



OUDERENZORG INTRODUCTIEBROCHURE



Woord vooraf

Eerst en vooral willen we alle studenten welkom heten op onze zorgenheid. Via deze introductiebrochure hopen we dat je inzicht krijgt in onze dagelijkse afdelingswerking.

In deze bundel zullen de volgende punten zeker aan bod komen: soort zorgenheid, doelgroep, filosofie en doelstellingen, multidisciplinair team, overlegmomenten, therapieaanbod en afdelingswerking, dagindeling, taken van elke teamlid, mentorschap en het verloop van opname tot ontslag,

We hopen dat we je niet alleen de nodige vaardigheden, maar ook de nodige kennis kunnen bijbrengen en wensen je alvast veel succes en een goede start.

Namens het team van Ouderenzorg B.



1. Behandelkader

1.1 het multidisciplinair team

Verpleegkundigen :

Gegradueerde psychiatrisch verpleegkundige

Gebrevetteerde psychiatrisch verpleegkundigen

Ziekenhuishelpsters

Logistieke assistenten : Caria Carine, Schlierer Jochen

1 Psychiater: Dr De schutter Petra

1 Internist: Dr. Van Den Bossche Luc, Dr Vaes Godelieve, Dr Geurts Daniel

2 Gegradueerde assistenten psychologie: Kristin Degroof

2 Ergotherapeuten: Charlier Cindy, Weytjens Ann – Sofie, Van Looy Ann

2 Therapeuten psychomotoriek: Meyers Helen

1 Psychologe Jame Liesbeth

1 Sociaal assistent : Beckers Katrien

1 Kinesist: Pia Vanhoudt

1.2 Doel en filosofie van de afdeling

1.2.1 Het doel

Als onderdeel van het Openbaar Psychiatrisch zorgcentrum Rekem biedt de cluster ouderenzorg een kwalitatieve hoogstaande psychiatrische behandeling en begeleiding aan voor ouderen. We richten ons op mensen in de 3^e en 4^e levensfase (+65jaar) met functioneel psychiatrische stoornissen. Tot de doelgroep behoren ook chronisch psychiatrische patiënten, indien de specifieke aanpak van ouderenzorg een meerwaarde betekent. Daarbuiten richten we ons ook op mensen met een organische stoornis jonger dan 65 jaar. In de toekomst is er sprake van een groep NAH (niet aangeboren hersenletsel) patiënten.

Hierbij streven we ernaar om aan elke cliënt op maat de meest adequate geestelijke gezondheidszorg te bieden en baseren we ons op actuele ontwikkelingen inzake kennis en expertise. Hiervoor beschikken wij over volgende mogelijkheden: een polikliniek, daghospitalisatie, volledige hospitalisatie, psychiatrische zorg in de thuissituatie en een psychiatrische liaison met voorzieningen voor ouderen.

Daarbuiten is de cluster partner van het geïntegreerd regionaal zorgnetwerk voor ouderen en is er een samenwerking met de voorzieningen voor ouderenzorg in het Maasland. De cluster is eveneens lid van het therapeutische project 'reïntegratie, rehabilitatie en resocialisatie van oudere psychiatrische patiënten'. Binnen dit project wordt een zo maximaal mogelijke zelfstandigheid van de geronto-psychiatrische patiënt nagestreefd in de thuisituatie of het vervangende thuismilieu.



1.2.2 Afdelingsfilosofie

Missie ouderenzorg functionele zorglijn: wie?

- 3^{de} en 4^{de} levensfase met **arbitraire** leeftijdsgrens: 65 jaar, nieuwste maatschappelijke ontwikkeling, functionele stoornissen op jongere leeftijd.(vergrijzingsproblematiek)
- Functionele stoornissen met accent verslaving depressie en psychose
- Comorbiditeit:
 - Lichamelijke stoornissen
 - Functionele veranderingen
 - Levensfaseproblematiek
 - Grote interindividuele variabiliteit

Exclusie: Cognitieve stoornissen gelinkt aan organische problematiek

Missie ouderenzorg: wat?

