

Geriatric

Studentenbrochure

Algemeen Ziekenhuis Diest
Statiestraat 65 – 3290 Diest – t 013 35 40 11
f 013 31 34 53 – post@azdiest.be –
www.azdiest.be

Beste Student,

Welkom op de afdeling Geriatric.

Met deze informatiebundel willen we je graag wegwijs maken op onze afdeling.

Het is een beknopte handleiding die je steeds kan raadplegen. Deze kan niet allesomvattend zijn, maar zowel de hoofdverpleegkundige als de verpleegkundigen helpen je graag verder.

Vraag liefst op voorhand uitleg bij twijfel. Zo kunnen fouten voorkomen worden. Wij gunnen je de nodige tijd om je in te werken.

Alvast een fijne stageperiode gewenst!

**Namens de ganse equipe van
Geriatric.**

Inhoudsopgave

1	Voorstelling van de afdeling	5
1.1	Algemeen	5
1.2	Multidisciplinair team	5
1.2.1	Referentieverpleegkundigen	5
1.2.2	Medische omkadering	5
1.2.3	Paramedische omkadering	6
1.3	Wegwijs op de afdeling.....	7
1.4	Dagindeling	8
2	Pathologie op de afdeling geriatrie.....	10
2.1	Fysiek	10
2.1.1	Cardiologie.....	10
2.1.2	Endocrinologie	11
2.1.3	Gastro- enterologie	11
2.1.4	Hematologie.....	13
2.1.5	Neurologie.....	13
2.1.6	Pneumologie.....	14
2.1.7	Psychisch.....	15
2.2	Revalidatie.....	16
2.3	Sociale opname.....	16
3	Diagnostische en therapeutische interventies	16
3.1	Diagnostiek.....	16
3.1.1	Radiologie	16
3.1.2	Cardiologisch onderzoek	16
3.1.3	Endocrinologische onderzoeksmethoden	16
3.1.4	Gastro-enterologische onderzoek	17
3.1.5	Hematologisch onderzoek.....	17
3.1.6	Neurologisch onderzoek	17
3.1.7	Algemeen.....	17
3.2	Therapie	17
4	Specifieke taakomschrijving van de verpleegkundigen op de afdeling.....	18
4.1	Verpleegtechnisch.....	18
4.2	Begeleidingsaspect	18
4.2.1	De rol van de verpleegkundige zorgverlener bij de revalidatie van de geriatrische patiënt.....	18
4.2.2	Opleiding van diabetes patiënten.....	19
4.2.3	Terminale patiënten	19

4.2.4	Patiënten met een hemiplegie.....	19
4.2.5	Bij overlijden.....	19
4.2.6	Bij Mutatie	19
4.2.7	Bij onderzoeken en de behandelingen.....	19
4.3	Observatie en rapportage.....	19
4.4	Administratief.....	20
5	Specifieke aandachtspunten	20
5.1	Decubituspreventie.....	20
5.1.1	Preventieve maatregelen	21
5.1.2	Behandeling:.....	21
5.2	Afvalverwerking	22
5.3	Sorteren van het vuile linnen.....	22
5.4	Scheerapparaat en haardroger	23
5.5	Bedden en bedlinnen.....	23
5.6	Opdienen van maaltijden en drank.....	23
5.7	Diabetespatiënten.....	24
5.8	Patiëntenkamer	24
5.9	Houding.....	24
5.10	Techniek.....	24
6	Specifieke stagedoelstellingen.....	24
6.1	Eerstejaars	24
6.2	Tweedejaars.....	25
6.3	Derde jaars.....	25

1 Voorstelling van de afdeling

1.1 Algemeen

Het ziekenhuis is opgebouwd uit twee delen. Eén campus is gelegen in de Statiestraat, de andere in de Hasseltsestraat. De afdeling geriatrie bevindt zich in de Statiestraat.

De afdeling is gelegen op de tweede verdieping en omvat 26 bedden verdeeld over tien tweepersoonskamers en zes privé kamers.

De rechtstreekse telefoonnummer van de afdeling is 013/35 42 61.

1.2 Multidisciplinair team

- **Verpleegkundig directeur:** Mevr. Ann Vanden Bergh
- **Hoofdverpleegkundige:** Mevr. Monika Vennekens
- **Verpleegkundigen:** Gegradueerde, gebrevetteerde verpleegkundigen en verzorgende
- **Stagementoren:** Mevr. Edith Geudens,
Mevr. Yvette Houdmeyers
- **Logistieke medewerkers:** Mevr. Linda Clemens
Mevr. Martine Volders

1.2.1 Referentieverpleegkundigen

- **Referentievpk Wondzorg:** Dhr. Yves Limborgs
- **Referentievpk Hygiëne:** Mevr. Lucia Crabbé
- **Referentievpk MVG:** Mevr. Lea Van Hove
- **Referentievpk Ruglastpreventie:** Mevr. Betty Van houdt
- **Referentievpk Palliatieve:** Dhr. Dirk Raymaekers
- **Referentievpk Apotheek:** Dhr. Mario Pittevils
- **Referentievpk ICT - KWS:** Mevr. De Backer Christa

1.2.2 Medische omkadering

- **Geneesheer geriater:** Dr. Dirickx
- **Neurologie:** Dr. Vanooteghem
Dr. Vanderschueren
- **Cardiologie:** Dr. Vandenbosch
Dr. Gysbrechts
Dr. Liesenborgs
Dr. Vaes
- **Pneumologie:** Dr. Coolen
Dr. Coolen
- **Gastro-enterologie:** Dr. Van Aken
Dr. Marogy
- **Endocrinologie:** Dr. Annaert
- **Psychiatrie:** Dr. Simon

De internisten hebben 2 co-assistenten die om de 4 maanden veranderen van stageplaats (ziekenhuis).

1.2.3 *Paramedische omkadering*

- **Ergotherapeuten:** Mevr. Maaïke Vindevogel
Mevr. Marijke Mulders
- **Logopediste:** Mevr. Joke Nysen
- **Kinesithérapie:** Dhr. Hans Terweduwe
Dhr. Kris Saenen
Mevr. Mia Celis
Mevr. Anick Stroobants
- **Sociale dienst:** Mevr. Sigrid Vrancken
Mevr. Elke Kempeneers
Mevr. Lindsay Van Dessel
Mevr. Anneleen Brusselaers
- **PST:** Mevr. Anja Cops
- **Pastoraal werker:** Mevr. Hilde Van Der Motte
- **Psycholoog:** Mevr. Sanne Kaelen

