënt wordt besloten welke problemen het belangrijkste zijn om te behandelen.

In het behandelplan staan de persoonlijke leefdoelen van de patiënt centraal. Dit is de basis voor verder onderzoek of behandeling. Dat kan worden uitgevoerd door de geriater zelf of door de huisarts, die de adviezen ook krijgt.

#### *3.4.3.1. Doelstelling*

Het belangrijkste doel van het CGA is het opsporen van problemen die een bedreiging vormen voor functionaliteit en verlies van zelfredzaamheid.

Met het CGA worden alle problemen die de oudere ervaart in kaart gebracht om zo een behandel- of adviesplan op maat te kunnen maken. In het achterhoofd streven we steeds naar een optimale graad van zelfredzaamheid en welzijn.

#### *3.4.3.2. Multidisciplinair*

Het CGA is een multidisciplinair onderzoek, dat betekent dat naast de geriater ook andere hulpverleners onderdelen hiervan uitvoeren; zoals de geriatrisch- verpleegkundige, de ergotherapeut, de kinesitherapeut, sociaal assistent, logopedist, diëtist of de psycholoog. Welke disciplines ingeschakeld worden hangt af van de casus.

Het multidisciplinaire karakter is essentieel. Problemen worden op die manier steeds van verschillende kanten bekeken en er is input vanuit verschillende expertisen. Samen kan er tot een sterk besluit gekomen worden.

#### *3.4.3.3. De onderdelen van het CGA*

- Medische voorgeschiedenis en medicatie
- Anamnese
  - Functionele anamnese

- Sociale anamnese
- Lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek
- Aanvullend onderzoek
  - Cognitieve testing: MMSE (Mini Mental Examination), eventueel gecombineerd met een CDT (clock drawing test)
  - Testen van de mobiliteit en bepalen van het valrisico, bv Tinetti etc..
  - Vragenlijsten in kader van stemming en depressie, bv GDS (geriatric depression scale)
  - ADL- en IADL-schalen: Katz en Lawton
  - Schalen in kader van voedingstoestand, bv MNA (mini nutritional assessment)
  - Vragenlijsten mantelzorgbelasting, bv EDIZ (Ervaren Druk In Zorg)
  - Labo onderzoek
  - ECG
  - ...

### 3.5. Externe Liason Geriatrie

#### 3.5.1. Doel

Een goede gezondheidszorg vertrekt van de patiënt en zijn thuissysteem. Het ziekenhuis vormt slechts een kleine schakel in de zorg voor de patiënt, toch is een opname in het ziekenhuis vaak een ingrijpende periode in het leven van de zorgbehoevende. Het bewaken van de zorgcontinuïteit d.m.v. een duurzame samenwerking tussen intra- en extramurale hulpverleners overheen de grenzen van de sectoren is essentieel.

Binnen de externe liaison geriatrie wordt daarom gewerkt aan het opbouwen van goede samenwerkingsverbanden tussen het ziekenhuis, de thuiszorgdiensten en de externe voorzieningen. Deze sectoren dienen zo optimaal op elkaar afgestemd te zijn teneinde een efficiënte en effectieve totaalzorg voor de patiënt in de thuissituatie te bekomen.

Om die reden neemt het ziekenhuis deel aan het overkoepelend orgaan 'Functionele binding' dat een samenwerking tussen alle Gentse instellingen coördineert.

Naast deze functionele binding heeft het AZ Jan Palfijn samenwerkingsovereenkomsten met volgende woon-zorg centra:

- WZC Zonnebloem
- WZC Het Heiveld
- WZC De Liberteyt
- WZC De Vijvers
- Solidariteit voor het gezin – Zorghotel Seniorcity
- Home Diepenbroeck
- WZC Home Claire
- WZC Zuiderlicht
- WZC Helianthus
- WZC OLV Ter Rive

## 4. Contactgegevens

Alle geriatrische diensten en zorgverlening gaan door in het hoofdgebouw van ons algemeen ziekenhuis. De geriatrische verpleegafdelingen bevinden zich op de 5<sup>de</sup> verdieping. Het geriatrisch dagziekenhuis bevindt zich op de 6<sup>de</sup> verdieping in de middengang.