- Psychiatrische zorg voltijdse opname en dagopname
- Regionale voorziening voor ouderenzorg voor psychiatrische patiënten (Maasland)
- Geïntegreerd in zorgnetwerk voor ouderen
 - ZOL, Genk (geriatrie, MGC , palliatieve eenheid)
 - Menos
 - MC St- Jozef Munsterbilzen
 - RVT 't Kempke
 - PZT Mosaïek
 - ...

Missie ouderenzorg: hoe? toekomst!!!!!!!!!!

- Gezien de maatschappelijke ontwikkeling, ik –versterkend werken waarbij er nadruk wordt gelegd op de autonomie en de zelfstandigheid van de ouderen. Men dient ipv van over te nemen (cure) , de ouderen los te laten (care).
Autonomie betekent ook dat we de patiënt verantwoordelijk moeten maken voor zijn proces. (zie motivatiemodel bij verslaving)
- Basisgedachte= **rehabilitatie**: eerste visie is naar huis, dan vanuit thuis naar residentiële mogelijkheden dit om pro-actief dichtslipping van de afdeling te bekomen. Eens stabiliteit bereikt is, dan begeleid ontslag.

Onze modulaire werking dient afgebakend te worden en gekoppeld te worden aan de oorspronkelijk situatie, concreet betekent dit dat de mensen de link met de thuissituatie moeten behouden en stimuleren door bijvoorbeeld weekends onmiddellijk in te lassen. We zien enkel of de behandeling effectief is als dit in de thuissituatie kan toegepast worden. Dit moet in ons **opnamebeleid** geïntegreerd worden en doorleefd worden doorheen het heel proces met als doel continuïteit te garanderen (art 107). Intakegesprekken met peiling naar motivatie en infoverstreking over de afdeling en de verwachtingen is een must.

- **Empowerment** (een multi-dimensioneel sociaal proces waardoor de ouderen zelf controle verwerven over hun leven en de kracht vinden om dingen te doen die ze zelf belangrijk vinden) waarbij gestreefd wordt naar zo een hoog mogelijk kwaliteit van leven en hun participatie in de behandeling centraal staan. Dit is een onderbouwde visie die gesteund door de huidige maatschappij en de recente ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze visie vereist een sterke interpersoonlijke sensitiviteit van de hulpverleners met respect voor het individu en blijvende aandacht en betrokkenheid op de totale persoon.
- **Systeemtherapeutische benadering met visie van de patiënt als centraal uitgangspunt** (denk aan de autonomie)
- Interdisciplinair samenwerken
- Op evidentie gebaseerd

Model: interdisciplinair samenwerken

- Evidence based psychiatrie (eventueel meting bij verslaving en depressie= zie projectfiche). Vooral **'best practice'** model
- Evidence based geriatric (huisartsen).
- **Patiëntentoewijzing** als organisatiemodel.
- **Ontslagmanagement** : met specifieke aandacht voor sociale reïntegratie, uit sociaal isolement halen en aandacht voor zinvolle tijdsbesteding.
- Een gestructureerde interdisciplinaire equipe met duidelijke functiedifferentiatie en samenwerkingsmogelijkheden.
- **Interdisciplinair Methodisch handelen** waarbij iedere discipline vanuit zijn expertise een inbreng heeft met vooral oog op de observatie en behandelingsduur. Werkgroep WAZO
- Interdisciplinaire interventies en omgangsmethodieken
 - Een modulair behandelingsaanbod, met aandacht voor de individuele zorgnoden en mogelijkheden binnen het team.
 - Concrete uitwerking gebeurd door de werkgroepen.

Attitude van de hulpverlener

Warme, empatische **houding** waarbij we de reis doorheen de behandeling **niet leiden maar gidsen**.

Structuur met de nodige flexibiliteit met aandacht voor het individu, waarbij onze waarden en normen afwijkend kunnen zijn aan die van de patiënt en door ons **gerespecteerd dienen** te worden. Het zijn ouderen met een leven vol ervaring. **Zelfreflectie** met specifieke aandacht voor de valkuilen van de hulpverlener via intervisie opnemen. Bewust zijn van de MACHT als hulpverlener versus ONMACHT, overdracht en tegenoverdracht.