1.3 Wegwijs op de afdeling



1.4 Dagindeling

- 6.45 u: • Overdracht nachtdienst naar de vroegdienst.
- 7.00 u: • Doornemen van verpleegdossiers, controleren van de medicatie
 • Bedelen van medicatie per patiënt per verpleegkundige
 • Glycemies door labo / aërosol
 • Bloeddruk, polscontrole, temperatuur, wegen en lengte
 • Ochtendoilet en verzorging / baden
 • Invullen verpleegdossiers
 • Beddenzorg
- 7.30 u: • Maaltijdbedeling + helpen met eten geven
 dinsdag logistiek + eventueel student
 • Afdekken, fris water en orde.
- 10.00 u: • Teamvergadering op donderdag
 • Koffiepauze (max. 15 min.)
 • Bijkomende taken als spoelruimte, tussenruimten door logistieke, aanvullen van karren en verbandwagens
- 11.30 u: • Bedeling van het middagmaal
 • Distributie van de medicatie / nazicht perfusies / aërosol
 • Helpen met eten geven / bijvoedingen
- 12.00 u: • Middagpauze voor de vroegdienst (max. 30 min.)
- 12.30 u: • Middagpauze voor de studenten (max. 30 min.)
 • Afdekken, patiënten naar toilet brengen of verschonen, patiënten goed installeren voor hun middagrust, wisselhouding geven en positioneren.
 • Fris water en koffie.
- 13.39 u: • Aanvang avonddienst + overdracht + controle avondmedicatie
- 14.00 u: • Aanvang bezoek
 • Controle en toediening van medicatie
 • Verzorgingsronde / wisselhouding
 • Patiënten naar toilet helpen of verschonen, comfortabel installeren
- 16.00 u: • Glycemiecontrole door labo
- 16.30 u: • Medicatiebedeling
 • Bedeling avondmaal, hulp bij de maaltijden
- 18.00 u: • Afdekken + pauze voor de avonddienst (max. 30 min.)
- 18.30 u: • Patiënt installeren voor de nacht
 • Verzorgingstoer: installatie, luierswissel
 • Naar toilet helpen
- 20.00 u: • Bedelen slaapmedicatie
 • Einde bezoek
- 20.45 u: • Invullen van de verpleegdossiers

- 21.00 u: • Overdracht naar de nachtdienst
• Medicatie klaarzetten
- 24.00 u: • Verzorgingstoer met hulp van lopende waak: verzorging van
patiënten die men alleen kan laten drinken, zonodig medicatie
geven, wisselhouding, controle continentieliier
• Controle perfusies
- 06.00 u: • Nachtverslag schrijven en verpleegdossiers invullen
• Bloedafnames, temperatuurcontrole.
- 06.45 u. -
07.00 u.: • Overdracht naar de dagdienst.

2 Pathologie op de afdeling geriatrie

Geriatrische patiënten hebben vaak te kampen met multipathologie, waarbij veel verschillende aandoeningen tegelijk aanwezig zijn. Deze zijn evenwel niet allemaal op hetzelfde moment actief. De deskundigheid van de geriater zal erin bestaan uit te maken welke aandoeningen verder dienen te worden onderzocht en / of behandeld.

Neiging tot inactiviteit en bedlegerigheid

Wanneer hij niet aangemoedigd wordt om op te staan, blijft de geriatrische patiënt soms dagen, weken of jaren in bed. De gevolgen hiervan zijn voor de bejaarde meestal catastrofaal.

Geringe homeostase

De reservecapaciteiten van de verschillende organen zijn ernstig aangetast. De weerstand voor minder gunstige omgevingsfactoren is duidelijk verminderd.

Psychologische problematiek

Wanneer de psychische draagkracht en het emotioneel welzijn niet worden nagegaan en ondersteund, dan is terugkeer naar huis (of thuis blijven) gedoemd tot mislukken.

2.1 Fysiek

2.1.1 Cardiologie

- **Angor:** beklemming
- **Coronair lijden:** atherosclerose kransslagader. Vetemulsies vormen plaques aan de binnenkant van deze vaten (intima) en vernauwen de doorgang. Is de arteriële obstructie zo erg, dat de bloedvoorziening onvoldoende is geworden om aan de vraag van de hartspier te voldoen, spreekt men van coronair lijden.
- **Angina pectoris:** Hartspasmen, met pijn in de hartstreek, gepaard gaand met angst en beklemming. Treedt op bij wanverhouding tussen zuurstofaanbod en zuurstofbehoefte in de hartspier. Dit meestal bij sclerose van de kransslagaders, doch ook bij spasme van deze vaten of bij anemie, hyperthyroidie en andere aandoeningen die de zuurstofbehoefte van de hartspier vergroten. De pijn is meestal gelokaliseerd onder het borstbeen en uitstralend naar de linker- of rechterarm, de hals, de kaak, de tanden of het bovenste deel van de rug. De pijn is van korte duur (enkele seconden tot een minuut) en wordt beschreven als een druk, of beklemming op de borst. In rusttoestand gaat de pijn weg omdat de zuurstofbehoefte dan lager is. Een ander kenmerkende eigenschap van Angina Pectoris, is de prompte verlichting van symptomen na het gebruik van nitroglycerine (bv. Cedocard)
- **Myocardinfarct of hartinfarct:** acute ischemie van hart – spierweefsel, leidend tot necrose, door afsluiting van een kransslagader of een tak hiervan.
- **Hartdecompensatie:** toestand waarbij het hart tekort schiet in zijn pompfunctie. De kracht van de hartspier is relatief (de verlangde prestatie is te groot) of absoluut (ziekten van de hartspier) gering;
 - o *Rechter-hartdecompensatie:* stuwing in de grote circulatie, oedeem aan voeten en enkels, leverstuwing, ascites, hydrothorax ook bij klepgebreken v.d. rechter harthelft.

- *Linker-hartdecompensatie*: treedt op bij hypertensie, aorta en mitralisklepgebreken en veroorzaakt stuwings in de longcirculatie (kortademigheid, cyanose, soms astma cardiale en longoedeem).
- **Cardiogene shock**: ondanks de gebrekkige kennis ten aanzien van de oorzaak, zijn er wel goede gegevens beschikbaar over de hemodynamische gevolgen van de cardiogene shock. De linker-kamer perst bij elke contractie veel minder bloed uit (verminderd slagvolume), en bijgevolg is de totale hoeveelheid bloed die per minuut wordt uitgepompt (d.w.z. de cardiale output), ook verminderd. Hierdoor daalt de arteriële bloeddruk met als gevolg dat de vitale organen niet voldoende bloed en zuurstof (onvoldoende doorstroming) krijgen om de stofwisseling op celniveau in stand te houden. Zonder dringende interventie overlijdt de patiënt.

2.1.2 Endocrinologie

- **Diabetes mellitus**: suikerziekte, gestoord koolhydratenmetabolisme met verhoogd glucosegehalte in het bloed (hyperglycemie) en uitscheiding van glucose in de urine (glucosurie). Oorzaak: onvoldoende werking en of productie van het pancreashormoon, insuline.
- **Hyperthyroïdie**: verhoogde werkzaamheid van de schildklier die leidt tot het beeld van de ziekte van Graves en dit van het toxisch adenoom.
 - **Ziekte van Graves**: hyperthyroïdie met exoftalmie. Dit ziektebeeld wordt gekenmerkt door de verschijnselen van hyperthyroïdie, een kort bestaand diffuus struma (vergroete schildklier) en exophtalmie (uitpuilende ogen).
 - **Toxisch Adenoom**: adenoom van de schildklier dat een hyperthyroïdie veroorzaakt (adenoom: goedaardig klierweefselgezwel).
- **Hypothyroïdie**: niet-congenitaal ziektebeeld t.g.v. onvoldoende productie van schildklierhormoon, hetzij primair (door de schildklier zelf), hetzij secundair (onder invloed van gestoorde hypofysewerking). Verschijnselen zijn deze van een te laag metabolisme, een vertraagde werking van organen, orgaansystemen, verminderde geestelijke prestaties, myxoedeem (myxoedeem: mucoïde infiltratie van het onderhuidse bindweefsel bij hypothyroïdie vooral zichtbaar aan oogleden en lippen).
- **Ziekte van Cushing**: ziektebeeld gekenmerkt door o.a. vetzucht, vollemaansgezicht, bloeddrukverhoging, osteoporose, psycholabiliteit, moeheid, hyperglyceamie. Oorzaak is een verhoogde productie van cortisol, hetzij door neoplasie van de bijnierschors, hetzij secundair t.g.v. ectopische ACTH door een basofiel adenoom van de hypofysevoorkwab (in engere zin genoemd de ziekte van Cushing), of iatrogeen t.g.v. het toedienen van corticosteroiden.

