



INSPIRATIEGIDS OUDERENVRIENDELIJK ZIEKENHUIS

Aanbevelingen voor de zorg
van kwetsbare ouderen

JESSA
ZIEKENHUIS

 **MARIA
MIDDELARES**
GezondheidsZorg met een Ziel

az **alma**
zorg met een hart

 **az groeninge**
kortrijk

 **ZAS**

 **az sint-jan**
GezondheidsZorg met een Ziel

 **az delta**
Uw ziekenhuis.

 **zorg net**
icuro

 **AZ
Sint-Jan
Brugge**

VOORWOORD

Beste lezer/zorgverlener,

Voor u ligt de herwerkte versie van de visietekst “ouderenvriendelijk ziekenhuis”, namelijk de “Inspiratiegids Ouderenvriendelijk Ziekenhuis 2.0”.

Er werd steeds geopteerd om van deze visietekst een levend en evoluerend werkstuk te maken. Tijden evolueren, nieuwe inzichten steken de kop op en diverse ziekenhuizen zoeken naar “Good Practices” die u gaandeweg terugvindt als bijlage bij deze inspiratiegids. De bedoeling is om van elkaar te leren. Deze Good Practices kunnen, mits eventuele aanpassingen aan de eigenheid van uw ziekenhuis, ook toegepast worden bij uw organisatie.

De oorspronkelijk deelnemende ziekenhuizen/organisaties blijven vermeld in de brochure als de wegbereiders naar de eerste versie. Mogelijks wenst uw ziekenhuis/organisatie ook aan te sluiten om de inspiratiegids verder te ontwikkelen door de jaren heen. Laat dit dan even weten. Meer deelnemers geven een nog sterker werk.

In de eerste versie werden een groot aantal aanbevelingen getoetst aan ouderen via diverse senioren adviesraden. Zij zijn immers het doelpubliek dat wij beogen. Een aantal aanbevelingen werden niet of onvoldoende besproken in de eerste versie. Het patiëntenpanel, een good practice in het Jessa ziekenhuis, heeft zich gebogen over de resterende aanbevelingen zodat nu alle aanbevelingen getoetst werden aan de oudere zorgvrager, onze cliënt/patiënt. Wij danken de verantwoordelijken en de deelnemers van het patiëntenpanel van het Jessa ziekenhuis van harte om dit op te nemen.

Ten slotte werden er nog één item bijgevoegd in versie 2.0:

1. “Aan de slag met de Toolkit “Ouderenvriendelijk Ziekenhuis” (OVZH)”. Het stappenplan OVZH is een wegwijzer en omvat hulpmiddelen voor het implementeren van seniorvriendelijke zorg in alle afdelingen van de organisatie.
De Toolkit SFH is een traject in 5 stappen en beoogt continue verbetering.

Dit instrument is vrij vertaald vanuit het kader van Senior Friendly Hospital, ontwikkeld in Ontario, Canada waarvan u de referenties terugvindt in de Inspiratiegids 2.0.

Beste lezer/zorgverlener,

Wij hopen met deze herwerkte versie een volgende stap te zetten naar een uitgebreider netwerk van ouderenvriendelijke ziekenhuizen. Stilaan zien we in tal van ziekenhuizen good practices opduiken die ons sterken in de overtuiging dat we samen betere persoonsgerichte zorg kunnen verlenen aan onze oudere zorgvrager. Tevens zijn we er ook van overtuigd dat een ouderenvriendelijk ziekenhuis ook een patiëntvriendelijk ziekenhuis is. We danken ieder van u om samen deze weg verder te bewandelen.

Guido Lempens - Johan Devoghel

INTRODUCTIE

De vergrijzing van onze bevolking is een breed bestudeerd maatschappelijk fenomeen. We leven gemiddeld langer, met meerdere chronische aandoeningen. Het Belgisch gezondheidszorgsysteem staat hierdoor onder druk, zowel in de residentiële en de thuiszorg, alsook in de ziekenhuizen. In 2025 was de populatie van oudere zorgvragers (75 jaar of ouder) verantwoordelijk voor 28% van het aantal ziekenhuisopnames in de Belgische ziekenhuizen. Uitgedrukt in verpleegdagen gaat het om respectievelijk 46% in 2025. De helft van de verblijvende patiënten zijn dus oudere zorgvragers. (KCE rapport 289 As).

Tijdens de COVID-19 pandemie is meer nog dan ooit tevoren de kwetsbaarheid van ouderen gebleken. Toename van morbiditeit en mortaliteit, sociaal isolement, toename van complicaties als delirium en verminderde mobiliteit zijn hiervan pijnlijke getuigen. De pandemie heeft de roep naar ouderen vriendelijke zorg enkel maar doen toenemen. Preventie van complicaties bij kwetsbare ouderen, ingevolge een ziekenhuisopname, volgens de principes van een “ouderenvriendelijk ziekenhuis” vormen meer dan ooit “het nieuwe normaal”. Een verblijf in een ziekenhuis houdt veel risico's in voor kwetsbare ouderen. Bij 30 tot 60% treedt blijvend functieverlies op waardoor een terugkeer naar huis wordt bemoeilijkt.

De combinatie van verouderingsverschijnselen en ziektes maakt dat er sneller geriatrische syndromen ontstaan zoals plotse verwardheid of valincidenten, met een verlengde opnameduur en een verhoogde kans op vroegtijdige sterfte tijdens of na de opname. Door een ziekenhuisopname kunnen kwetsbare ouderen in een negatieve spiraal terecht komen. (Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnstee, de Rooij & Grypdonck, 2007; Harmsel, 2008; Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007).

Een belangrijke oorzaak voor die negatieve ontwikkeling kan men mogelijk terugvinden in een gezondheidszorgsysteem dat vertrekt vanuit een disease model. (Milani & Lavie, 2015; Tinetti & Fried, 2004). De focus ligt vooral op één ziekte en/of één orgaansysteem waarvoor een zorg- en/of behandelplan wordt opgestart in een ziekenhuis. Hoewel dit eenvoudig en efficiënt lijkt, sluit deze benadering te weinig aan bij de complexiteit en multifactoriële natuur van geriatrische syndromen, die bij kwetsbare ouderen vaak aanwezig zijn. Daarenboven focust men op functionele beperkingen bij kwetsbare ouderen in de plaats van zelfredzaamheid en behoud van capaciteiten. Autonomie wordt te weinig in de aandacht gezet.

Anno 2023 hebben veel kwetsbare ouderen in het ziekenhuis minstens één chronische aandoening waardoor klachten niet louter ziekte-specifiek zijn (Tinetti & Fried, 2004). We hebben nood aan een proactief model dat de potentiële (gezondheids)noden in kaart brengt, achteruitgang voorkomt, de zorg voor patiënten met complexe noden verbetert, aandacht heeft voor de continuïteit van zorg en kostenefficiënt is (Fulmer et al., 2018). Binnen dit model is er nog steeds plaats voor de behandeling van de individuele ziekte. Dat plan ligt vervat binnen een breder concept van zorg op maat (Tinetti & Fried, 2004).

Als antwoord op de vergrijzing en ter opvang van de druk op ons gezondheidszorgsysteem zijn een pro actieve werking en een brede kijk van vitaal belang! Bouwstenen vertrekkende vanuit een gepaste geriatrie aanpak, waarbij naast de medische problemen ook aandacht wordt besteed aan psychosociale en functionele problemen, met focus op betrokkenheid, waardigheid, begrip en respect zijn belangrijke uitgangsprincipes. Meer dan ooit is geriatrie kennis, een persoonsgerichte geïntegreerde zorgcultuur en pluri disciplinair werken op een orgaan - specifieke afdeling noodzakelijk.