Open, eerlijk en transparant zijn in de behandeling.

Er is niet één theorie die de attitude moet overheersen maar we kiezen voor een **eclectisch model** waarbij vanuit casuïstiek vertrokken wordt.

1.3 De organisatie van de verpleegkundige zorg

1.3.1 Somatische zorg

Door de aard van de patiënten ligt de klemtoon van zorgverlening binnen een gerontopsychiatrische afdeling op fysieke zorgen. De patiënt wordt in zijn geheel benaderd met al zijn beperkingen. Iedere patiënt heeft zijn voorgeschiedenis en vaak kunnen psychiatrische problemen voortvloeien uit het toenemend aantal fysieke en psychische handicaps. Daarom gebeuren observaties ook op drie vlakken, nl. fysisch, psychisch en sociaal.

- Farmacologische behandeling.

De voornaamste behandelingen zijn gericht op geheugenproblemen en op gedragsstoornissen.

- **Behandeling van gedragsstoornissen:**

Er bestaan psychofarmaca die de begeleidende stoornissen, die gepaard gaan met bepaalde ziektebeelden, verminderen.

1.3.2 De niet - somatische zorg

- Het optimaliseren van de omgevingsfactoren.

Het is zeer belangrijk om een aangepast woon – en leefklimaat aan te bieden, dat nauw aansluit bij de levensstijl van de patiënt. Dit noemt men het principe van ‘normalisatie’. Hieronder worden een aantal methoden beschreven om dit te bekomen.

- Stimuleren van de Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL).

Er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid tijdens de dagdagelijkse bezigheden zoals het wassen, kleden, naar het toilet gaan... Indien mogelijk spoort men de patiënt aan tot deelname aan kleine huishoudelijke taken.

Tijdens het **ochtendtoilet** worden de patiënten gestimuleerd om hetgeen ze zelf nog kunnen, zelf te laten doen. Hier spreken we van ‘ADL-begeleiding’. Dit gebeurt door de verpleging. Van ‘ADL-training’ is er sprake indien er samen met de patiënt vervangende technieken worden aangeleerd, al dan niet met hulpmiddelen. Dit is toepasbaar bij patiënten met geen en/of lichte geheugenproblemen en waar een ontslag naar de thuissituatie mogelijk is. Dit gebeurt door de ergotherapie. Tijdens de **maaltijden** wordt tevens aan ADL-begeleiding gedaan.

De patiënten krijgen de mogelijkheid om zelf hun boterhammen te smeren en hun beleg zelf te kiezen. Dit vergroot eveneens hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen.

De patiënten worden eveneens aangespoord tot deelname aan **huishoudelijke activiteiten**. Er is een schema waar al de patiënten systematisch aan de beurt komen om de tafels te dekken, af te vegen, helpen bij de afwas, bloemen water geven...

- Realiteits Oriëntatie Training (ROT).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 24-uurs ROT en ROT-sessies.

24-uurs ROT gebeurt bij ons door het aanbieden van een duidelijke dagstructuur.

De patiënten hebben allen een vaste plaats aan tafel. Er hangt tevens op verschillende plaatsen een klok en een grote kalender. Er is een vaste dagindeling met een bepaald patroon. De therapeutische activiteiten worden afgedrukt in schema en de patiënt houdt dit zelf bij. Dit geeft de patiënten een bepaalde houvast en een veilig gevoel. Verder wordt er veel aandacht besteed aan de inrichting van de leefruimte, zodanig dat er een huiselijke en gezellige sfeer is. Aangepast aan de tijd van het jaar worden de zalen versierd in een bepaald thema.

ROT-sessies worden gedaan door de ergotherapie en de psychologen. Dit gebeurt in kleine homogene groepjes in de vorm van themagesprekken, geheugenstimulatie, eenvoudige gezelschapsspellen... De echte ROT-klassen waar het de bedoeling is om dingen aan te leren en te onthouden worden niet meer gedaan, vermits dit veel te confronterend en weinig zinvol is voor onze patiënten. Om deze reden spreekt men bij ons op de afdeling eerder van ROA (Realiteits Oriënterende Activiteiten) i.p.v. training.

