



Kwaliteitsaspecten en normering Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2017

De 14 kwaliteitsaspecten van het keurmerk zijn bedoeld om ziekenhuizen concrete aanknopingspunten te bieden voor verdere verbetering. Om in aanmerking te komen voor het keurmerk moet de ziekenhuislocatie voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. Voor zowel kwaliteitsaspect 2 (beschikbaarheid en inzet geriatrieteam), aspect 6 (coördinatie van zorg en één aanspreekpunt) als aspect 10 (continuïteit van zorg) is ten minste 80 punten behaald;
2. De kwaliteitsaspecten 1 t/m 11 gaan (merendeels) over de organisatie van de zorg en zijn gemeten met een zelfrapportage van het ziekenhuis. In totaal moet voor minimaal 8 van deze 11 kwaliteitsaspecten ten minste 80 punten zijn behaald;
3. Kwaliteitsaspecten 12 t/m 14 gaan over de fysieke omgeving en gastvrijheid en worden mede beoordeeld door de cliëntenraad. Voor minimaal 1 van deze 3 kwaliteitsaspecten is ten minste 80 punten behaald.

Inhoud en processen van zorg		
1	Screening en interventies op geriatrische problemen	<p>Poliklinisch: Bij minimaal 80% van de patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek is gebruik gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding (bron: IGZ-basiset 2016 indicator 7.1.1).</p> <p>Preoperatief: Protocollair is vastgelegd dat patiënten van 70 jaar of ouder die in aanmerking komen voor een orthopedische, abdominale of thoracale ingreep in de preklinische fase worden gescreend op kwetsbaarheid en bij verhoogd risico voorafgaand aan de ingreep worden gezien door een klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist geriatrie.</p> <p>Klinisch: Bij minimaal 80% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten van 70 jaar of ouder is de uitkomst vastgelegd in het patiëntendossier van de screening op:</p> <ul style="list-style-type: none">- (verhoogd risico op) delirium;- verhoogd risico op vallen;- (verhoogd risico op) ondervoeding (m.b.v. de SNAQ of de MUST);- bestaande fysieke beperkingen. <p>(bron: VMS)</p> <p>Op alle in de screening geconstateerde risico's en problemen worden, zo nodig ondersteund door geriatrische deskundigheid interventies ingezet; dit is protocollair vastgelegd.</p>

2	Beschikbaarheid en inzet geriatrieteam	<p>In het ziekenhuis is een multidisciplinair geriatrieteam beschikbaar dat ingeschakeld wordt voor poliklinische en klinische behandeling van kwetsbare ouderen (direct of via intercollegiaal consult).</p> <p>Dit geriatrieteam met vaste samenstelling en regulier multidisciplinair overleg bestaat uit minimaal een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, een geriatrieverpleegkundige of verpleegkundig specialist geriatrie en een geriatriefysiotherapeut.</p> <p>Protocollair is vastgelegd wanneer en door wie het geriatrieteam wordt ingeschakeld.</p> <p>Er is 7 dagen in de week 24 uur per dag een lid van dit team (i.c. specialist of verpleegkundige) in geval van nood beschikbaar voor (telefonisch) overleg, beoordeling en indien nodig interventie.</p>
3	Afgestemde onderzoeken	<p>Voor oudere patiënten met meerdere aandoeningen tegelijkertijd wordt actief de mogelijkheid aangeboden om <i>desgewenst</i> onderzoeken zoveel mogelijk op 1 dag te combineren. Er wordt rekening gehouden met de belastbaarheid van de oudere. Waar nodig en/of indien gewenst worden rustpauzes ingelast en wordt begeleiding vanuit het ziekenhuis aangeboden.</p> <p>Het ziekenhuis beschikt bij voorkeur over een dagonderzoekscentrum geriatrie.</p>
4	Specifieke poliklinische en klinische maatregelen voor opname van kwetsbare ouderen met complexe problematiek	<p>Het ziekenhuis beschikt bij voorkeur over multidisciplinaire poliklinieken die gericht zijn op specifieke aandachtspunten bij kwetsbare ouderen, zoals een geheugenpoli.</p> <p>Het ziekenhuis beschikt over een aparte afdeling geriatrie en/of verpleegafdelingen waar kwetsbare ouderen met complexe problematiek worden opgenomen zijn hiervoor voldoende toegerust. Het gaat hierbij om zaken zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een opnamegesprek in aanwezigheid van de mantelzorger, waarin o.a. afspraken worden gemaakt over informatieoverdracht; - de mogelijkheid de patiënt met complexe problematiek op een 1-persoonskamer te verplegen; - de mogelijkheid tot 'rooming-in' voor de mantelzorger (mee-eten en/of overnachten); - de inzet van getrainde vrijwilligers en/of familieleden voor ondersteuning bij voeding, beweging, oriëntatie en activiteiten; - datum en tijd zichtbaar (t.b.v. de oriëntatie) op elke kamer waar verwarde patiënten verblijven; - dwaalbeveiliging op die afdelingen waar verwarde patiënten worden opgenomen; - inzet hulpmiddelen om pijn ook bij patiënten met dementie te meten (bv de Coop /Wonca checklist of PAC SLAC-D).; - het bij uitzondering toepassen van vrijheidsbepalende maatregelen volgens in protocol nauw omschreven situatie; - een actief beleid gericht op griepvaccinatie van betrokken zorgverleners ter bescherming van kwetsbare ouderen.