Om de niet-geriatrie ziekenhuisafdeling te ondersteunen, bestaat er in de Belgische ziekenhuiswetgeving een vereiste waaraan bijna elk ziekenhuis moet voldoen, namelijk een mobiel team (geriatrie interne liaison team: ILG) dat geriatrie expertise ter beschikking stelt buiten de afdeling geriatrie. Dit staat beschreven in het Koninklijk Besluit (KB) zorgprogramma voor de geriatrie patiënt. Deze wettekst omvat minimale vereisten naar inzet en kwalificaties van personeel en naar infrastructuur van een dienst geriatrie.

De stijging van het aantal kwetsbare ouderen zet zich ook verder in consultaties en kortdurende opnames, zonder overnachting. (KCE rapport 289 As)

Daarom zou het een speerpunt moeten zijn om het gehele ziekenhuis en de organisatie naar een ouderen vriendelijke status te laten evolueren.

De minimale vereisten vanuit het KB zijn hiervoor onvoldoende.

Een heel sterke, praktijkgerichte verdieping wordt gevonden in het kader van Senior Friendly Hospital, ontwikkeld in Ontario, Canada. Het is vandaag nog steeds van toepassing in hun streven naar een ouderenvriendelijk ziekenhuis. Zeven uitgangspunten binnen 5 domeinen hebben geleid tot 31 standpunten of principes om een ziekenhuis te heroriënteren met specifieke aandacht voor ouderen.



Via onderstaande linken kunt u nog meer info vergaren over dit specifiek programma:

www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/sfCare-Framework-and-10-Recommendations.pdf
www.rgptoronto.ca/initiatives/senior-friendly-care/



INHOUD

PAG 2 /	Introductie
PAG 8 /	Doelstelling en werkwijze
PAG 10 /	Aanbevelingen
PAG 10 /	Thema 1: Opname- en ontslagbeleid
PAG 15 /	Thema 2: Ambulante zorg
PAG 17 /	Thema 3: Ethische/holistische benadering
PAG 20 /	Thema 4: Empowerment
PAG 22 /	Thema 5: Participatie
PAG 24 /	Thema 6: Centraal aanspreekpersoon en zorgcoördinatie
PAG 27 /	Thema 7: De professionele zorgverlener
PAG 30 /	Thema 8: Inter/transdisciplinair werken
PAG 31 /	Thema 9: Communicatie en bejegening
PAG 36 /	Thema 10: Omgeving en infrastructuur
PAG 37 /	Bijlagen

DOELSTELLING EN WERKWIJZE

Deze aanbevelingen zijn het resultaat van een samenwerking waarbij verschillende experts uit Vlaamse ziekenhuizen zich hebben verenigd in een werkgroep, aangevuld met experts uit het zorglandschap (zie bijlage 1).

De werkgroep heeft de 31 standpunten uit het kader Senior Friendly Care samengebracht in 10 grote thema's (zie bijlage 2).

Voor de verdere uitwerking van de thema's nodigde de werkgroep verschillende seniorenadviesraden van Vlaamse provincies uit voor een ontmoeting. Ervaringen als zorgvrager of als mantelzorgers werden gedeeld (zie bijlage 3). Al deze ervaring en kennis werd samen met de tekst van de Federale Adviesraad voor Voorzorgingen voor Ouderen, genaamd "Keuze voor ouderenvriendelijke ziekenhuizen", herleid tot een bundel met aanbevelingen.

Deze aanbevelingen vormen onze visie, ze kunnen als inspiratie of aanknopingspunt dienen om te streven naar een meer ouderenvriendelijk ziekenhuis met een betere gezondheidssituatie voor kwetsbare ouderen. Deze uitdaging focust op het ganse ziekenhuis, van consultatie tot (pre-)opname tot ontslag, op elke afdeling of discipline en op alle medewerkers en departementen in het ziekenhuis.

Onze missie is dan ook om de geriatrische expertise te delen met iedereen die betrokken is bij ouderenzorg en dit gebaseerd op de waarden: integriteit, respectvolle en persoonsgerichte zorg, afkering van elke vorm van ageïsme.

Tenslotte hopen wij dat deze aanbevelingen een forum bieden voor goede praktijkvoorbeelden. Op deze manier kunnen de organisaties elkaar bestuiven met positieve ervaringen. In bijlage 4 vindt u een opsomming van de best practices met vermelding van de contactgegevens.

AANBEVELINGEN

THEMA 1: OPNAME- EN ONTSLAGBELEID

3.1 Aanbeveling

Zorg voor opnamegesprek dat aangepast is aan de noden en wensen van de kwetsbare ouderen en belangrijke naasten.

Toelichting:

Voorafgaand aan een opname of in de eerste uren na aankomst in het ziekenhuis wordt vaak een algemene, brede vragenlijst aangeboden, de zogenaamde anamnese. Met deze vragen worden de voorgeschiedenis, contactpersonen en andere gegevens bevraagd. Echter, de ervaring leert dat deze vragen weinig specifiek zijn en niet doortastend genoeg om aanwezige gezondheidsproblemen en potentiële risico's bij de kwetsbare ouderen naar boven te brengen.

Onderzoek toont aan dat een samengestelde evaluatie van de geriatrische patiënt (comprehensive geriatric assessment of CGA) de gouden standaard blijft voor kwetsbare ouderen. Dit CGA laat toe (potentiële) problemen te identificeren in een aantal domeinen zoals de voedingsstatus, mobiliteit, medicatiegebruik, cognitie (denk- en geheugencapaciteit), enz. om zo de zorg af te stemmen op de wensen en noden van patiënten (Ellis et al., 2017).

Dit gesprek wordt in de 1e plaats aangegaan met de oudere zelf, waarbij belangrijke naasten kunnen aanvullen en ondersteunen. Zorgnoden bij kwetsbare ouderen hebben ook een belangrijke impact op de naasten. Aandacht voor het welzijn van de naasten dringt zich op.

De deelnemers aan de focusgroepen bevestigen dat een opname een grote impact heeft op het psychisch welbevinden van de kwetsbare oudere en de mantelzorger of naaste. Een opname kan gepaard gaan met angst of onzekerheden. Voorzie voldoende tijd en voer het gesprek in rustige omstandigheden. Bevraag en heb aandacht voor de medicatie, bezorgdheden en eventuele vroegere ziekenhuiservaringen.

3.2 Aanbeveling

Stem het verblijf op de afdeling spoedgevallen af op de noden van de kwetsbare oudere.

Toelichting:

Spoedgevallen diensten zijn vooral gericht op een kortdurende, klacht-georiënteerde benadering, wat het meest aansluit bij patiënten met één duidelijke gezondheidsklacht. Ouderen presenteren zich met verschillende en atypische klachten. Achterliggend is vaak een combinatie aanwezig van psychosociale problemen, polyfarmacie, normale verouderingsprocessen met andere ziektebeelden, zowel van acute als chronische aard.

Deze mix bemoeilijkt een snelle diagnosestelling op een spoed-gevallendienst. Omwille van nood aan meer onderzoeken en een hogere zorgnood, verblijven ouderen vaak langer op spoedgeval-len met als gevolg meer inzet van middelen. Op vlak van kennis en vaardigheden worden andere eisen gesteld. Het ontbreken hiervan kan leiden tot ongewenste, negatieve resultaten op vlak van zorg en gezondheid voor deze kwetsbare populatie. Voorbeelden zijn snelle heropnames, functieverlies, vroegtijdig overlijden, niet afgestemde vervolgzorg, enz.