Adres:

Watersportlaan 5  
9000 Gent

Algemeen nummer AZ Jan Palfijn

09 224 71 11

Afhankelijk van uw vraag zal het callcenter uw oproep doorschakelen naar de juiste bestemming.

Naam	Geriatric 01	Geriatric 03	Geriatric 04	Dagziekenhuis Geriatric (DZG)	Interne Liaison Geriatric (ILG)
Straat	351	352	152	363	Afdelingen C, D, Spoed
Capaciteit	30	30	28	06	/
Arts	Dr. Vander Stichele	Prof. Dr. Petrovic	Dr. Vander Stichele	Dr. Vander Stichele / Prof. Dr. Petrovic	Dr. Vander Stichele
Hoofdverpleegkundige	Stijn Eeckhaut	Karien Callewaert	Isabelle Persoons	Pieter Vergaert	Pieter Vergaert
Telefoonnummer	09/224 83 51	09/224 83 52	09/224 81 52	09/224 83 63	09/224 83 63
E-mail	<a href="mailto:geriatric.ge1@janpalfijn.gent.be">geriatric.ge1@janpalfijn.gent.be</a>	<a href="mailto:Geriatric.GE3@janpalfijn.gent.be">Geriatric.GE3@janpalfijn.gent.be</a>	<a href="mailto:Geriatric.GE4@janpalfijn.gent.be">Geriatric.GE4@janpalfijn.gent.be</a>	<a href="mailto:dagziekenhuis.geriatric@janpalfijn.gent.be">dagziekenhuis.geriatric@janpalfijn.gent.be</a>	

Een aanvraag tot opname dient steeds via een geneesheer te gaan. Dit kan:

Voor een opname op een verpleegafdeling --> Telefonisch contact met geriater via het dagziekenhuis geriatric

Voor een opname op het geriatrisch dagziekenhuis --> digitaal via het aanvraagformulier op de website

## 5. Competenties, opleiding en bijscholing

### 5.1. Competenties en vaardigheden

Voor elke functie binnen het ziekenhuis is een functieomschrijving opgemaakt met bijhorende competenties. De functiekaarten zijn intern te raadplegen via de Q-box.

### 5.2. Opleiding en bijscholing

Het ziekenhuis volgt tal van evidence based richtlijnen en procedures om de kennis van de medewerkers up to date te houden, alsook een jaarlijkse verplichte opleiding rond patiëntveiligheid. Het ziekenhuis organiseert daarnaast ook gerichte vormingen voor medewerkers van verschillende disciplines.

In 2018 werd een uniek geriatrisch vormingstraject (3 dagen) opgestart om de specifieke kennis van de medewerkers te vergroten/versterken. Externe partners zijn steeds uitgenodigd voor deze vormingen om ook hen te versterken in de dagelijkse zorg voor de geriatrische patiënt.

### 5.3. Wandel mee met de nieuwe G

Het ziekenhuis is gestart met een grootschalig optimaliseringstraject binnen het Geriatrisch departement getiteld 'Wandel mee met de nieuwe G'. Dit breed project betreft alle medewerkers en werkt aan elk facet van de zorg, met oog voor het personeel en de patiënt.

## 6. Kwaliteitsopvolging

Het geriatrisch zorgprogramma volgt de ziekenhuisbrede kwaliteitswerking. AZ Jan Palfijn stelt voorop om **veilige, efficiënte en effectieve zorg aan te bieden in een aangename en geruststellende omgeving, dewelke** zich expliciteert in het behalen en het behouden van het NIAZ accreditatielabel. De operationele vertaling van deze missie is het kwaliteit- en veiligheidsbeleid.

Het kwaliteits- en veiligheidsbeleid bestaat uit 5 onderdelen:

### 6.1. Het kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem bestaat uit 2 onderdelen: de kwaliteitsstructuur en het documentbeheer

#### 6.1.1. *De kwaliteitsstructuur*

De kwaliteitsstructuur heeft als doelstelling om de kwaliteitsvereisten waaraan het ziekenhuis wenst te voldoen structureel te verankeren in de dagdagelijkse werking.

Vanuit deze visie is de kwaliteitsstructuur opgebouwd op basis van:

1. de organisatiestructuur van het ziekenhuis
2. het NIAZ Qmentum normenkader

#### 6.1.2. *Het documentbeheersysteem*

Het documentbeheersysteem maakt onderdeel uit van de Q-box. In de Q-box zijn alle beleidsnota's, richtlijnen, procedures die vigerend zijn binnen AZ Jan Palfijn opgenomen. De Q-box verzekert dat alle geldige documenten nodig om een goede, veilige en consistente zorg te leveren beschikbaar zijn voor alle medewerkers.