5	Informatie geven aan de patiënt inz. medicatie en voorkomen heropname	Bij elke patiënt van 70 jaar of ouder is bij opname en bij ontslag de medicatie besproken en geverifieerd. Protocolair is vastgelegd dat in ieder geval bij de opname en het ontslag hiervoor bijzondere aandacht is en gecontroleerd wordt of de patiënt/mantelzorger alles heeft begrepen. Daarnaast wordt in ieder geval bij ontslag aandacht besteed aan leefregels (o.a. voeding, bewegen) en het voorkomen van heropname. Dat blijkt o.a. uit het meegeven van een op de individuele patiënt afgestemde brief (of individueel zorgplan) met uitleg over de ziekte(n), de uitgevoerde interventies, bijzonderheden (o.a. delier), de medicatie en de leefregels die van belang zijn. Deze brief wordt opgenomen in het dossier van de patiënt en maakt deel uit van de overdrachtsinformatie (zie ook aspect 10).
6	Coördinatie van zorg en één aanspreekpunt	<p>De informatie en zorg die verschillende hulpverleners geven is op elkaar afgestemd. Voor iedere patiënt van 70 jaar of ouder is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt.</p> <p>De oudere patiënt of diens vertegenwoordiger is mondeling en schriftelijk geïnformeerd over wie van de betrokken zorgverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger en op welke wijze en wanneer deze persoon bereikbaar is; - de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt; - belast is met de coördinatie van de zorg aan de patiënt (zorgcoördinator). <p>Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeel. (bron: Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG).</p> <p>Kwetsbare ouderen en hun mantelzorger hebben één vast, professioneel aanspreekpunt gedurende het gehele diagnose- en behandeltraject in het ziekenhuis (over de specialismen heen).</p>
7	Stimuleren eigen regie en participatie ouderen	<p>Het ziekenhuis neemt de oudere serieus. Extra tijd wordt genomen om met de oudere en diens mantelzorger de persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden te verkennen als basis voor gezamenlijke besluitvorming. Voor ouderen met een taalbarrière is een professionele tolk beschikbaar.</p> <p>Met de patiënt (en mantelzorger) worden de mogelijke behandelopties besproken, inclusief ondersteunende maatregelen indien niet tot een gerichte behandeling wordt besloten.</p> <p>Uitgaande van de mogelijkheden van de oudere wordt ziekenhuisbreed lichamelijke en sociale participatie gestimuleerd door bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beweegprogramma's voor ouderen; - activiteitenbegeleiding; - zorgdragen voor gebruik hulpmiddelen (bril op sterkte, gehoorapparaat, kunstgebit); - zorg door verpleegkundigen die actief en continue bijdragen aan functiebehoud.