- Observatie door het team:

- Door de verpleging: Via gerichte observaties tijdens de dagdagelijkse activiteiten, vanuit een voortdurende aanwezigheid kan men heel wat informatie opdoen.

- Door de therapie: Observatie van de psychische, fysische en sociale mogelijkheden van de patiënt tijdens verschillende sessies aangeboden door de ergo, de PMT en de psychologen. Iedere discipline heeft een andere invalshoek om de patiënt te observeren.
- Familiebegeleiding:
De familieleden worden ook na een 5-tal weken uitgenodigd bij de psycholoog om verdere informatie te verkrijgen over de behandeling en het ziektebeeld. Indien de familie problemen heeft met het verwerkingsproces, kunnen deze gesprekken systematisch gebeuren.
- Oriëntatie:
Naar de patiënt en zijn familie een gefundeerd advies geven in verband met de meest haalbare toekomstige oriëntatie van de patiënt. Bij voorkeur wordt gedacht aan een terugkeer naar de vertrouwde omgeving. Vervolgens worden acties ondernomen om het (nieuwe) milieu voor te bereiden op de integratie van de patiënt.
- Aanzet tot behandeling en begeleiding:
Bij meerdere patiënten blijkt de problematiek zeer ernstig te zijn. Een behandeling op korte termijn is dan ontoereikend. Meestal wordt er dan een aanvang genomen met een behandeling en begeleiding voor een langere termijn. Het is dan de bedoeling dat deze patiënten bij blijvende zorgbehoefte naar een RVT georiënteerd worden.
Anderzijds worden patiënten met ernstige en **persisterende gedragsproblemen** voor een langere periode naar **gepaste setting** doorverwezen.

2. Het therapeutisch programma

2.1 Omschrijving van de modules

2.1.1 Opnamemodule

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen dringende en niet-dringende opnameaanvragen.

De opname kan gevraagd worden door de oudere zelf of door de omgeving (familie/verblijfsplaats) of door behandelaars (huisarts/ ziekenhuisarts/ maatschappelijk werker/ ...).

De niet-dringende aanvragen worden bij de sociale dienst aangemeld. De sociaal assistente fungeert als opnamecoördinator en nodigt kandidaat-patiënt en/of familie uit voor een intakegesprek. Tijdens dit gesprek wordt informatie uitgewisseld. Er wordt informatie verzameld over de reden van de aanvraag en informatie gegeven over de doelstellingen en werking van de afdeling. De sociaal assistente contacteert eventueel ook de huisarts om meer achtergrondinformatie betreffende de kandidaat-patiënt te verzamelen. De sociaal assistente zal op basis van dit gesprek en in overleg met de psychiater beoordelen of er een huis- of ziekenhuisbezoek nodig is om de situatie beter te kunnen inschatten. Een huisbezoek in dit stadium kadert eveneens in de functie van de sociaal assistente als ontslagmanager. De sociaal assistente zal op basis van dit bezoek een geïnformeerd advies naar opname-, behandel- en ontslagmogelijkheden kunnen geven aan de psychiater.

Het resultaat van het intakegesprek en de informatieverzameling wordt met de psychiater besproken die al dan niet beslist tot opname.

- Indien er een akkoord is voor opname spreekt de sociaal assistente een datum af voor opname. De verpleging vangt de patiënt en familie op bij de opname.
- Indien de aanvraag afgewezen is, neemt de sociaal assistente contact op met kandidaat-patiënt en/of familie en/of doorverwijzer om toe te lichten waarom een opname in deze setting niet aangewezen is en eventueel een ander voorstel of doorverwijzing te doen.

Bij dringende opnameaanvragen neemt de aanvrager contact op met de sociaal assistente of de opnameafdeling met een dringende vraag voor opname. De psychiater wordt onmiddellijk gecontacteerd en de opname kan onmiddellijk doorgaan wanneer de geneesheer dit beslist.. Zo vlug mogelijk na de opname contacteert de sociaal assistente de familie voor een eerste gesprek en een uitwisseling van informatie.