Het acute aspect van spoedgevallen maakt dat een meer prikkel-arme omgeving noodzakelijk is, waarbij personen met cognitieve stoornissen nood hebben aan preventie van acute verwardheid. Daarom pleiten wij voor ouderen- en dementievriendelijke boxen op spoedgevallen.

Het advies van het team geriatische interne liaison, startende reeds vanop spoedgevalleneenheid zal de opname of/en conti-nuïteit van zorg optimaliseren. Dit kadert in een vorm van een co-management model spoed-geriatrie.

Een belangrijk verschil met jongere volwassenen is de noodzaak aan de aanwezigheid van de naasten, die reeds ondersteunt in zorg of gezondheid. Deze is een belangrijke partner, een bron van informatie, een drijvende kracht in de ontslagplanning buiten het ziekenhuis.

(URGENT, Pieter Heeren)

De deelnemers aan de focusgroep vragen extra aandacht voor het comfort van de kwetsbare oudere tijdens het verblijf, beperkte wacht-tijden en een correcte triage of doorverwijzing naar een behandelende arts in het ziekenhuis (op een afdeling) of daarbuiten (in de thuisom-geving).

Tijdens het verblijf is er vanuit angst voor het onbekende, nood aan duidelijke informatie zoals het verloop van de verdere opname, de afgesproken onderzoeken, de tijdstippen van bepaalde onderzoeken of behandelingen, ...

De aanwezigheid van een naaste is een grote meerwaarde tijdens het verblijf op spoedgevallen.

3.3 Aanbeveling

Start de ontslagplanning voor de kwetsbare oudere reeds vóór of bij opname.

Toelichting:

Het is belangrijk om proactief te werken bij een ziekenhuisop-name. Studies wijzen uit dat vroegtijdige ontslagplanning de verblijfsduur inkort en heropnames vermindert. (Fox et al. BMC Geriatrics 2013)

Bij een geplande opname gebeurt een assessment best voor de opname zodat de nodige acties (o.a. door sociale dienst) reeds tijdig genomen kunnen worden zoals het aanvragen van

verlengde zorg of revalidatie na de ziekenhuisopname. (Coffey et al. Int.J.Environ.Res.Public Health 2019). Opname- en ontslagmanagement gaan hand in hand. Een goed opnamebeleid optimaliseert het verblijf en het ontslag en zorgt voor een geïntegreerde zorgcontinuïteit.

Educatie van de kwetsbare oudere en/of de naaste, reeds vóór de opname zelf (bij een geplande opname) draagt bij tot zorgcontinuïteit na ontslag, bv educatie over medicatie, bewegen, de revalidatie, ...

Tijd nemen om de kwetsbare oudere goed te educeren bij ontslag is onontbeerlijk. Vervolgzorg en zorgcontinuïteit vraagt ook aandacht voor de naasten.

De deelnemers aan de focusgroep vragen naar een goed tijdslijn bij ontslagplanning, mede om de eerstelijnszorg tijdig te kunnen (her)in-schakelen. Zij adviseren om voldoende tijd te voorzien in deze ontslagplanning in kader van bespreking van wijzigingen in het behandelplan en de medicatie.

Bij een eerste opname in een woonzorgcentrum vragen ze extra aandacht voor de kwetsbare oudere en de naasten.

THEMA 2: AMBULANTE ZORG

3.4 Aanbeveling

Organiseer de ambulante afspraken volgens de noden van de kwetsbare oudere en naasten.

Toelichting:

Voor de kwetsbare oudere en de mantelzorger is het niet evident om op (on)regelmatige tijdstippen voor onderzoeken en consultaties naar het ziekenhuis te komen. De onderzoeken zijn vaak vermoeiend en vragen veel energie zowel op fysiek als mentaal vlak. Bovendien ervaren de kwetsbare ouderen (als zorgvrager) en naasten vaak een gebrek aan comfort in de wachtzalen. Een bezoek aan de afdeling spoedgevallen leidt niet noodzakelijk tot een verblijf in het ziekenhuis.

Een correcte doorverwijzing ikv verdere opvolging is hierbij essentieel (valkliniek, geheugenkliniek, ...).

Meerdere onderzoeken of consultaties kunnen op 1 dag gebundeld worden op de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt, daar verblijft de kwetsbare oudere in een aangepaste ouderenvriendelijke omgeving en keert 's avonds terug naar zijn vertrouwde thuissituatie.

Een ambulante consultatie bij een arts geriater, zorgt voor een holistische benadering van de patiënt.

De deelnemers aan de focusgroep vragen voldoende en duidelijke informatie bij een ambulant contact op de dienst spoedgevallen.

THEMA 3: ETHISCHE/HOLISTISCHE BENADERING

3.5 Aanbeveling

Creëer een positieve beeldvorming over de zorg voor de kwetsbare oudere.

Toelichting:

Uit onderzoek blijkt dat in onze samenleving op een stereotype en vaak negatieve manier naar ouderen gekeken wordt. (Geerts Christel, Brys Charlotte, Sociaal.net, 2022). Ouderen worden vaker geassocieerd met begrippen als zorgafhankelijkheid, fragiliteit en multipathologie dan met positieve kenmerken als wijsheid, dankbaarheid en ervaring. Deze negatieve en stereotyperende kijk op ouderen wordt 'ageïsme' genoemd.

Medewerkers in de gezondheidszorg blijken zich steeds meer aan ageïsme te bezondigen. Uit internationaal onderzoek noteerden we drie manieren waarop ageïsme opduikt. Het gaat om een (1) ontoereikende communicatie, (2) te veel focussen op achteruitgang en (3) een gebrek aan een activerende houding.

- (1) Een voorbeeld van ontoereikende communicatie is wanneer zorgverleners informatie over de patiënt nodig hebben, ze deze eerder gaan vragen aan familieleden dan aan de patiënt zelf (over het hoofd van de zorgvrager praten). Zorgverleners gaan soms te snel uit van ontoereikende communicatiemogelijkheden bij een kwetsbare oudere.
- (2) Een voorbeeld van focus op achteruitgang, is de stelling

‘leeftijdscriminatie leidt tot onder behandeling’ : klachten worden soms onterecht toegeschreven aan iemands leeftijd.

- (3) Gebrek aan activerende houding wijst bijvoorbeeld op de vele uren die de oudere zorgvrager in bed doorbrengt, zonder een alternatief voor te stellen. (Geerts C., Brys C., Sociaal.net, 2022)

De deelnemers aan de focusgroep geven het advies gebruik te maken van het levensverhaal van de zorgvrager met in het achterhoofd het motto ‘zie de mens’. Een correcte woordkeuze in al de contacten is belangrijk om een positieve beeldvorming te creëren.

3.6 Aanbeveling

Creëer openheid over vroegtijdige zorgplanning (VZP). Bespreek het zorgplan met de oudere!

Toelichting:

VZP is een vrijwillig en continu proces van reflectie en dialoog tussen de kwetsbare oudere, zijn naasten en de zorgverlener(s), waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. De oorspronkelijke doelstelling van VZP is om schriftelijk en anticiperend behandelkeuzes vast te leggen (bv: weigering van reanimatie, sondevoeding, kunstmatige beademing of antibiotica-gebruik...), om een vertegenwoordiger aan te stellen en eventueel schriftelijke wilsverklaring op te maken.