2.1.3 Gastro- enterologie

- **Stomatitis**: Ontsteking van het mondslijmvlies.
- **Slokdamvarices**: Hieronder verstaat men een blijvende dilatatie van het veneuze netwerk in de submucosa van de onderste helft van de slokdarm. Deze venen vormen normaal een verbinding tussen het stroomgebied van de vena cava superior en dat van de vena porta. Varices zijn het gevolg van een verhoogde druk in de vena porta (portale hypertensie). Dit laatste is bijna altijd het gevolg van levercirrose, of rechter hartdecompensatie. De bloedstroom zoekt een uitweg naar de vena cava superior. De belangrijkste complicatie is de bloeding.

- **Ulcus pepticum:** Zweer in het gedeelte van het maag-darmkanaal dat voortdurend in aanraking komt met (zoutzuur bevattend) maagsap. Naar lokalisatie zijn dit het ulcus duodenum (meest frequent), t.h.v. de oesophagus (minst frequent) en het ventriculair ulcus. Verwikkelingen zijn maagbloeding, perforatie en pylorusstenose.
- **Maagtumoren:**
 - o *Maagadenoma:* Goedaardige poliep van het slijmvlies van de maag.
 - o *Maagleiomyoma:* Goedaardige tumor uitgaande van het spierweefsel gelegen onder de mucosa
 - o *Maagadenocarcinoom:* kwaadaardige tumor van de maag.
- **Gastritis:** acute of chronische ontsteking van het slijmvlies van de maagwand
- **Ziekte van Crohn:** Chronische granulomateuze ontsteking van het gastro-intestinaal stelsel, vooral voorkomend bij jonge mensen. Oorzaak onbekend. Letsels kunnen voorkomen over heel het verloop van de gastrointestinale tractus, van de mond tot de anus, vooral aantasting van terminaal ileum en colon: ileïtis terminalis, colitis.
- **Tumoren van de dundarm:**
 - o *Adenocarcinoma en lymfoma:* kwaadaardige tumor van de dundarm.
 - o *Carcinoïd:* op carcinoom gelijkend, langzaam groeiend neoplasma van argentaffiene cellen met lange maligniteitsgraad, voornamelijk in ileum en appendix, ook voorkomend in bronchi, maag en pancreas. Sterke neiging tot vorming van metastasen. De metastasen in de lever geven door productie van o.a. serotonine en bradykinine aanleiding tot flushingsyndroom en tot perivasale, retroperitoneale en endocardiale fibrose.
- **Colitis ulcerosa:** chronische inflammatoire aandoening van de mucosa van het colon.
- **Hemorroïden:** Aambeien, gestuwde venen in de hemorroïdale plexus.
- **Anale fissuur:** Kloof in de anale huid
- **Obstipatie:** Ledigen van de darm is vertraagd t.g.v. verminderde darmperistaltiek door de gedwongen bedlegerigheid, medicatiegebruik, ... van de patiënt.
- **Ileus:** Intestinale obstructie
- **Peritonitis:** Buikvliesontsteking
- **Pancreatitis:** Ontsteking van de pancreas, acuut of chronisch (bv. t.g.v. chronisch alcoholgebruik)
- **Hepatitis:** Ontsteking van de lever, acuut of chronisch.
- **Cirrose:** Schrompeling van de organen, vaak de lever. Dit begint met nieuwvorming van bindweefsel (fibrose) dat later gaat schrompelen waardoor de cellen van het aangetaste orgaan ten gronde gaan en het orgaan uiteindelijk verhardt.
 - o *Cirrose hepatis:* Levercirrose, chronisch verlopende regeneratieve hyperplasie van leverweefsel met fibrose na diffuse leverbeschadiging van langere duur. Dit leidt meestal tot leverinsufficiëntie, ascites, testisatrofie en portale hypertensie. Kan optreden t.g.v. chronische agressieve en virushepatitis, langdurig alcoholmisbruik, chronische obstructie van de galwegen, sommige stapelingsziekten, mucoviscidose, leverstuwings (decompensatio cordis, ...)

- **Cholecystolithiase:** Stenen in de galblaas.
- **Choledocholithiase:** Stenen in de ductus choledocus
- **Cholesystitis:** Galblaasontsteking

2.1.4 Hematologie

- **Anemie:** Bloedarmoede, gekenmerkt door een te laag gehalte aan hemoglobine (Hb), een tekort aan circulerende erythrocyten of door beide.
- **Leukemie:** Ziekte gekenmerkt door woekering van de bloedvormende organen (monoklonale proliferatie van de witte bloedcellen en hun embryonale vormen), waardoor de productie van andere bloedelementen wordt verdrongen met als gevolg anemie en trombocytopenie.
- **Ziekte van Kahler:** multipole myelomen, een paraproteïnemie van meestal het type IgG of IgA, gekenmerkt door woekering en monoklonale hyperactiviteit van jonge abnormale plasmacellen (myeloomcellen). Deze vormen multipole plasmocytomen, vnl. in het spongiosa van de beenderen. Naast een defecte humorale immuniteit bestaat er een gestoorde cellulaire immuniteit. De verschijnselen zijn verhoogde kans op infecties, anemie, amyloïdosis, sterk verhoogde BSE (bezinkingssnelheid van erythrocyten), verhoogd eiwitgehalte (hyperproteïnemie) met typische wijzigingen in het eiwitspectrum, botaantasting, (osteolyse), botpijnen en spontane fracturen (o.a. van de wervels wat leidt tot dwarslaesie).

2.1.5 Neurologie

- **Cerebrovasculair accident (CVA):** Atherosclerotische en hypertensieve beschadiging van de cerebrale arteriën kan leiden tot CVA. Dit door intracerebrale bloedingen, ischaemie t.g.v. trombose van een atherosclerotisch bloedvat, een atherosclerotische vernauwing van een cerabraal bloedvat, hemodynamische factoren (bv. bloeddrukdaling), cardiaal afkomstige embolen en atherosclerotische platen in cerbrale vaten. Verschijnselen zijn: bewustzijnsdaling tot coma, heterolaterale hemiplegie, afasie, hemi-anopsie, vaak gevolgd door hypertonie en hyperreflexie in de aangetaste lichaamshelft.
- **Transient Ischaemic Attack (TIA):** Niet invaliderende voorbijgaande ischaemie (van een gedeelte) van de hersenen. Het plotseling ontstaan van neurologische uitvalsverschijnselen t.g.v. intra – en extracranieële circulatiestoornissen die kunnen duren van minuten tot een etmaal, en weinig of geen restsymptomen nalaten.
- **Multiple sclerose (MS):** Chronisch ziektebeeld, gekenmerkt door demyelinisatie, gepaard gaande met de vorming van verspreide harde plekken (plaque). Dit voornamelijk in de witte stof van de hersenen en ruggenmerg. Symptomen zijn zowel motorisch als sensibele autonome verschijnselen (nystagmus, hypertonie van spieren, spastische verlammingen, intentie tremor, gevoelsstoornissen, algemene slaptte, ataxie, euforie, dysartrie, opgeheven buikreflexen, visusverlies door neuritis retrobulbaris). Mogelijke oorzaken zijn auto – of cellulaire immuunreactie (het aantal suppressorcellen is verlaagd), persisterende virusinfectie, genetische factoren, immunodeficiëntie, auto-immuniteit.