### 6.2. Het veiligheidssysteem

Het veiligheidssysteem bestaat uit het patiëntveiligheidsplan en het incidentmeldsysteem.

#### 6.2.1. *Het patiëntveiligheidsplan*

Het patiëntveiligheidsplan staat intern beschreven

#### 6.2.2. *Incidentmeldsysteem*

Er wordt gestreefd naar een open en pro-actieve veiligheidscultuur onder meer door middel van een incidentmeld- en leersysteem voor het melden van (bijna-)incidenten die betrekking hebben op de patiëntveiligheid. AZ Jan Palfijn beschikt over een centraal incident meldsysteem dat eveneens een onderdeel vormt binnen de Q-box.

### 6.3. Het intern toetsingssysteem

#### 6.3.1. *Interne audits*

De interne audits worden systematisch uitgevoerd op basis van het NIAZQmentum normkader alsook op basis van de eisenkaders voor de nalevingstoezichten van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Op



vraag van afdelingen of uit wettelijke verplichtingen is het mogelijk dat andere normenkaders dienen als onderwerp van een interne audit. Voorbeelden hiervan zijn het B-Quantum voor de dienst nucleaire geneeskunde, de wetgeving van het menselijk lichaamsmateriaal voor het fertiliteitscentrum, ... .

De planning van de interne audits op basis van het NIAZQmentum normenkader gebeurt op basis van een risicoanalyse. Deze risicoanalyse identificeert welke afdelingen als hoog risico zijn aangemerkt. Deze afdelingen krijgen vervolgens minimaal in jaarlijks een interne audit.

Bij het intern auditsysteem zijn alle departementen betrokken, alsook het medisch departement, zowel onder de vorm van interne auditoren als in de vorm van het onderwerp van de audit.

### **6.3.2. Quick scans**

Quick scans zijn veiligheidschecks die elk kwartaal worden uitgevoerd. Ze vormen een onderdeel van het intern toetsingsbeleid. De doelstelling van deze quick scans is de implementatie en de borging van (zorg)processen die een directe impact hebben op de patiëntveiligheid (zie patiëntveiligheidsplan) op te volgen en te garanderen.

## **6.4. Kwaliteitsindicatoren**

Kwaliteitsindicatoren met betrekking tot kritische zorgprocessen worden gedefinieerd op het comité Q&S.

Op het comité Q&S wordt minimaal per kwartaal het ziekenhuisbrede resultaat alsook het resultaat van de individuele afdelingen waar het zorgproces dient toegepast te worden, opgevolgd en beoordeeld. Op basis van deze resultaten kunnen ziekenhuisbrede verbeteracties worden gedefinieerd.

Iedere patiëntgebonden afdeling beschikt per kwartaal over zijn kwaliteitsdashboard waarin de metingen van de kwaliteitsindicator van toepassing op deze afdelingen kunnen opgevolgd en beoordeeld worden door de leidinggevenden en de zorgmanagers. Indien nodig kunnen afdelingsspecifieke verbeteracties worden gedefinieerd.

De opvolging van de indicatoren van het VIP<sup>2</sup>, de FRKVA, .... gebeuren op het comité Q&S en indien van toepassing op de comités en werkgroepen verantwoordelijk voor het (zorg)proces gerelateerd aan de indicator.

## **6.5. Verbetersysteem**

Het verbeterbeleid verzekert de continue kwaliteitsverbetering en de verhoging van de veiligheid van de patiënt, medewerker en derde op operationeel niveau. Audits, inspecties, veiligheidsrondes, metingen patiënten tevredenheid, meldingen (bijna)-incidenten patiëntveiligheid, proactieve risicoanalyses, de werking van een afdeling .... kunnen aantonen welke (deel)processen van de zorg en de niet-zorg en welke facetten van de organisatie van zorg voor verbetering vatbaar zijn. De eigenaars van de processen en de leidinggevenden van de afdelingen/diensten en disciplines worden geacht om verbeteracties op te stellen wanneer de patiëntveiligheid in het gedrang komt.