Dit werd verruimd tot een proces van overleg waarbij de nadruk o.a. komt te liggen op het bespreken van zorgdoelen, rekening houdende met wat de kwetsbare oudere waardeert als kwaliteitsvolle zorg. Deze zorgdoelen kunnen en moeten steeds aangepast worden aan de veranderende situatie van de patiënt, indien mogelijk besproken worden met de patiënt en dienen de besluitvorming over de zorg te bevorderen op het ogenblik dat de kwetsbare oudere niet meer in staat is zijn wil te uiten (negatieve wilsverklaring).

VZP stelt de waarden en voorkeuren van de kwetsbare oudere centraal (patiëntgerichte zorg of ‘patiënt centered care’) en tracht door dialoog (gedeelde besluitvorming of ‘shared decision making’) tot zorgdoelstellingen of zorgafspraken te komen die in een zorgplan worden opgenomen (naar: Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. www.pallialine.be)

Het is evident dat dit gesprek niet moet uitgesteld worden tot er ernstige gezondheidsproblemen opduiken. Het opmaken van een zorgvolmacht met het bepalen van (een) wettelijke vertegenwoordiger(s) kan een eerste opstap zijn om deze VZP op gang te trekken.

De deelnemers aan de focusgroep suggereren om het onderwerp als zorgverlener aan te kaarten en zo het gesprek open te trekken als de zorgvrager dit wenst. Als voorbeeld haalt men de zin ‘Maakt u zich zorgen over de toekomst’ aan.

THEMA 4: EMPOWERMENT

3.7 Aanbeveling

Creëer en respecteer de geïnformeerde keuze van de kwetsbare oudere.

Toelichting:

De nieuwe generatie ouderen heeft andere verwachtingen naar het gezondheidszorgsysteem toe. Deze generatie is gewend aan technologie en sociale netwerken en zal hierdoor een systeem verwachten waarbij een duidelijke structuur en communicatie centraal staat waarbij betekenisvolle naaste(n) betrokken worden (Fulmer et al., 2018). Uit onderzoek bleek dat dit leidt tot veiligere zorg (Cardoen, 2019). We dienen rekening te houden met het feit dat dit tot nieuwe incidenten kan leiden. De toenemende vraag naar inspraak in de zorg en de vraag dat bij het verlenen van gezondheidszorg rekening gehouden wordt met individuele waarden, normen en wensen omvat in de termen patiënt empowerment en patiënt experience (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013).

Betrokkenheid van de patiënt betekent ook delen in de verantwoordelijkheid (Shared Decision Making). Wanneer deze beslissing of een plan van aanpak samen met de patiënt wordt opgemaakt, zal er mogelijks meer begrip zijn dan schuldtoewijzing.

En een hogere patiënttevredendheid kan dus leiden tot minder conflicten tussen patiënten en zorgverleners (patiëntempowerment.be, de 6 grote voordelen van Patiënt Empowerment).

De deelnemers aan de focusgroepen vragen aandacht voor een geïnformeerde keuzevrijheid. Ze geven aan dat de zorgverleners in de eerste plaats goed moeten luisteren naar de wensen, vervolgens duidelijke informatie moeten geven over de opties en ten slotte de keuze van de patiënt moeten respecteren. De deelnemers maken de kanttekening dat ze in sommige casussen verwachten dat de arts een medische keuze maakt.

THEMA 5: PARTICIPATIE

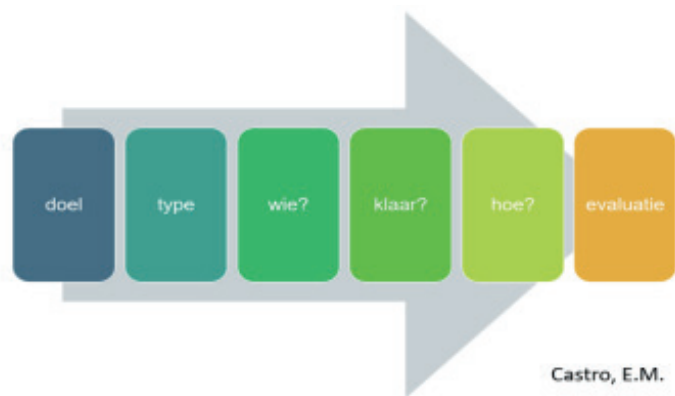
3.8 Aanbeveling

Organiseer beleidsparticipatie met de kwetsbare oudere binnen jouw organisatie.

Toelichting:

De kwetsbare ouderen en naasten kunnen vanuit hun ervaringen een belangrijke bijdrage leveren aan het beleid.

Deze bijdrage kan via verschillende vormen. Hieronder vind je de participatieladder. In functie van het project en per doel dient men de methodiek te gebruiken die zich hiertoe het beste leent. De ene vorm van participatie is niet superieur aan de andere.



Participeren kan gaan van het informeren van de patiënt tot het zelf mee beslissen (regie ligt bij de patiënt). Deze vormen kunnen toegepast worden op individueel, proces en organisatie niveau.

ORGANISATIELEVEL	INDIVIDU	PROCES	ORGANISATIE / STRATEGISCH
INFORMEREN patiënt weet mee			
CONSULTEREN patiënt praat mee			
ADVISEREN patiënt adviseert mee			
PARTNERSHIP / CO-PRODUCEREN patiënt doet mee			
REGIE / (MEE-)BESLISSEN patiënt bepaalt			

Beleidsparticipatie mag niet los gezien worden, het is een vervolg op het bevragen van ervaringen van patiënten en naasten over de geleverde zorg. Als professional en organisatie is het belangrijk om op verschillende niveaus met ontvangen feedback aan de slag te gaan. Een gedeelde ervaring kan bijdragen om het individuele zorgproces bij te sturen (micro), maar kan ook bijdragen om de processen op de afdeling (meso) of het ziekenhuis (macro) bij te schaven.

In de inspiratiegids 'Participatie in de zorg' (Zorgnet-Icuro, 2021) vind je een aantal mooie voorbeelden terug.

De deelnemers aan de focusgroep stellen voor om nieuwe projecten, procedures, infrastructuur, digitalisering,... af te toetsen bij een panel van actieve senioren, die ervaring hebben met het ziekenhuis vanuit eender welke rol en kritisch het project, de procedure,... op ouderenvriendelijkheid kunnen aftoetsen.

THEMA 6: CENTRAAL AANSPEEKPERSOON EN ZORG-COÖRDINATIE

3.9 Aanbeveling

De kwetsbare oudere heeft recht op een centraal aanspreekpersoon

Toelichting:

Een kwetsbare oudere wordt vaak geconfronteerd met polypathologie waarbij tijdens zijn opname verschillende disciplines aan het bed komen. Het is van cruciaal belang voor de zorgcontinuïteit dat deze interdisciplinaire zorg gecoördineerd wordt. De patiënt en zijn naaste hebben hierbij nood aan 1 centraal aanspreekpersoon. Deze aanspreekpersoon is vaak de verpleegkundige wegens de 24 op 7 aanwezigheid. Deze verzamelt de vragen van de patiënt of familie, beantwoordt binnen zijn wettelijke bevoegdheden en brieft of delegeert eventueel de vragen naar de betreffende andere disciplines. In kader van het systeem “patiëntentoe wijzing” krijgt de verpleegkundige een aantal patiënten onder haar verantwoordelijkheid. Het coördineren van de interdisciplinaire zorg is een belangrijke competentie.