Opnamemodule

De open opnamemodule is bedoeld voor de opname van ouderen (mannen en vrouwen **ouder dan 65 jaar**) die door hun psychiatrische problematiek nood hebben aan een intensieve dagbehandeling of aan een verblijf in een open residentiële setting. Meestal gaat dit om functionele stoornissen (o.a. depressie, regressie n.a.v. rouwproces, alcoholproblematiek, psychose, persoonlijkheidsproblematiek, enz.), maar het kan ook gaan over patiënten met een psycho-organische stoornis die zich kunnen handhaven op een open zorgeenheid (beginnend dementerenden, CVA, ...).

De reden van opname dient gemotiveerd te worden door een psychiatrische problematiek waarvoor specialistische observatie nodig is. Exclusiecriteria zijn patiënten met een **alcoholgerelateerde cognitieve disfunctie**, patiënten met een chronische psychiatrische problematiek die stabiel zijn en patiënten die wachten op een transfer naar een andere meer aangepaste setting (intern of extern).

Naast de open opnamemodule is er de gesloten opnamemodule voor ouderen (mannen en vrouwen **ouder dan 65 jaar**) die door hun psychiatrische problematiek nood hebben aan een intensieve dagbehandeling of aan een verblijf in een gesloten residentiële setting. Meestal gaat dit om psycho-organische stoornissen (matig tot ernstig dementerenden) waar gedragsstoornissen aanwezig zijn en moeilijk te stabiliseren gerontopsychiatrische ziektebeelden.

1. Doelstellingen

- Diagnose- en indicatiestelling
- Het opstellen van een behandelplan dat overlegd is met patiënt en/of familie
- Doorverwijzing naar de gepaste behandel- of verblijfssetting (intern/extern)

2. Verblijfsduur: Maximum **4 weken observatie**. Daarna verblijft de patiënt langer binnen de opnamemodule omdat die hier nood aan heeft of wordt hij verwezen naar een andere mer gepaste setting.

3. Therapeutische milieu

Milieutherapeutisch wordt een tijdelijk vervangend sociaal milieu aangeboden met als belangrijkste eigenschap dat dit een holding environment wil zijn voor de patiënt (zie visie). De belangrijkste accenten zijn dus het bieden van veiligheid, voorspelbaarheid, maar ook het bieden van steun en stimulans. Dit wordt geboden door een gestructureerd programma en een uitgebalanceerd 24-uursmilieu. Iedere patiënt krijgt een gestructureerd therapeutisch programma, met mogelijkheden voor reflecteren en experimenteren. Dit programma bestaat meestal uit allerlei verbale en non-verbale behandelvormen. De verpleegkundigen hanteren het 24-uurs milieu. Zij zijn continu aanwezig in de leefgroep en begeleiden de dagelijkse activiteiten. In de open opnamemodule begeleiden verpleegkundigen de dagopening. Hierin worden afspraken gemaakt over de huishoudelijke taken op de afdeling, is er de mogelijkheid om vragen te stellen en informatie te geven, het weekend te bevragen. De patiënt gaat allerlei relaties aan, neemt deel aan en draagt verantwoordelijkheid voor maaltijden, invulling van vrije tijd, een gezond dag/nacht ritme. In de **gesloten opnamemodule** houdt dit in dat er **24-uurs ROT (realiteit oriëntatie training)** gehanteerd wordt.

4. Therapeutische activiteiten

De opbouw van de opnamemodule loopt grotendeels parallel voor de open en gesloten module. Een overzicht van het diagnosepad van de opnamepatiënt is terug te vinden in onderstaande tekst, maar ook schematisch in bijlage 1. Het programma in de opnamemodule bestaat deels uit groepsessies, deels uit individuele sessies die aangepast zijn aan de noden en hulpvraag van de patiënt. In de opnamemodule zijn de therapeutische activiteiten gericht op observatie, probleemanalyse en diagnosestelling. Iedere discipline heeft hierin zijn eigen invalshoek.