- **Ziekte van Parkinson:** Oorzaak is een afwijking in het extrapiramidale systeem. Na het 35^{ste} jaar (kan ook vroeger) optredende ziektebeeld gekenmerkt door spierstijfheid (rigiditeit), langzame tremor in de handen, toenemend bij emotie, trage bewegingen en bewegingsarmoede (hypokinesie), speekselvloed (ptyalisme), blikkrampen, loop – en spraakstoornissen, maskergelaat (amimie), verhoogde talgafscheiding (zalfgezicht), zeldzame ooglidslag. Later ook stoornissen bij het kauwen en slikken (voedingstoestand gaat achteruit), typische dementie.
- **Commotio cerebri** (= contusio cerebri): Hersenschudding, wordt veroorzaakt door harde val, klap of stoot tegen de schedel met als gevolg een acute functiestoornis van de hersenen *zonder* aantoonbare beschadigingen van het hersenweefsel.
- **Epilepsie:** ‘vallende ziekte’, Syndroom gekenmerkt door aanvalsgewijs optredende stoornissen in de hersenfunctie, meestal gepaard gaande met een daling van de bewustzijnsgraad. Dit kan leiden tot bewusteloosheid; eventueel met motorische vegetatieve, psychische of subjectief sensorisch verschijnselen. Bij de diagnostiek speelt de electroëncefalografie (EEG) een belangrijke rol.
- **Dwarslaesie:** Dwarse onderbreking van de continuïteit van het ruggenmerg door trauma of ziekteproces, waardoor de mobiliteit en de sensitiviteit onder het niveau van de laesie uitvallen en de willekeurige beïnvloeding van blaas en rectum is opgeheven.
- **Hemiplegie:** Spastische verlamming aan één zijde van het lichaam.

2.1.6 Pneumologie

- **Infectieziekten:** Van de ademhalingswegen, longen en/of pleurabladen (bacterieel of viraal van oorsprong). Een bijzondere vorm van een infectieuze aandoening is tuberculose (TBC), veroorzaakt door de bacil Koch (*myobacterium tuberculaï*).
- **CARA:** Chronisch Aspecifiek Respiratoire Aandoeningen. Groep van chronische aandoeningen van het luchtwegenstelsel, gekenmerkt door hoesten, opgeven van sputum en bronchusvernauwing. COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is de Engelstalige benaming van CARA. COPD omvat drie ziektebeelden:
 - o *Astma bronchiale:* Aanvallen van expiratoire dyspnoe door spasme van de gladde spiercellen van brochi)
 - o *Chronische bronchitis:* een chronische ontsteking van het slijmvlies der bronchi, kan worden veroorzaakt door virussen, pathogene bacillen of kokken of door combinatie van virussen en bacterieën.
 - o *Emfyseem:* irreversibele destructie van de alveolaire wanden met abnormale toename van luchthoudende alveolaire ruimten.
- **Bronchiëctasiën:** Zakvormige uitzettingen van de kleinere luchtwegen.
- **Longfibrose:** Verkleving van de kleinere luchtwegen.
- **Pneumonie:** Longontsteking
- **Chronisch restrictief longlijden:** Hier is een belemmering, een tekort aan gezond longweefsel. Komt voornamelijk voor als silicosis (stoflongen), antracosis (mijnwerkerslong), asbestosis (bouwindustrie), bakkerslong, duivenmelkerslong.
- **Longtumoren:** goedaardige en kwaadaardige carcinomen
 - o *Plaveiselcarcinoom:* (spinocellulair epithelioma) de tumorcellen bootsen het plaveiselepitheel na

- *Adenocarcinoom*: De tumorcellen vormen kliervormende elementen, is traaggroeiend.
 - *Kleincellig of oatcell carcinoom*: Bestaat uit kleine tumorcellen met een donker gekleurde kern en weinig cytoplasma. De cellen zijn nooit gerangschikt in orgaanachtige structuren. Er is veel necrose en veel celdeling. Snelgroeiend, en dus de meest maligne vorm van een bronchuscarcinoom.
 - *Grootcellige bronchuscarcinoom*: ongedifferentieerde epitheliale tumor waarvan de aard (spino- of adeno-) niet kan bepaald worden.
 - *Maligne mesotheliomen*: Carcinoom van de pleurabladen.
- **Pneumothorax**: Ophoping van lucht in de pleurabladen waardoor de long dichtklapt. Enkele varianten zijn hemothorax, pyothorax en chylothorax.

2.1.7 Psychisch

- **Acute verwardheid**: verzamelnaam voor plotselinge verwardheidstoestanden t.g.v. acute ziekte, vaat accident, commotio cerebri, parkinsonisme, intoxicatie, medicijnenabstinentie, depressie, e.a..
- **Dementie**: “geesteszwakte” : aftakeling van de persoonlijkheid door gestadige afnemning van de hogere hersenschorsfunctie (de corticale- en /of subcorticale). In het algemeen gekenmerkt door progressieve teruggang van denkvermogen, gevoelsleven, cognitieve functies, intellect en herinneringscapaciteit. Vermindering van het vermogen tot waarnemen, oordelen, taalgebruik en oriëntatie. Behalve het senium (ouderdom) zijn de meest voorkomende oorzaken van dementie: multipele herseninfarcten, encelfalopathieën, M. Creutzfeldt-Jacob, geneesmiddelenintoxicatie, neuroleues, metabole ziekten, avitaminosen, hersengezwellen, M. Huntington, alcoholisme, subduraal hematoom, hydrocefalie.
- **Ziekte van Alzheimer**: Dementie die reeds op relatief jonge leeftijd optreedt (rond het 50ste levensjaar). Dit t.g.v. selectief verlies van neuronen in vitale (associatie, herinnering, analyse, e.a) corticale hersengebieden. Wellicht berust de ziekte op een onregelmatigheid op het 21ste chromosoom. Synoniem = Primaire dementie, afgekort SDAT (Seniele Dementie van het Alzheimer type).
- **Chorea van Huntington**: autosomaal dominant erfelijke aandoening, chronischprogressieve, ongeneeslijke vorm van chorea, begint in de regel na het 35^{ste} levensjaar. Chorea: een extrapyramidiaal syndroom, gekenmerkt door plotselinge onwillekeurige gecoördineerde bewegingen.
- **Creutzfeldt-Jacob**: snel progressief verloopende encefalopathie, gerekend tot de “slow virusinfections”. Gekenmerkt door een toenemende dementie, spierspasmen en ataxie, syn. Spastische pseudosclerose.
- **Korsakov syndroom**: amnetisch syndroom, gekenmerkt door desoriëntatie in tijd, inprentingsstoornissen en confibulaties. Het omvat de psychiatrische verschijnselen behorende tot het syndroom van Wernicke-Korsakov namelijk: apathie, desoriëntatie, gestoorde inprenting, ante- en retrograde amnesie, confibulatie, onrust, euforie, bewustzijnsdaling, nystagmus, oogspierparesen, dalende visus t.g.v. neuritus optica, ataxie, vegetatieve verschijnselen, polyneuropathie, vestibulaire parese. De oorzaak is meestal chronisch alcoholisme, soms een ernstige chronische ziekte of ondervoeding. De hersenletsels ontstaan door enzymatische stoornissen van het glycolysemetabolisme op grond van aneurinegebrek (en waarschijnlijk andere vitaminen van het B-complex, dat als causale factor van syndroom worden beschouwd.