De behandelend arts/geriater is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en revalidatie van de kwetsbare oudere. Patiënt en/of vertegenwoordiger worden door de arts geïnformeerd via de dagelijkse artsenronde of via een georganiseerd consultatiegesprek met de vertegenwoordiger indien de wilsbekwame patiënt hiermee akkoord gaat.

De deelnemers aan de focusgroep suggereren een visie rond mantelzorg uit te werken. Medewerkers worden getraind in communiceren met de mantelzorger en om draagkracht versus draaglast te (h)erkennen.

De deelnemers aan de focusgroep suggereren een visie rond mantelzorg uit te werken. Medewerkers worden ondersteunt en versterkt in het communiceren met de mantelzorger en ook om de draagkracht versus draaglast van de mantelzorger te (h)erkennen.

3.10 Aanbeveling

De kwetsbare oudere heeft recht op zorgcoördinatie

Toelichting:

Om tegemoet te komen aan de complexiteit van de zorgnoden is zorgcoördinatie aangewezen.

Zorgcoördinatie en eventueel casemanagement worden aanbevolen in complexe situaties waar verschillende disciplines betrokken worden rond de behandeling, opvolging en ondersteuning voor de kwetsbare oudere. Doelgerichte zorg waarbij de doelstellingen van behandeling en revalidatie afgestemd worden tussen de patiënt of zijn vertegenwoordiger en het interdisciplinaire team zijn onontbeerlijk voor continuïteit van de geïntegreerde zorg intra en extramuraal. Dit wordt ook shared decision making genoemd.

Bij zeer complexe situaties zal vaak de sociaal werker de coördinatie (zorgcoördinator) van zorg afstemmen en ook samen met de behandelend arts de woordvoeder zijn van het behandelteam in het ziekenhuis. De sociaal werker zal de extramurale contacten leggen om de continuïteit na ontslag te garanderen. Deze coördinatie behoeft een professionele afstemming tussen de verschillende disciplines van het team.

Daarom wordt minimaal wekelijks een interdisciplinair team-overleg (IDO) georganiseerd waarbij de opgemaakte behandel-doelstellingen besproken worden.

Bij een meer complexe casus dient de zorg afgestemd te worden waarbij een IDO met de eerste lijn kan georganiseerd worden. Bij deze zeer complexe zorgsituaties is het aanstellen van een casemanager vaak noodzakelijk.

De deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat een centrale aanspreekpersoon noodzakelijk is. Binnen de zorgcoördinatie is het belangrijk om de naaste te betrekken en continuïteit van zorg na te streven.

THEMA 7: DE PROFESSIONELE ZORGVERLENER

3.11 Aanbeveling

De kwetsbare oudere heeft recht op professionele zorgverleners.

Toelichting:

Zorgverleners respecteren ieder individu rekening houdend met een scala aan levenservaringen, relaties, eigen waarden, voorkeuren en talenten.

De zorgverlener beschikt over de nodige competenties en bekwaamheden opdat ouderen kunnen vertrouwen op de expertise van hun zorgverlener.

De wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (ook bekend als de “kwaliteitswet”) is van toepassing op alle gezondheidszorgbeoefenaars. Zij stelt diverse voorwaarden om de kwaliteit van de beroepsbeoefening door gezondheidszorgbeoefenaars te garanderen. Dit houdt onder andere in dat de zorgverlener beschikt over een visum en een portfolio bijhoudt.

Het portfolio is een tool waarmee verworven competenties op een overzichtelijke manier in beeld worden gebracht.

Competentie = het geheel van iemands kennis, vaardigheden en attitudes.

In het KB (29/01/2007) inzake de normen van het zorgprogramma geriatrie staat geformuleerd dat per 24 bedden de geriatrie dienst beschikt over 9 voltijdse equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waarvan ten minste 4 verpleegkundigen die bij voorkeur houders zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met bijzondere deskundigheid in de geriatrie of zoniet hebben minstens deze 4 verpleegkundigen een aantoonbare expertise in de geriatrie.

Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.

Dezelfde eisen worden gesteld aan de paramedici die lid zijn van het pluridisciplinair geriatrie team, alsook aan de verpleegkundigen en paramedici van het team geriatrie interne liaison en van het dagziekenhuis voor de geriatrie patiënt. Daarom wordt aanbevolen dat elk ziekenhuis een opleidingsprogramma aanbiedt voor het volgen van de nodige bijscholingen om de geriatrie expertise op peil te houden en te vergroten, zelfs voor medewerkers die werken op niet geriatrie afdelingen. Het team geriatrie interne liaison heeft hierbij de taak om de geriatrie cultuur te verspreiden op de niet geriatrie afdelingen en de nodige competenties aan te leren aan de medewerkers. Dit kan door middel van coaching en teaching on the floor.

Harde competenties geven nog geen waarborg voor de noodzaak aan de meer zachtere competenties (attitudes) als luisteren, tijd nemen, kwaliteit geven. Men tracht deze competenties bij te brengen aan onze medewerkers via sensibilisering campagnes, training en vormingen, ...

De deelnemers aan de focusgroepen gaven aan dat zorgverleners vertrouwen creëren als ze tijd nemen om te luisteren, respect tonen, angst en spanning verminderen.
Geduld en vriendelijkheid zijn basisvoorwaarden.
Men verwacht van professionele zorgverleners orde en hygiëne.

THEMA 8: INTER/TRANSDISCIPLINAIR WERKEN

3.12 Aanbeveling

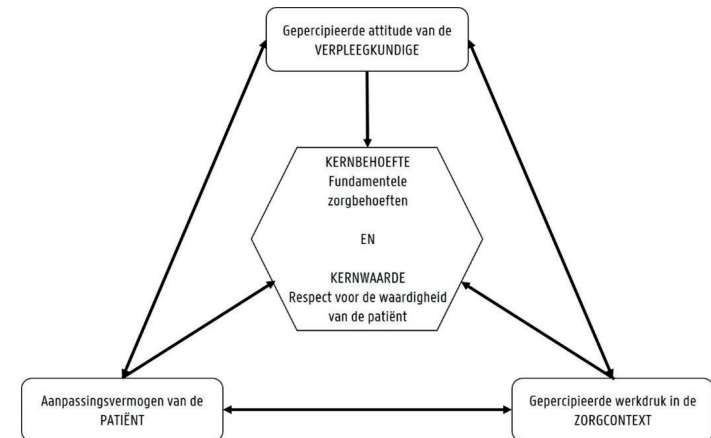
De zorg voor de kwetsbare oudere wordt inter/transdisciplinair georganiseerd.

Toelichting:

Het psychosociale welzijn van ouderen is sterk verbonden met hun biomedische gezondheid. Wanneer ouderen omwille van ziekte of ongeval opgenomen worden in het ziekenhuis neemt hun zorgafhankelijkheid vaak toe. Ouderen worden kwetsbaar door een opname in het ziekenhuis. Een multiprofessionele aanpak in de zorg voor deze ouderen waarbij zowel de biomedische, als de psychosociale aspecten worden meegenomen, is een must. De veelheid aan disciplines in de zorg voor deze oudere vraagt doorgedreven afstemming zodat de zorg tegemoet komt aan de noden en behoeften van deze oudere. In een ouderenvriendelijk ziekenhuis wordt steeds interdisciplinair samengewerkt: verschillende disciplines stemmen onderling af vanuit hun expertise. Waar mogelijk wordt transdisciplinair gewerkt waarbij los van de expertise in functie van de nood van de oudere samengewerkt wordt.