Psychiater

1. Psychiatrische anamnese: in kaart brengen van psychiatrische symptomatologie
2. Contactpersoon met verwijzer en/of huisarts van de betrokken patiënt
3. Formulieren van een hulpvraag van de patiënt en/of omgeving
4. Medicatie instellen/aanpassen

Somatisch Geneesheer

1. Somatische anamnese: in kaart brengen van somatische symptomatologie en aandoeningen.
2. Laten uitvoeren van aanvullend somatisch onderzoek (ECG, bloedonderzoek, EEG, spect, ...) intern of extern.
3. Medicatie instellen/ aanpassen.

Psycholoog/ psychologische dienst

1. Diagnostiek: Er gebeurt standaard een korte cognitieve screening a.d.h.v. een Mini Mental State Examination. Vervolgens wordt aan de hand van de beschikbare informatie en geformuleerde hypothesen gekozen voor een uitgebreider neuropsychologisch en/of een persoonlijkheidsonderzoek.
2. Systeemanalyse: De familie of meest betrokken personen rond de patiënt worden uitgenodigd door de psycholoog. Dit kan in aan- of afwezigheid van de patiënt. Er wordt hen gevraagd hun visie op de problematiek en de omstandigheden van de opname te geven. Er wordt een hetero-anamnese afgenomen en een genogram opgesteld. In dit gesprek wordt ook steeds het toekomstperspectief bevroegd. De mogelijkheid van systeemtherapeutische interventies worden eveneens besproken.
3. Wekelijks gesprek: In dit gesprek wordt het eerste contact met patiënt gelegd. Er wordt een anamnese gemaakt van de klachten en de omstandigheden die hebben geleid tot de opname. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de beleving van de klachten, de eigen pogingen om met de klachten om te gaan en de mate van ziekte-inzicht. In dit eerste gesprek wordt ook gepeild naar de motivatie van de patiënt, zijn therapieverwachtingen en zijn toekomstperspectief. Tenslotte wordt algemene informatie gegeven over het (standaard) observatieprogramma.

4. Groepsgesprek (enkel in de open opnamemodule): In deze sessie wisselt de groep van gedachten omtrent een bepaald thema. De therapeut/verpleegkundige biedt thema's aan die relevant zijn voor de leefwereld van de patiënt, bijvoorbeeld thema's rond opname, levensfase, tijd van het jaar,...Het doel van deze sessie is een plaats van ontmoeting te creëren en om de betrokkenheid tussen de patiënten te verhogen. De therapeut observeert het algemeen functioneren van de patiënt (cognitie, denken, taal, stemming,...) en het functioneren van de patiënt in groep.
 5. Individuele creatieve expressie (enkel in de open opnamemodule): Aan de hand van enkele individuele sessies, waarbij met verschillende opdrachten en materialen gewerkt wordt, probeert de therapeute een zicht te krijgen op de problematiek en verdere behandelmogelijkheden van de patiënt. Dit doet de therapeute aan de hand van de emoties en thema's die naar voren komen, de omgangswijzen met materialen, de contactwijze met de therapeute. De patiënt krijgt de mogelijkheid om via beeldend werk gevoelens en problemen te uiten (verbaal of non-verbaal). Op de voorgrond staan emoties en inzichten m.b.t. de huidige situatie en hun zelfbeeld. Het resultaat heeft hierbij dus geen belang, maar wel het proces. Het gaat meer om verkennend werken, zodat de patiënt kan ervaren of deze werkwijzen hem/haar liggen.
- Vb.
- associëren a.d.h.v. getoonde prenten
 - indeling maken van positieve en negatieve gevoelens
 - schilderen op muziek waarbij het accent wordt gelegd op mogelijke uitdrukkingwijzen via materiaalgebruik
 - een collage maken waarbij ze zichzelf voorstellen

Verpleging

1. Onthaal van de patiënt en familie op de opname-afdeling: Gastvrij en professioneel onthaal waarin algemene informatie gegeven wordt en de afdelingsregels overlopen worden. Patiënt wordt voorgesteld aan de teamleden en aan de medepatiënten. Er wordt een persoonlijke mentor aangewezen en de patiënt krijgt een kamer toegewezen. Gedurende dit onthaal is er ruimte om te luisteren naar het verhaal van de patiënt en aandachtig te zijn voor de gestelde hulpvraag.
2. Observatie van psychische en somatische toestand: Vitale parameters worden gecontroleerd en opgevolgd. Bij deze observatie wordt er gebruik gemaakt van scorelijsten en meetinstrumenten indien nodig. De mogelijkheden m.b.t. Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) worden geobserveerd. Hierbij wordt aandacht besteed aan de mate van zelfstandigheid die de patiënt heeft tijdens de dagelijkse bezigheden zoals wassen, kleden, naar het toilet gaan, het doen van kleine huishoudelijke taken op de afdeling. De nodige hulp wordt gegeven bij zelfzorgtekorten.
3. Medicatiebedeling en – toezicht op inname