2.2 Revalidatie

- na een C.V.A.
- na een fractuur (bv. Heup, bekken,...)
- na een heelkundige ingreep
- na het doormaken van een zware ziekte

2.3 Sociale opname

Patiënten die niet meer thuis opgevangen kunnen worden, worden in het ziekenhuis opgenomen in afwachting tot plaatsing in een rustoord, R.V.T. – afdeling of een psychogeriatric.

3 Diagnostische en therapeutische interventies

3.1 Diagnostiek

3.1.1 Radiologie

- Röntgenonderzoeken: bv RX-thorax, RX-abdomen, angiografie: het maken van röntgenfoto's van bloedvaten (slagaders: arteriografie, venen: flebografie) met behulp van contrastvloeistof. yelografie: contraströntgenogram van het ruggenmerg en de subarachnoïdale ruimte.
- CT-scanning (computertomografie): bv. CT-schedel : patiënt moet nuchter zijn.
- NMR-scan (nucleaire magnetische resonantie)
- Echografie

3.1.2 Cardiologisch onderzoek

- Electrocardiogram:
 - o routine ECG bij rust
 - o ECG na inspanning
- Dynamische electrocardiografie (Holtersysteem): Toegepast bij de patiënt in zijn natuurlijk levensmilieu (soms ook in het ziekenhuis). Met deze techniek wordt het ECG continu opgeschreven op een magnetische band. Tegelijkertijd wordt aan de patiënt gevraagd nauwkeurig op een blad zijn activiteiten en symptomen te schrijven tijdens de ganse duur van de opname. Bij het aflezen van de magnetische band worden deze gegevens dan gecorreleerd met de electrocardiografische bevindingen.
- Echocardiogram
- Bloedname

3.1.3 Endocrinologische onderzoeksmethoden

- Glycemiecontrole: Gebeurt meestal 4x/dag d.m.v. een glucometer (ONE TOUCH of andere) of d.m.v. een gewone bloedname via het labo. Normale waarden : 100-160%
- Glucosetolerantietest (GTT): Techniek verschilt naargelang van de hoeveelheden glucose die men geeft en de tijdstippen waarop men bloed afneemt.
Bv. Belasting met 50gr glucose in 10 à 20% oplossing
Belasting met 110gr glucose opgelost in 400ml water (hoeveelheden aangeraden door de WGO)
Gedurende het onderzoek moet de patiënt rustig zitten, mag hij/zij niet roken en dient de glucoseoplossing in 5 minuten opgedronken te zijn.

Uitslagen voor veneus bloed:

0	60 minuten	120 minuten
< 110 mg%	<160 mg%	< 110 mg% = NORMAAL
110 mg%	160 mg%	110 – 129 mg%= GRENSGEVAL
> 110 mg%	> 160 mg%	≥ 130 mg% = DIABETES

3.1.4 Gastro-enterologische onderzoek

- Endoscopie: Oesofagoscopie, gastroscopie, duodenoscopie, coloscopie, rectoscopie.
- Secretie-onderzoeken van de maag: maagsondage
- Diagnostische maagtubage op Koch-bacillen
- ERCP: Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie

3.1.5 Hematologisch onderzoek

- Bloedname
- Sternumpunctie

3.1.6 Neurologisch onderzoek

- Klinisch onderzoek
- Electroëncefalogram (EEG)
- Electromyografie (EMG)
- Lumbale punctie: Ingrep die erin bestaat liquor cerebrospinalis op te nemen thv de ruggenmergzak. Dit dmv een naald die in de mediaanlijn tussen twee lumbale wervels wordt ingebracht. Het heeft als doel: diagnostische punctie, drukmeting, als voorbereiding van röntgenfoto's. Myelografie (met deze methode worden met behulp van contrastmiddelen (jodiumhoudende) of lucht opnamen gemaakt van het spinaalkanaal).

3.1.7 Algemeen**A. Controle parameters**

- Vitale: temperatuur, bloeddruk, polsslag, ademhaling, bewustzijn. De bloeddruk wordt 's morgens gecontroleerd tijdens de ochtendverzorging, zonodig meermaals per dag. Temperatuur en polsslag minimum 2x/dag.
- Fysieke: urinedebiet, stoelgang, gewicht, de verschillende lichaamsvochten (bv. maagvocht)
- Glycaemiecontrole: dmv. glucometer of controle door het labo (4x/dag, bij patiënten met een insulinedrip), controleert men de glycaemie elk uur en past men zonodig de insuline aan).

B. Opname van secreties voor onderzoek

- Urine, stoelgang, sputum, bloed, e.a.
- Pleurapunctie (door arts uitgevoerd)

3.2 Therapie

- Aërosol en zuurstoftherapie
- Toedienen van medicatie (IV, PO, SC, IM)
- Dieet (Arm aan Verzadigde Vetzuren , Maag – Darm Sparend, diabetes, ...)
- Toedienen van sondevoeding via een microsonde of een gastrostomiesonde

- Drainage (thoracale drainage, ...)
- Kinesitherapie
- Heelkunde (voorbereidingen voor de operatie gebeuren op de afdeling; na de ingreep gaan de patiënten naar een heelkundige verpleegeenheid)

4 Specifieke taakomschrijving van de verpleegkundigen op de afdeling.

4.1 Verpleegtechnisch

- Controle vitale en fysieke parameters
- Controle glycemie
- Toedienen van medicatie (P.O., S.C., I.M, I.V., Insuline)
- Infusie- en transfusietherapie. Eventueel gebruik van infuuspompen,
- Gastro-enterologisch: maagtubage, actieve- (GOMCO) en passieve maagdrainage, toedienen van sondevoeding via microsonde of via gastrostomiesonde
- Urologisch: plaatsen van een verblijfsonde of eenmalig sondage,
- Respiratoir: zuurstof- en aërosoltherapie, thoraxdrainage, assisteren bij pleurapunctie, aspireren van luchtwegen
- Voorbereiding en nazorg voor verschillende onderzoeken bv. coloscopie, ...
- Assisteren bij puncties bv. arteriële bloedname, lumbale punctie, leverpunctie, ...
- Lijktooi
- Toepassen van til- en verplaatsingstechnieken
- Preventie en curatieve behandeling van decubitus

4.2 Begeleidingsaspect

Belangrijk hierbij is dat een *“therapeutisch klimaat”* gecreëerd wordt zodat de patiënt geen drempelvrees ervaart om met zijn behoeften en vragen naar een verpleegkundige te stappen. De verpleegkundige treedt vaak op in de plaats van de geriatrische patiënt en behartigt zijn belangen (*pleitbezorger*).

4.2.1 De rol van de verpleegkundige zorgverlener bij de revalidatie van de geriatrische patiënt

Er worden drie graden van invaliditeit onderscheiden:

- **1ste graad:** invaliditeit t.o.v. de zorgen aan het eigen lichaam. t.t.z. zich wassen, kleden, eten en naar toilet gaan.
- **2de graad:** invaliditeit t.o.v. de activiteiten in huishoudelijk verband.
- **3de graad:** invaliditeit t.o.v. een winstgevend beroep.

Bijzondere aandacht dient besteed te worden aan het bestrijden van de ergste graad van invaliditeit, namelijk de afhankelijkheid t.o.v de zorgen aan het eigen lichaam. Op dit gebied is het dat de patiënt zich ook het diepst in zijn “zijn” getroffen voelt. Het bestrijden van de eerste graad van invaliditeit ligt in handen van de verpleegkundigen.