De deelnemers aan de focusgroepen wijzen erop dat de herkenbaarheid van disciplines belangrijk is.

THEMA 9: COMMUNICATIE EN BEJEGENING



Vanuit de inzichten uit dit doctoraatsonderzoek kunnen volgende aanbevelingen geformuleerd worden.

3.13 Aanbeveling

Stem af in de (inter)persoonlijke zorgrelatie met de oudere patiënt om tegemoet te komen aan hun fundamentele zorgbehoeften.

Toelichting:

Ouderen omschrijven een interpersoonlijke (zorg)relatie als een interactie tussen de oudere, de verpleegkundige en de zorgcontext gedurende een zorgactiviteit. Het aanpassingsvermogen van de oudere, de waargenomen houding van de verpleegkundige en de werkdruk zoals die wordt waargenomen (ervaren) binnen de zorgcontext, zijn de belangrijkste bouwstenen (kern elementen). In een positieve (zorg)relatie ervaart de oudere respect voor de eigenwaarde.

Stemt de verpleegkundige haar houding en handelingen (zorgen) niet spontaan, bewust en actief af met de oudere dan worden verwachtingen, noden en behoeften van de oudere ingevuld vanuit de verpleegkundige ervaring. Deze zorgen niet aansluiten op wat de kwetsbare oudere fundamenteel écht belangrijk vindt, dan blijven er onbeantwoorde zorgnoden bestaan.

Een afstemmende houding van de verpleegkundige is enorm belangrijk. Dit betekent dat de verpleegkundige in elk contact en bij iedere handeling de oudere observeert, aanspreekt en samen met de patiënt afstemt wat de zorgbehoefte juist is. De verpleegkundige geeft daarbij aan wat concrete mogelijkheden zijn en samen beslissen de oudere en verpleegkundige aan welke zorgbehoeften de verpleegkundige zal voldoen binnen haar mogelijkheden (Theys et al., 2020; Tobiano, Marshall, Bucknall & Chaboyer, 2016).

De deelnemers aan de focusgroep vinden het belangrijk om tijdens het opnamegesprek tijd te nemen om te peilen naar de verwachtingen van de zorgvrager. Men adviseert om de behoeften op verschillende sleutelmomenten tijdens het ziekenhuisverblijf af te toetsen. De aanbevelingen vanuit de eerste lijn dienen zeker meegenomen te worden.

3.14 Aanbeveling

Geef de kwetsbare oudere het gevoel dat ze niet tot last zijn. Zet bewust in op non-verbale en verbale communicatie om bereidheid te tonen om tegemoet te komen aan hun fundamentele zorgbehoeften.

Toelichting:

Voor kwetsbare ouderen is het belangrijk dat ze écht ervaren dat zorgverleners bereid zijn om aan hun zorgbehoeften tegemoet te komen en hen niet als een last beschouwen.

Kwetsbare oudere patiënten observeren de zorgverlening en vormen zich een beeld over wat een professionele houding betekent en hoe zorg wordt gegeven. Op basis daarvan bepalen de ouderen zelf wat volgens hen haalbaar is voor de zorgverleners. Zorgverleners dienen bewust te zijn van de eigen houding en gedrag, met non-verbale en verbale communicatie, en bereidheid uit te stralen om tegemoet te komen aan de fundamentele zorgbehoeften van de patiënten (Karaca & Durna, 2019; Maben et al., 2012; Omisakin et al., 2016).

De deelnemers aan de focusgroep adviseren om je als zorgverlener in de eerste plaats te richten tot de oudere en niet te snel over te schakelen naar de naaste. Kader dit ook aan de mantelzorger.

3.15 Aanbeveling

Optimaliseer de manier van omgaan met de oudere.

Toelichting:

Tijd mis geen absolute voorwaarde om afstemming mogelijk te maken of om in het algemeen te investeren in de Interprofessionele zorgrelatie met de ouderen. Werkdruk mag geen belemmering vormen om actief te kijken of te luisteren naar de vragen en zorgnoden van de patiënt. Het is wel aangewezen om de huidige

manier van omgaan en communiceren tussen zorgverleners en de patiënten te optimaliseren.

Immers, de manier van communiceren met elkaar (in de maatschappij) is enorm veranderd in de laatste jaren, van heel persoonlijk en direct contact naar veel minder persoonlijk en digitaal. De combinatie van toegenomen werkdruk, een grotere verscheidenheid aan beroepsdisciplines in de zorg, verschuiving van taken en verantwoordelijkheden vormt een bedreiging voor een aangename persoonlijke omgang met de oudere.

De deelnemers aan de focusgroep vinden het voorstellen van jezelf een eerste stap in een goede relatie met de kwetsbare oudere. Bevraag actief hoe men als oudere wenst aangesproken te worden. Een patiëntenbord/boekje kan een aanknopingspunt zijn om bepaalde informatie over zijn/haar leven te delen en zo contact te leggen.

3.16 Aanbeveling

Anticipeer op het aanpassingsvermogen van de kwetsbare oudere, in de interpersoonlijke zorgrelatie.

Beschouw eerdere, gekende negatieve ervaringen van kwetsbare oudere patiënten als een 'early warning sign', een voorbode op risicovolle coping strategieën.

Toelichting:

Voldoende aandacht voor de negatieve ervaringen die ouderen

zelf hebben gedeeld, is belangrijk. Een negatieve ervaring tijdens een vorige ziekenhuisopname of in een vorig contact met een zorgverlener, kan een verklaring zijn voor de manier waarop de oudere zich vandaag zal aanpassen of gedragen in het contact met zorgverleners. Een oudere kan zich bijvoorbeeld heel erg afschermen, gesloten opstellen, weinig meewerken en/of advies niet aannemen omdat het vertrouwen in dé zorgverlener erg geschonden is in het verleden. Dit kan leiden tot vermijdbare incidenten en/of problemen zoals bijvoorbeeld therapie-ontrouw.

De deelnemers aan de focusgroep vragen om de zelfredzaamheid van de oudere te respecteren ter behoud van zijn/ haar waardigheid.

3.17 Aanbeveling

Zet in op primaire en secundaire preventieve zorg voor de kwetsbare oudere.

Toelichting:

Preventie bestaat uit de belofte om gezonde ouderen gezond te houden door bedreigingen of gezondheidsrisico's aan te duiden en zo mogelijk te behandelen nog voor de symptomen optreden (Ferris et al., 2018).

Primaire preventie is het voorkomen van gezondheidsproblemen door risico's tijdig te detecteren of weg te nemen. Tweedelijns preventie omvat risicofactoren die bij de oudere aanwezig zijn maar de symptomen zijn (nog) niet duidelijk om het ziektebeeld

al te benoemen. Zet men in op het vroegtijdig opsporen en erger voorkomen van deze asymptomische ziekte, dan doet men aan secundaire preventie. Bij de kwetsbare ouderen zal het vooral over secundaire preventieve maatregelen of interventies gaan, namelijk om te voorkomen dat symptomen of geriatrische syndromen erger worden en dat de gezondheidstoestand achteruit gaat. Een voorbeeld van een symptoom of geriatrisch syndroom kan verminderde mobiliteit met een (herhaaldelijk) valincident zijn, waarbij het nog niet duidelijk is welke aandoening de mobiliteit verzwakt.