4. Mentor en co-mentor: In het kader van patiënttoewijzing heeft iedere patiënt een mentor (verpleegkundige) en co-mentor (verzorgende). De mentor is procesbegeleider van de patiënt ivm de verpleegtherapeutische processen. Hij of zij is een aanspreekfiguur voor zijn volgpatiënt en/of familie gedurende het hele behandeltraject. Op de open opname-afdeling houdt dit in dat de mentor twee maal per week ondersteunende en begeleidende gesprekken heeft met de patiënt. De mentor observeert de psychische toestand via een verpleegkundige anamnese volgens de 11 Gezondheidspatronen van Gordon (zie bijlage 2). Op basis van de observaties zal de mentor ook reeds een verpleegkundige diagnose stellen, doelstellingen formuleren omtrent dit probleem en dit bespreken, indien mogelijk, met de patiënt. Dit gebeurt a.d.h.v. de methode van de Pesdie (zie bijlage 3).
5. Verpleegkundige sessie

Elke dag is er een dagopening. Hier worden de huishoudelijke taken overlopen en nieuwtjes meegedeeld.

De verpleging geeft ook wekelijks een opnamesessie en verpleegsessie. Ook is er voor dagpatiënten een overlegmoment voorzien.

Sociale dienst

1. Sociale anamnese : De sociaal assistente brengt het sociaal netwerk en de maatschappelijke situatie van de patiënt in kaart.
2. Ontslagmanagement: Vanaf het begin van de opname tot en met het ontslag speelt ontslagmanagement een belangrijke rol. De sociaal assistente is ontslagmanager en verzorgt de coördinatie hiervan. Het is belangrijk dat zowel de patiënt als zijn omgeving zo goed mogelijk worden voorbereid op de terugkeer naar huis of naar het thuisvervangende milieu. Hiertoe zal de sociaal assistente samen met de coördinator van de thuiszorg (de zorgbemiddelaar die vrijgesteld is door het ocmw) een SIT-vergadering (Samenwerkingsinitiatief in de Thuiszorg) organiseren. Dit betekent dat alle hulpverleners die bij de patiënt na zijn ontslag aan huis zullen komen (huisarts, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeut, familiehelp, psychiatrische thuiszorg, ...) samen met de patiënt en de familie samen komen om een aantal concrete afspraken te maken. De bedoeling is dat de zorg zo veel en zo goed mogelijk op elkaar afgestemd wordt. De sociaal assistente en de mentor van de patiënt zijn op deze vergadering aanwezig. De mentoren geven zo veel mogelijk informatie omtrent het functioneren van de patiënt, omtrent de noden en behoeften van de patiënt om een terugkeer naar huis of het thuisvervangende milieu zo goed mogelijk te laten verlopen. De zorgbemiddelaar leidt deze vergadering, maakt er ook een verslag van en is later de contactpersoon voor alle betrokken partijen om bepaalde zaken te bespreken of te wijzigen.

3. Sociaal administratief werk: De sociaal assistente helpt de patiënt en familie met uiteenlopende sociaal administratieve problemen zoals tegemoetkomingen, schuldbemiddeling, ziekenhuisfactuur,

Psychomotorische therapie

Er worden twee groepssessies psychomotorische therapie gegeven. Aan de hand van deze activiteiten probeert de therapeute zicht te krijgen op de lichamelijke en psychische toestand van de patiënt en observeert de therapeute de interactie van de patiënt in groep. Indien patiënt wegens beperkte mobiliteit niet kan deelnemen aan groepssessies, bestaat er de mogelijkheid om dezelfde observaties te doen a.d.h.v. individuele bewegingstherapie aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. De psychomotorische therapeute zal op basis van deze observaties een motorisch bilan opstellen.