Bij de verpleging van chronische zieken en bejaarden moeten steeds de volgende doeleinden voor ogen gehouden worden:

- De onafhankelijkheid van geest en lichaam onderhouden of herstellen. bv. door:
 - o Een vast moment te nemen om te defaeceran, eerst op de w.c. stoel en dan te wassen.
 - o Hospitaalverwickelingen te voorkomen.
 - o De zieke zo vlug mogelijk voorbereiden om naar zijn natuurlijk milieu terug te keren (bv. door dagkledij aan te doen).

Het belangrijkste element dat de bejaarden in het ziekenhuis bedreigt, is dus de invaliditeit door immobiliteit in een onnatuurlijk milieu, waar hij totaal afhankelijk is van diegenen die hem verzorgen.

Het is daarom van belang, zodra de toestand het toelaat, de geriatrische patiënt te mobiliseren. De bedlegerige patiënten worden in bed gemobiliseerd door om de 2 à 3 uur van houding te veranderen en de gewrichten passief te bewegen. De drukpunten die snel decubituswonden vertonen, moeten zeer goed preventief gecontroleerd worden. Van zodra de patiënt meer bewust is, moet hij geleidelijk meer en meer uit bed gezet worden, en oefeningen op de kamer en in de gang uitvoeren. Bv. Te voet naar de lavabo en het toilet gaan i.p.v. de rolstoel te gebruiken. De patiënt aansporen om zichzelf te wassen en te kleden, om zelf naar het toilet te gaan, ...

Daar dit alles in het begin zeer onhandig gebeurt, en tijd in beslag neemt, zal de verpleegkundige zich moeten opleggen om geen handje toe te steken maar bv. de patiënt aan te moedigen om zelf het drinkbekertje ter hand te nemen, om zelf het gezicht te wassen, ...

4.2.2 Opleiding van diabetes patiënten

Uitleg over hun ziekte, hun behandeling. Aandachtspunten i.v.m. hun dieet en aanleren hoe ze bij zichzelf insuline kunnen toedienen d.m.v. de insulinepen en hoe ze hun glycemie kunnen controleren.

4.2.3 Terminale patiënten

bv. Bij patiënten die kanker hebben: toedienen van palliatieve therapie door o.a. toedienen van pijnmedicatie, empathisch gesprek, comfortzorg.

4.2.4 Patiënten met een hemiplegie

Patiënten die nog bij bewustzijn zijn: aanmoedigen bij revalidatie, stimuleren tot zelfzorg. Patiënten die in coma zijn: comfortzorg, uitleg geven aan de familieleden en erop wijzen dat patiënten die in coma zijn dikwijls nog kunnen horen.

4.2.5 Bij overlijden

De familieleden uitleg geven en hen opvangen, eventueel arts verwittigen om met de familie te spreken. Kans geven tot groeten nadat de kamer is voorbereid.

4.2.6 Bij Mutatie

Informatie verlenen aan de patiënt, aan familieleden en verpleegkundigen.

4.2.7 Bij onderzoeken en de behandelingen

Informatie geven aan de patiënt en hem hierbij begeleiden.

4.3 Observatie en rapportage

Op deze verpleegeenheid is het van belang iedere verandering in de ziekte-toestand van de patiënt te observeren en te rapporteren (mondeling en schriftelijk) en zeker:

- Hypo- en hyperglycaemie bij diabetespatiënten
- Ademhaling en aard van het sputum bij patiënten met respiratoire aandoeningen
- Wijzigingen in bewustzijn

- Wijzigingen in vitale parameters
- Wijzigingen in voedselopname
- Wijzigingen in urine- en stoelgangspatroon
- Pijnklachten
- Wijzigingen in gevoel en motoriek

4.4 Administratief

- Het invullen van het verpleegdossier is van belang om de continuïteit in de zorg te verzekeren.
- Minimale verpleegkundige gegevens: 4 maal/jaar worden de verpleegkundige activiteiten alsmede de observaties bij de patiënten geregistreerd. Deze gegevens worden nadien verwerkt en vergeleken met het gemiddelde van het land. Deze gegevens zijn o.a. van belang voor de financiering van de verpleegkundige zorg.
- De samenwerking van deze verpleegeenheid met de sociale dienst is zeer belangrijk om aan de sociale problemen van de patiënt tegemoet te komen; eventueel een plaatsing naar een andere instelling te regelen (rustoord, psychogeriatric, rust- en Verzorgingstehuis, psychiatrische instelling, ...).

5 Specifieke aandachtspunten

5.1 Decubituspreventie

Aangezien de mobiliteit bij meerdere patiënten beperkt is, is preventie van de decubitus een belangrijk aandachtspunt. Tijdens de verzorging is het van belang *alle drukpunten te observeren* op roodheid. Als de toestand van de patiënt het toelaat, wordt hij na de verzorging uit bed geholpen. Indien niet, wordt er wisselhouding toegepast. Dit wil zeggen dat de houding van de patiënt minimum om de 3 uur wordt veranderd. Om doorligwonden te voorkomen aan de stuit wordt er preventief gebruik gemaakt van een anti - decubitusmatras en wordt Fowlerhouding gegeven. De hielen zweven dmv. een kussen dat onder de benen wordt aangebracht. Cfr Poster Decubituspreventie.

Inzwachtelen van de hielen wordt afgeraden omdat hierdoor de druk thv. de hielen verhoogt, wat decubitus eerder in de hand werkt. De patiënten die tijdens de voormiddag hebben opgezeten, worden na het middagmaal in bed gelegd. Ze worden dan op hun linker of rechterzij gepositioneerd.

Classificatie van decubitus (WCS)

- Intakte huid:
 - o wegdrubbare roodheid
 - o niet-wegdrubbare roodheid
 - o blaarvorming
- Niet intakte huid:
 - o Graad 1: niet-wegdrubbare roodheid van de intacte huid
 - o Graad 2: oppervlakkig huiddefect (epidermis en/of dermis); blaar of open blaar
 - o Graad 3: oppervlakkige decubitus: schade en/of necrose van de huid en subcutis
 - o Graad 4: diepe decubitus: uitgebreide schade en/of necrose aan spieren, botweefsel en ondersteunende weefsels
 - o Gemengde vorm

Bij de verzorging, in de curatieve fase (na eventueel debridement) , maakt men onderscheid tussen wonden met weinig en veel exsudaat (cfr wondzorgprotocol).

5.1.1 Preventieve maatregelen

De voornaamste preventieve maatregelen:

- Risicopatiënten opsporen via de Bradenschaal
- Systematisch inspecteren van de huid boven drukpunten
- Druk verminderen door toepassing van wisselhouding en/of hulpmiddelen (luchtmatras, schuimmatras, alternerende matras, ...)
- Schuifkrachten verminderen: patiënt even optillen na het hogerop brengen in bed waardoor de tractie van de huid verdwijnt
- Goede huidverzorging nastreven (bij incontinentie of overmatige transpiratie: Cavilonspray® gebruiken)
- Voeding en vochtinname op punt stellen

5.1.2 Behandeling:

A. Algemeen

Blijf preventieve maatregelen toepassen, vermijd druk op het letsel, werk zuiver en gebruik handschoenen, controleer infectieparameters

B. Behandeling volgens de aard van het letsel

Intakte huid met of zonder wegdrubbare roodheid

Roodheid is vaak een eerste teken van beginnende decubitus. Wanneer nietwegdrubbare roodheid aanwezig is, moet SNEL de aangepaste maatregel getroffen worden.