8	Speciale maatregelen op SEH voor kwetsbare ouderen	<p>Op de Spoedeisende Hulp (SEH) wordt rekening gehouden met de fysieke beperkingen van ouderen en is aandacht voor kwetsbaarheid (o.a. risico op delier):</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij SEH-patienten > 70 jaar vindt bij binnenkomst een risicoscreening plaats op kwetsbaarheid en/of functieverlies; - bij aangetoonde kwetsbaarheid wordt de klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist geriatrie betrokken bij het (niet)behandelbeleid; - de SEH beschikt over actuele werkafspraken met andere zorgaanbieders gericht op de 24/7 mogelijkheid tot plaatsing in een herstelomgeving of op een geriatrische revalidatie-afdeling als een ziekenhuisopname ongewenst is; - bij SEH-patienten > 70 jaar vindt bij binnenkomst een screening plaats op ouderenmishandeling; - zo snel mogelijk wordt de oudere patiënt in staat gesteld te eten en/of te drinken. - er bestaan maatregelen die de (ervaren) wachttijd van (kwetsbare) ouderen beperken, o.a. inzet van vrijwilligers; - de SEH beschikt over de mogelijkheid om ouderen met complexe problematiek te laten verblijven in een 1-persoonskamer gedurende de onderzoeksperiode (met diens begeleider); - bij vertrek naar huis wordt informatie mee gegeven om opname te voorkomen;
Beleid		
9	Zorg voor ouderen is speerpunt	<p>Het ziekenhuis heeft de zorg voor ouderen als een speerpunt benoemd en hiertoe een stuurgroep of ziekenhuiscommissie ingesteld die verantwoordelijk is voor het ziekenhuisbreed implementeren van dit speerpunt volgens een vastgesteld plan van aanpak. Onderdeel van dit plan van aanpak is o.a. structurele en ziekenhuisbrede scholing in kennis en kunde van de geriatrie voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij onderzoek en behandeling van patiënten van 70 jaar of ouder.</p> <p>Tevens is er een visie geformuleerd over de positie van de mantelzorger en familieparticipatie. Hierin staat o.a. hoe de mantelzorger (desgewenst) gefaciliteerd kan worden om een functie te vervullen in het zorgproces.</p> <p>Met de cliëntenraad wordt ieder jaar afgestemd welke verbeterpunten worden opgepakt om het ziekenhuis (nog) seniorvriendelijker te maken. Uit de externe communicatie blijkt dat het ziekenhuis en de medische staf op dit speerpunt aanspreekbare resultaten boeken.</p>
10	Continuïteit van zorg	<p>Het ziekenhuis heeft in samenwerking met de ketenpartners (o.a. thuiszorg, wijkverpleegkundige, huisarts, verpleeghuis) protocollen opgesteld en geïmplementeerd waarmee de continuïteit in de zorg voor (kwetsbare) ouderen wordt geborgd. Het protocol bij opname voorziet in</p> <ul style="list-style-type: none"> - afspraken m.b.t. het actief raadplegen en opnemen in het dossier van verwijsbrief bij polibezoek en opname; - het voortzetten en bespreken van het eerder uitgesproken en ingezette beleid t.a.v. behandelbeperkingen; - duidelijke informatie (ook op de website) over de mogelijkheden na ontslag zoals geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, verpleeghuis, thuiszorg, casemanagement dementie; <p>Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor (kwetsbare) ouderen, inclusief het</p>

		<p>nazorgtraject op de polikliniek. Uitgangspunt van het beleid bij ontslag is dat het ontslag pas in gang is gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgend zorgverlener en de mantelzorger is afgestemd. In de ontslagprocedure is daarom geregeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoe vanuit het ziekenhuis een soepele overdracht naar de thuissituatie gefaciliteerd wordt en de noodzakelijke zorg en ondersteuning in de thuissituatie (incl. verpleeghuis, geriatrische revalidatiezorg etc.) in kaart wordt gebracht (bijv. door de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis te vragen, vgl. transmurale zorgbrug); - hoe gecontroleerd wordt of de zorg in de thuissituatie is geregeld en of de mantelzorger en huisarts zijn geïnformeerd (inclusief het beantwoorden van de verwijsvraag), alvorens tot ontslag wordt overgegaan; - dat op de dag van ontslag een (kort) schriftelijk bericht aan de opvolgend zorgverlener wordt gestuurd met daarin de naam en intercollegiaal telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis aanspreekpunt is; - dat bij overdracht er een actueel medicatieoverzicht conform de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg , maar zeker binnen 24 uur beschikbaar is; - dat de schriftelijk medische overdracht rekening houdt met algemene en specifieke risico's voor kwetsbare ouderen die veel voorkomen bij overdrachtssituaties (o.a. valrisico en medicatie, delier); - dat de verpleegkundige overdracht de volgende informatie bevat: verleende zorg, aan wie en door wie de zorg wordt overgedragen, de actuele ondersteuningsvragen en de beoogde doelen, de met de oudere/mantelzorger gemaakte afspraken en bij wie ze terecht kunnen met vragen; - dat t.b.v. de continuïteit van zorg voor (kwetsbare) ouderen de (voorlopige) medische en verpleegkundige overdracht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur bij de opvolgende zorgverlener(s) is; - dat het ziekenhuis samenwerkingsafspraken met de 1^e lijn heeft geïmplementeerd waarin opgenomen is wanneer welke zorgverlener de (kwetsbare) oudere patiënt binnen 2 dagen na ontslag in de thuissituatie bezoekt.
11	<p>Beleid voor begeleiding in laatste levensfase</p>	<p>Bij naderend overlijden vindt een gesprek plaats met arts en verpleegkundige waarbij aandacht is voor wat voor de patiënt belangrijk is in de laatste levensfase en welke ondersteuning daarbij gegeven kan worden.</p> <p>Het ziekenhuis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - is aangesloten bij een regionaal netwerk palliatieve zorg en heeft laagdrempelige toegang tot een consultatieteamlid palliatieve zorg (intern/extern) voor specifieke deskundigheid op vraagstukken in de laatste levensfase ; - werkt vanuit bestaande richtlijnen en protocollen op het gebied van palliatieve zorg en laatste levensfase (o.a. vindbaar op www.pallialine.nl of Zorgpad Stervensfase).