Belangrijk is om maximaal de oudere te betrekken, om preventieve maatregelen af te stemmen op wat de oudere zelf wil investeren of opgeven. Immers, preventief werken vraagt vaak een grote en langdurige inspanning van de oudere en zijn omgeving.

De deelnemers aan de focusgroep vinden het belangrijk dat de zorgverleners 'tips & tricks' meegeven, zowel tijdens de ziekenhuisopname als op een consultatie/dagziekenhuis, naar bewegen en valpreventie, geheugentraining, gezonde voeding,...

THEMA 10: OMGEVING EN INFRASTRUCTUUR

3.18 Aanbeveling

Creëer een omgeving en infrastructuur die rekening houdt met de noden van de kwetsbare oudere.

Toelichting:

Geriatrische afdelingen wijken af van de doorsnee ziekenhuisafdeling met een infrastructuur die tegemoetkomt aan de noden van de oudere. Zo is er een gemeenschappelijke ruimte voor de maaltijden, een therapielokaal, rolstoeltoegankelijke toiletten, voldoende steunbaren, douches en badkamer, aanduiding van de lokalen met tekst en figuren, voldoende vrije en veilige bewegingsruimte, doordachte kleurkeuze. De afdeling beschikt over voldoende hulpmiddelen (rollator, rolstoel, tillift) en therapie toestellen voor de revalidatie van de patiënt. Gezien veel kwetsbare ouderen ook op niet geriatrische afdelingen verblijven zou deze infrastructuur ook van toepassing moeten zijn op de totale ziekenhuisomgeving.

De deelnemers aan de focusgroepen vragen een vlotte toegankelijkheid, duidelijke route aanduidingen en een infrastructuur die rekening houdt met de noden van de kwetsbare oudere.

BIJLAGEN

Bijlage 1

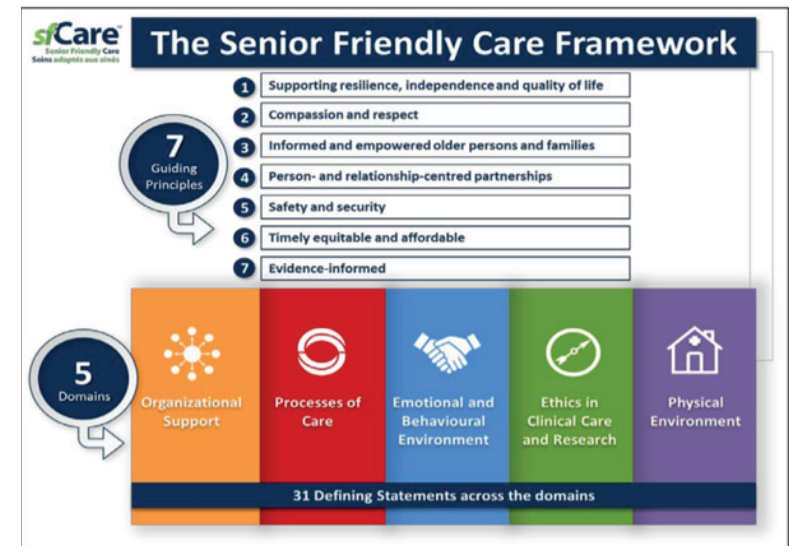
- > Zorgnet Icuuro
- > AZ Alma Eeklo
- > AZ Groeninge Kortrijk
- > Jessa ziekenhuis Hasselt
- > ZAS Antwerpen
- > AZ St Jan Brugge
- > AZ Delta Roeselare
- > AZ Maria Middelaes Gent

Onder de vleugels van de BVGG

Met medewerking en advies van :

- > De seniorenadviesraden van
 - > Gent
 - > Hasselt
 - > Brugge
 - > Eeklo
 - > Antwerpen
- > De federale adviesraad voor ouderen
- > Vlaams expertise punt mantelzorg

Bijlage 2 - 31 standpunten



(www.rgptoronto.ca/initiatives/senior-friendly-care)

1. Organisatorisch

- > ouderenvriendelijke zorg is een prioriteit
- > minstens 1 leidinggevende is verantwoordelijk voor seniorvriendelijke zorg
- > aanwerven van personeel met juiste expertise in ouderenzorg
- > ouderenvriendelijk beleid dat waardigheid, gezondheid en deelname aan de zorg promoot dat is terug te vinden in alle relevante beleidsprocedures
- > engagement van het beleid naar ouderenvriendelijke zorg
- > samenwerking met externe partners om te streven naar continuïteit van zorg
- > opvolging vanuit het beleid en bewaking van indicatoren relevant voor patiëntgerichte ouderenzorg

2. Zorgprocessen

- > holistische evaluatie en opvolging
- > de zorg is holistisch
- > de zorg is evidenced based
- > interprofessioneel zorgmodel specifiek voor kwetsbare ouderen
- > geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd
- > zorgdoelstelling: herstel, behoud en onderhoud van functioneel vermogen, kwaliteit van zorg
- > ouderen zijn partners in de zorg
- > flexibele en afgestemde zorg met de ouderen
- > communicatie en administratieve processen zijn aangepast aan de noden van de ouderen
- > informatie voor ouderen is begrijpelijk en aangepast

3. Emotionele en gedragsomgeving

- > de zorg is vrij van leeftijdsdiscriminatie (agism)
- > ouder(mis)behandeling kan aangekaart worden
- > er wordt rekening gehouden met de persoonlijke doelstellingen en noden van de oudere
- > er wordt in de zorg rekening gehouden met de diversiteit in de ouderen populatie
- > respect voor de levenservaring, talenten, relaties, ...
- > vertrouwen van ouderen in de zorgverlener
- > ondersteuning en waardering van naasten en andere zorgverleners
- > rekening houden met de sociale aspecten van de zorg

4. Ethiek in de zorg

- > zelfstandigheid, keuzevrijheid en waardigheid van de oudere
- > bescherming van de rechten van de ouderen wordt gerespecteerd
- > de toegang tot de zorg wordt nooit ontkend op basis van de leeftijd

5. Fysieke omgeving

- > de infrastructuur, de uitrusting, de ruimtes en het meubilair bevorderen de veiligheid, het comfort, de functionele zelfstandigheid en algemeen welbevinden

Bijlage 3

THEMA 1: OPNAME -EN ONTSLAGBELEID

Good practice: Mantelzorgparticipatie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be

Good practice: Interdisciplinaire geriatrische anamnese

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies De Vuyst	Annelies.devuyst@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Interne liaison op spoed

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis	Inge Goeyvaert	Inge.Goeyvaerts@jessazh.be

Good practice: Ouderenvriendelijke boxen op spoed

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: GEMS (geriatric education for emergency medical services)

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Pre-operatieve raadpleging geriatrie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ St. Jan Brugge	Hadewych Gueth	hadewych.gueth@azsintjan.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Anthony Jeuris	anthony.jeuris@jessazh.be
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Pre-opname balie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

Good practice: Telefonische follow-up bij ontslagen

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Follow up consultatie ouderen met dementie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
UZLeuven	Nadja Himschoot	nadjahimschoot@uzleuven.be

Good practice: Transferfiche eerste lijn

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Functionele binding Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Deinze		

THEMA 2: AMBULANTE ZORG

Good practice: Vrijwilligers om ouderen te begeleiden

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

THEMA 3: ETHISCHE/HOLISTISCHE BENADERING

Good practice: Consultant vroegtijdige zorgplanning Palliatieve zorg

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Ellen Van Der Gucht	ellen.vandegucht@jessazh.be