Wisselhouding is een van de belangrijkste maatregelen, naast het aanbrengen van een antidecubitusmatras en degelijke observatie van de huid boven de drukpunten.

Intakte huid met blaarvorming

Blaarvorming is een niet omkeerbaar stadium van decubitus. Het is de bedoeling het blaardak zolang mogelijk intact te houden.

Indien de blaar beschadigd is, of opengaat tijdens de verzorging, wordt de wonde verder verzorgd als een graad 1 wonde. Indien necrotisch weefsel onder het blaardak aanwezig is, zal de wonde als een graad 3 worden verzorgd.

Graad 1 decubitusletsel

Het gaat hier over een diep of minder diep decubitusletsel zonder necrose, met aantasting van de volledige huid, spierlagen en eventueel aantasting van het onderliggend bot. Meestal bestaat dit letsel uit één of meerdere holtes die vaak aanleiding geven tot recidiverende wondinfecties.

Materiaal:

- o Spoelvoeistof: fysiologische oplossing
- o Wondbedekkers kiezen in functie van het exsudaat
 - Diep + weinig tot veel exsudaat: absorberend caviteitenvuller (schuimverband, hydrofiber of alginaat)
 - Oppervlakkig + weinig exsudaat: hydrocolloïd (duodermplaat) of hydrogel
 - Oppervlakkig + veel exsudaat: schuimverband of hydrofiber
- o Omliggende huid steeds beschermen tegen urine/transpiratievocht met cavilonspray

Graad 2 decubitusletsel

Een letsel vergelijkbaar met de rode diepe wonde, doch met aanwezigheid van geel fibrinebeslag, eventueel gele korst, vaak met veel exsudaat.

Materiaal: ifv de graad van debridement dat nodig is

Verzorging: mechanisch reinigen is van groot belang. Debridement wordt bekomen door het gebruik van een hydrogel als losse gel of op een drager voor moeilijke plaatsen (vb hiel, tenen), of chirurgisch debridement.

- Diepe wonde + veel exsudaat: absorberend caviteitenvuller (schuimverband, hydrofiber of alginaat)
- Diepe wonde + weinig exsudaat: Alginaat (werkt debriderend en een beetje hemostatisch)
- Oppervlakkige wonde + veel exsudaat: schuimverband of alginaat of hydrofiber
- Oppervlakkige wonde + weinig exsudaat: hydrocolloïd of hydrogel

Graad 3 decubitusletsel

Een 'visueel' oppervlakkig letsel dat zich manifesteert als een zwarte korst (eschara).

Doel : necrose chirurgisch verwijderen of vervloeien met hydrogel.

Materiaal:

- fysiologische spoelvoeistof
- debriderende hydrogel of alginogel
- eventueel een bedekkend verband bv. Melolin
- polyurethaanfolie als eindverband bv. Opsite Flexifix, (minstens 3 tot 5 cm overlapping van de wonde).

Verzorging: Bij stevige korsten is het aan te raden een roostertje in te kerven opdat de gel actief kan zijn. Later kan dan een chirurgisch debridement gebeuren, al of niet onder narcose. Enzymatisch debridement is ook mogelijk dmv. Irujol Mono®-zalf, maar dit enkel onder medisch voorschrift.

Graad 4 decubitusletsel

Een diep zwart letsel waarin veel necrotisch weefsel voorkomt. Onder de harde necrotische korst kan zich een weke massa aangetast weefsel bevinden.

Materiaal: Materiaal kiest men in functie van de wonde bekomen na het chirurgische debridement, aangezien een hele diepe wonde onder de korst kan bestaan. In dit stadium wordt vaak gebruik gemaakt van VAC therapie.

Gemengde vorm van decubitus

De wondbodem vertoont een verzameling van diverse weefsels : granulatieweefsel, fibrine, necrose, ... Er is een wisselende hoeveelheid exsudaat aanwezig en oppervlakkige gebieden worden afgewisseld met diepe caviteiten.

Materiaal: specifiek materiaal kiest men in functie van de wonde bekomen na het chirurgisch debridement.

Verzorging: de wonde wordt altijd behandeld volgens de zwaarste graad van de aandoening. Cfr. Wondzorgprotocol

5.2 Afvalverwerking

De verpleegeenheid beschikt over twee verzorgingskarren. Hierop worden verschillende materialen klaargelegd (het verzorgingsmateriaal, het linnen, het incontinentiemateriaal, ...). Al het afval (zowel van de patiënten als van de afdeling) wordt in de blauw bedrukte plastic zak gedeponneerd. Enkel het besmet materiaal wordt in de gele tonnen of dozen gedaan. Dit wordt verbrand. Het linnen van de besmette patiënten wordt in gele zakken verzameld, waarna het naar de linnenkamer wordt gebracht. De poster voor afvalverwijdering kan je vinden in de verpleegwacht.

5.3 Sorteren van het vuile linnen

Het persoonlijk linnen wordt meestal door de familie gereinigd. In bepaalde omstandigheden wordt de was door het ziekenhuis aan de wasserij meegegeven. Aan de binnenkant van de kast wordt er een wit steekkaartje aangebracht met de vermelding "de was wordt

meegegeven met de wasserij". Deze was wordt in een plasticen zak gestoken, samen met een kleefetiket van de patiënt waarop duidelijk de verpleegeenheid "Geriatric, A.Z. Diest" wordt vermeld. Het ziekenhuislinnen wordt centraal verzameld.

Iedere dag wordt zuiver persoonlijk linnen aangedaan. Indien dit niet voorradig is, wordt de kleding van de verpleegeenheid gebruikt, en wordt dit gemeld aan een verpleegkundige.

Washandjes en handdoeken

Deze hangen aan de lavabo's. Bij de lavabo's, die voor gemeenschappelijk gebruik zijn, is het belangrijk dat men aandacht besteedt aan de nummer die aangebracht is op de spiegel, zodat men het gerief op de juiste plaats hangt. Op dezelfde manier is er ook een nummer aangebracht op de kast in de gemeenschappelijke badkamers. Voordat je het ochtendtoilet toedient, controleer je of de handdoeken en de washandjes zuiver zijn, zonodig neem je zuiver linnen. Neem voldoende water om de patiënt te wassen. Indien je het nachtkastje gebruikt heb, ontsmet je dit mbv. DDSHspray.

Sorteren van het bedlinnen

Alle het vuile linnen wordt in de witte linnenzakken verzameld. Enkel de bedspreien, de kussens en kussenslopen die bevuild zijn, worden in een container in de spoelruimte gedeponerd.

5.4 Scheerapparaat en haardroger

Liefst wordt het scheerapparaat van de patiënt gebruikt. Indien niet mogelijk, mag je het apparaat van de afdeling gebruiken. Na gebruik doe je het vuil uit het apparaat en ontsmet je het met hibitane alcohol 0,5 %. De koppen van het scheerapparaat mag je even (max. 1 min) in de hibitane alcohol leggen, niet langer om roestvorming te voorkomen. (N.B. het scheerapparaat moet wel 2 of 3 koppen bevatten, vraag zonodig uitleg om vergissingen te voorkomen!!!). De haardroger ontsmet je met hibitane alcohol 0,5 %, alleen aan de buitenkant. Voldoende laten drogen voor hergebruik.