Fysieke omgeving en gastvrijheid		
12	Inrichting verpleegafdelingen afgestemd op ouderen	<p>De inrichting van het ziekenhuis is afgestemd op ouderen die langer in het ziekenhuis moeten verblijven, bijv. door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de verpleegafdelingen zodanig in te richten dat het mobiliseren van oudere patiënten wordt gestimuleerd (indien medisch verantwoord); denk hierbij aan de mogelijkheid om aan een stevige tafel te eten, voldoende ruimte en voorzieningen om te lopen (zoals wandleuningen), ruimte om te manoeuvreren met rolstoel, beschikbaarheid van een actieve tillift etc.; - de badkamers en toiletten zijn geschikt voor minder validen en 's nachts goed vindbaar dankzij ondersteunende verlichting; - aanwezigheid van hooglaagbedden met een comfortabele antidecubitusmatras; vanuit het bed heeft de oudere zelf de controle over radio, TV en alarm, zo mogelijk ook over licht en klimaat; - op patientkamers geldt vooral 's nachts een rustige omgeving; - op de verpleegafdeling (en/of op korte loopafstand) is een gemeenschappelijke huiskamer afgestemd op de behoeften van ouderen (met bijv. comfortabele stoelen, huiselijke inrichting); - op elke verpleegafdeling is een ruimte beschikbaar die gebruikt wordt voor slechtnieuwsgesprekken wanneer de oudere patiënt niet alleen op een kamer ligt;
13	Toegankelijkheid, inrichting en gastvrije ontvangst	<p>Het ziekenhuis is goed toegankelijk voor ouderen. Het gaat hierbij om zaken als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plattegronden, bewegwijzering en oriëntatieborden in het ziekenhuis en op het terrein zijn duidelijk en goed leesbaar voor de oudere patiënt (zoals voldoende licht, grote letters, voldoende contrast); - het ziekenhuis beschikt over voldoende (beschutte) parkeerplaatsen, ook voor minder validen en in de nabijheid van de hoofdingang, polikliniek en de Spoedeisende Hulp; <p>Het ziekenhuis heeft een gastvrije ontvangst en inrichting voor ouderen. Het gaat hierbij om zaken als:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij recepties zijn gastvrouwen/-heren beschikbaar voor vragen en zo nodig voor begeleiding van de oudere patiënt van en naar de polikliniek of afdeling; - bij de diverse ingangen zijn mobiliteit ondersteunende voorzieningen (zoals rolstoelen) beschikbaar ; - gebruik van contrasterende kleuren om deuren, muren en vloeren zichtbaar te maken; - begin en einde van trappen zijn gemarkeerd, trapleuningen bevatten geen scherpe hoeken/uitsteeksels; - in wacht- en onderzoekruimtes zijn voor ouderen geschikte stoelen aanwezig (met leuning, niet te laag), met oproepen van patiënten wordt rekening gehouden met slechthorendheid;
14	Betrokkenheid van de cliëntenraad	<p>De cliëntenraad van het ziekenhuis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiseert minimaal jaarlijks een panel- of spiegelbijeenkomst voor (kwetsbare) oudere patiënten om hun ervaringen in het ziekenhuis te bespreken en te verzamelen; - maakt een rondgang door het ziekenhuis ter beoordeling van de gastvrijheid en de omgevingskenmerken (aan de hand van een verkorte vragenlijst die betrekking heeft op de aspecten 12 en 13); - en met 2 cliëntenraadsleden (bij voorkeur met ervaring als oudere patiënt in het eigen ziekenhuis) deel te nemen aan de ziekenhuiswerkgroep die verantwoordelijk is voor het invullen van de zelfevaluatie (vragenlijst voor het ziekenhuis over de aspecten 1 t/m 12).