THEMA 4: EMPOWERMENT

Good practice: Interdisciplinaire geriatrische anamnese: verwachtingen bespreken en doelen formuleren

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies De Vuyst	Annelies.devuyst@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Bedside Briefing

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be
AZ Alma	Lieven Goeminne	Lieven.goeminne@azalma.be
H. Hartziekenhuis Mol	Annick Bienstman	Annick.Bienstman@azmol.be

Good practice: Patiëntenbord

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be
UZ Gent	Els Carryn	Els.carryn@uzgent.be
AZ Maria Middelaes Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

THEMA 5: PARTICIPATIE

Good practice: Jessa Geriatrie Panel

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Telefonische follow-up bij ontslagen

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

THEMA 6: CENTRAAL AANSPREEKPERSOON EN ZORGCOÖRDINATIE

Good practice: Patiëntentoewijzingsbord

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Case management op GIRA

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies Schoefs	Annelies.schoefs@jessazh.be

Good practice: Verslag MDO voor huisarts

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

THEMA 7: DE PROFESSIONELE ZORGVERLENER

Good practice: Film bejegening van de oudere zorgvrager

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaars Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

Good practice: Verslag MDO voor huisarts

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: referentieartsen dementie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Expertisecentrum Dementie	Joke Pauwelyn	joke.pauwelyn@dementie.be

THEMA 8: INTER/TRANSDISCIPLINAIR WERKEN

Good practice: Podcasts taboes rond geriatricie doorbreken

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Koen Gilis	koen.gilis@jessazh.be

Good practice: Fotobord medewerkers

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies De Vuyst	Annelies.devuyst@jessazh.be

Good practice: Frailty Gids

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies De Vuyst	Annelies.devuyst@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

THEMA 9: COMMUNICATIE EN BEJEGENING

Good practice: Interdisciplinaire geriatrie anamnese: "what matters to you"

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaars Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Annelies De Vuyst	Annelies.devuyst@jessazh.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Project Patiënt empowerment

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Alma	Lieven Goeminne	Lieven.goeminne@azalma.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Betekenisvolle activiteiten in het ziekenhuis ziekenhuis

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaars Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

Good practice: dementie experten

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaars Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

THEMA 10: WELZIJN EN PREVENTIE

Good practice: Mantelzorgparticipatie

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaers Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be

Good practice: Telefonische follow-up bij ontslagen

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Out reachende zorg: liaison verpleegkundige in rusthuizen

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Maria Middelaers Gent	Marc Vankerkhoven	marc.vankerkhoven@mijnziekenhuis.be

THEMA 11: OMGEVING EN INFRASTRUCTUUR

Good practice: Jessa Geriatrie Panel: rondgang in het ziekenhuis

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
Jessa Ziekenhuis Hasselt	Mark Saen	Mark.saen@jessazh.be

Good practice: Kiss and ride voor minder mobiele

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Ouderenvriendelijke boxen op spoed

Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Good practice: Bewegwijzering

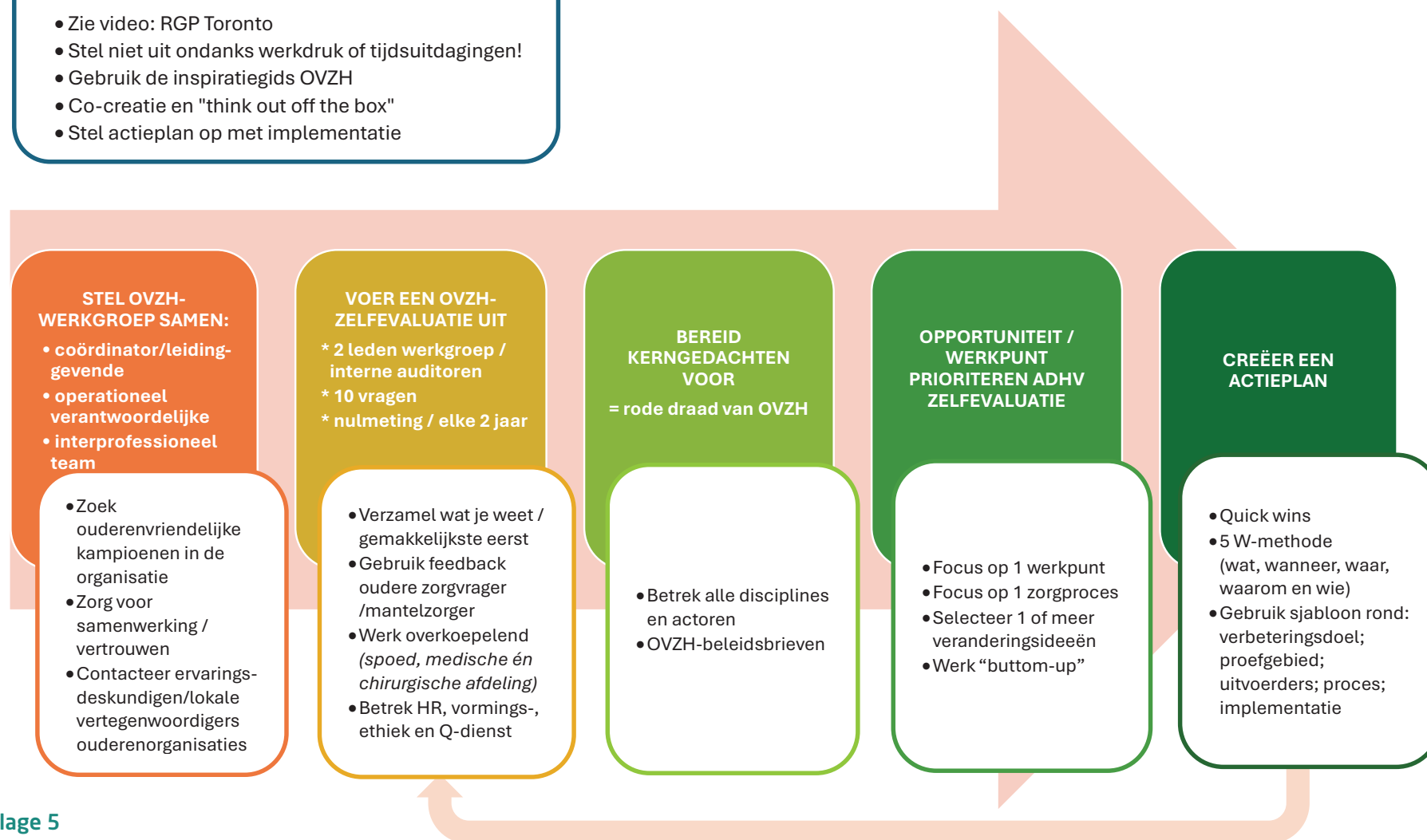
Ziekenhuis	contactpersoon	e-mail
UZ Leuven	Raf Beneens	Raf.beneens@uzleuven.be
AZ Groeninge Kortrijk	Fien Gregoir	fien.gregoir@azgroeninge.be

Bijlage 4

5 handvaten voor een Ouderenvriendelijk ziekenhuis (OVZH)

TIPS

- Zie video: RGP Toronto
- Stel niet uit ondanks werkdruk of tijdsuitdagingen!
- Gebruik de inspiratiegids OVZH
- Co-creatie en "think out of the box"
- Stel actieplan op met implementatie



Bijlage 5