5.5 Bedden en bedlinnen

Tijdens de ochtendverzorging wordt het steeklaken veranderd. Indien nodig, wordt ook de rest zuiver gelegd. Bij lucht- en alternerende matrassen mag het laken NIET ingestoken worden. Op vrijdag wordt het bed volledig van zuiver linnen voorzien. Elk bed heeft vaste bedsponden.

Ontslag van de patiënt

Het bed, het nachtkastje, de kast, de tafel, de bedpan, het urinaal en de waskom worden zo vlug mogelijk ontsmet. Hiervoor gebruikt men ANIOS Spray, DDSH.

5.6 Opdiene van maaltijden en drank

Vocht- en voedselinname is van groot belang bij patiënten. Belangrijk is de patiënten te stimuleren om zelf te eten en te drinken. Indien dit niet mogelijk is moet de verpleegkundige regelmatig de patiënt hierbij helpen, of zelf drank geven. Bovendien is het belangrijk dat de patiënt een comfortabele houding heeft, d.w.z.:

- Het eettafeltje op een aangepaste hoogte stellen
- De patiënten een goed rechtzittende houding geven, eventueel ondersteund met kussens
- Zonodig de maaltijd voorbereiden (de boterhammen smeren, het vlees snijden, ...)
- Wat de patiënt zelfstandig kan, stimuleer dat zoveel mogelijk
- De bel binnen handbereik leggen

- Indien een patiënt niets eet of drinkt of indien er moeilijkheden zijn, moet je dit direct melden aan de (hoofd)verpleegkundige.

Indien een patiënt niets eet of drinkt of indien er moeilijkheden zijn, moet dit zo snel mogelijk aan een verpleegkundige of aan de hoofdverpleegkundige gemeld worden. Na de maaltijden wordt de tafel gereinigd met ANIOS Spray, DDSH..

5.7 Diabetespatiënten

Gelieve aandacht te besteden aan het dieet van diabetespatiënten en ook aan de voedingswaren die eventueel door familieleden worden meegebracht. Bij hypoglycaemie en bij patiënten die nog bij bewustzijn zijn wordt er gewoon eten gegeven (bv. kopje koffie met veel suiker erin en erna ook boterhammen). Bij niet- bewuste patiënten wordt er dextrose 30 % toegediend en nadien als ze terug bij bewustzijn zijn boterhammen.

5.8 Patiëntenkamer

Iedere patiënt heeft zijn eigen kast. Zowel boven het bed als op de kast staat hetzelfde nummer, om je niet te vergissen bij het terugleggen van het linnen. De vuile kledij, of washandjes doe je eerst in een plastic zak vooraleer je deze in de kast legt. Zorg ervoor dat de kamer volledig is afgewerkt wanneer je ze verlaat.

5.9 Houding

De houding van de patiënt is belangrijk. Aandachtspunten hierbij zijn:

- Een goed rechtopzittende houding
- Een kussen onder de verlamde arm of in de rug
- Het eettafeltje op de goede hoogte installeren
- Het drinken in de nabijheid plaatsen
- De oproepbel binnen handbereik plaatsen

5.10 Techniek

Aan studenten wordt gevraagd om steriel en volgens verpleegkundige techniek te werken, en op details te letten.

- Gordijnen tussen bedden steeds dicht doen tijdens verzorging en netjes terug te plaatsen bij het einde van de verzorging. Voor de privacy van de patiënt moet het beleetsignaal gebruikt worden (groene lichtje, plaatje op de deur)
- Een molton of bovenlaken (dat je na verzorging verandert) gebruiken om de patiënt te bedekken, gebruiken tijdens hygiënische zorgen.
- Technieken toepassen zoals aangeleerd, stimuleer jezelf tot het zoeken van oefenkansen.

6 Specifieke stagedoelstellingen

6.1 Eerstejaars

- Aanpassingsvermogen bezitten om de noden aan te voelen (empathie);
- Zich degelijk informeren vooraleer een opdracht aan te vatten (bv. nuchter blijven, juiste medicatie, psycho-emotionele problemen...)
 - Hygiëne: het toedienen van correcte hygiënische zorgen in functie van de toestand en het comfort van de patiënt. Aandacht besteden aan de mondverzorging, haarverzorging, ... Indien nodig de patiënt stimuleren tot zelfzorg

- Zelfstandig de vitale en fysieke parameters kunnen controleren en hiervoor ook de verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Aandacht besteden aan observatie en rapportage (schriftelijk en mondeling);
- Informatie-, inzicht verwerven van de meest voorkomende aandoeningen, onderzoeken, op deze verpleegeenheid;
- Tijdens de maaltijden de nodige hulp bieden en de patiënt een comfortabele houding geven. Vergeet de rapportage niet. Belangrijk is te controleren bij diabetes patiënten of de insuline of orale antidiabetica werden genomen vóór de maaltijd
- Beroepsgeheim respecteren
- Open staan voor andere taken, zoals de keuken, opruimen, uit eigen beweging huishoudelijke opdrachten op zich nemen (bad- en spoelruimte, ...)
- Interesse hebben voor nog niet aangeleerde technieken (zelf leermomenten zoeken);
- Tactvol zijn t.o.v. patiënten, het verpleegkundig team, medestudenten, ...
- Verzorgd voorkomen.

6.2 Tweedejaars

- Idem 1ste jaars;
- Kennen van de tweedejaarstechnieken, en deze kunnen toepassen met de nodige aanpassingen aan de praktijksituatie;
- Toezicht op infuus-, zuurstoftherapie;
- Medicatie:
 - Medicatie per os kunnen klaar zetten (onder toezicht van een verpleegkundige).
 - I.V. medicatie en perfusies kunnen klaarzetten (onder toezicht van een verpleegkundige). Gebruik van infuuspomp en spuitpomp leren op de verpleegeenheid.
- Wondverzorgingen: kennen en kunnen aanpassen aan de praktijk;
- Betrokken zijn bij het verpleegkundig gebeuren;
- goede samenwerking met het verpleegkundig team en hierbij ook aandacht besteden aan medestudenten (begeleiden van eerstejaars studenten);
- Initiatiefname: uit zichzelf zien wat er moet gebeuren, eigen werk efficiënt organiseren en het verpleegkundig werk weten aan te pakken.
- Vlot tempo (nieuwigheden in trager tempo);
- Eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de uitgevoerde technieken.

6.3 Derde jaars

- zie 1e en 2e jaars;
- Zelfstandig de nodige zorgen kunnen uitvoeren en hiervoor de volledige verantwoordelijkheid kunnen dragen;
- Kunnen fungeren als teamverantwoordelijke;
- Al de voorkomende technische vaardigheden vlot en zelfstandig kunnen uitvoeren;
- Zelfstandig medicatie kunnen klaar zetten, en hiervoor de verantwoordelijkheid kunnen dragen;
- Bloedname, infusie- en transfusietherapie kennen en kunnen toepassen;
- Een patiënt kunnen opnemen (o.a. verpleeganamneses en wegwijz maken op deze verpleegeenheid);
- Vlotte werkorganisatie, tempo en initiatiefname;
- Goede onderhandelingsbekwaamheid, pedagogische en psychologische benadering.

©Algemeen Ziekenhuis Diest

Voor verveelvoudiging of kopie van deze uitgave gelieve contact op te nemen met de
Algemeen Directeur van het Algemeen Ziekenhuis Diest.

REALISATIE
Monica Vennekens – Hoofdverpleegkundige
Mues Tinneke – Verantwoordelijke introductie studenten