Kinesithérapie

Indien nodig wordt reeds tijdens de observatie kinesithérapie verstrekt op vraag van een geneesheer. De behandeling gebeurt op strikt individuele basis. Het grootste deel van de behandelingen zal zich richten op het herwinnen en zo optimaal mogelijk behouden van de functionele mogelijkheden van de patiënt. Het behandelingspakket kan onder andere bestaan uit:

- a. individuele gangrevalidatie (met of zonder hulpmiddelen)
- b. tapotages (bij verschillende longaandoeningen)
- c. massages
- d. ademhalingskiné
- e. mobilisaties (zowel actief als passief)

Ergotherapie

Om zicht te krijgen op de problemen bij het uitvoeren van alledaagse taken kan de ergotherapeute een AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) afnemen. Dit is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie-instrument waar de ergotherapeute het functioneren van een patiënt in alledaagse huishoudelijke en zelfzorg taken kan beoordelen. Op basis van de bevindingen van dit instrument krijgt men een indicatie of de ergotherapie zich dient te richten op het herstellen van functies en vaardigheden of zich dient te richten op het leren compenseren of anders leren handelen. Zijn de belemmeringen dusdanig ernstig dat anders leren handelen niet mogelijk is, dan kan op grond hiervan besloten worden tot het aanpassen van de fysieke omgeving of het instrueren van de sociale omgeving over te schakelen.

Ergo sessie: Met behulp van nieuwe of gekende technieken wordt met bepaalde materialen iets gemaakt. Dit kan bestaan uit schilderen, houtbewerking, tekenen, kleien, bloemschikken, Bij deze therapie kunnen de fijn-motorische vaardigheden, het leervermogen, begripsvermogen en concentratie geobserveerd worden. Deze activiteit wordt bepaald aan de hand van de mogelijkheden en interesses van de patiënt. Belangrijk is het eindresultaat van de sessie.

2.2.2 Behandelmodule

Momenteel worden we geconfronteerd met een erg heterogene groep wat de problematiek betreft. Dit maakt het moeilijk om per problematiek of pathologie een module uit te bouwen. Wij proberen hieraan een oplossing te bieden door een aantal werkgroepen op te starten binnen de afdeling. Zo hebben we de werkgroep alcohol, depressie en de algemene werkgroep. D.m.v. deze groepen proberen we toch al een groot aantal patiënten op een specifieke manier te helpen door ze te laten aansluiten bij de groepen. Dit is echter een groeiscenario Voorlopig willen we dan ook wijzen dat we tot dan over de mogelijkheid beschikken om de patiënt door te verwijzen naar behandelmodules op andere plaatsen die geschikter zouden zijn voor de persoon in kwestie. Dit dient uiteraard individueel bekeken te worden, zoals onze visie is op de afdeling (eclectisch).

De doelgroep bestaat uit ouderen met een psychiatrische stoornis die omwille van psychische problemen een behandeling nodig hebben. Deze behandeling kan ambulante of residentieel verlopen, waarbij de maximale behandelduur 3 maanden bedraagt. Dit kan bij uitzondering wel langer zijn. De doelstellingen tijdens de behandelduur zijn stabilisatie van de psychische problematiek, rehabilitatie en verandering van zichzelf of omgeving.

Het therapeutisch milieu van de opnamemodules wordt behouden voor de behandelmodule. Vanuit verschillende invalshoeken wordt de patiënt in deze module zoveel mogelijk tot zelfredzaamheid gestimuleerd. Hiervoor doet men appèl op de mogelijkheden die nog voorhanden zijn. Een gevolg hiervan is dat men vanaf deze fase met patiënt en/of familie bespreekt om tijdens het weekend naar huis te gaan indien dit nog tot de mogelijkheden behoort. Een ander gevolg is dat patiënten vrije momenten hebben waarin zij gestimuleerd worden hieraan een eigen invulling te geven.

Bij het opstellen van het behandelplan wordt rekening gehouden dat dit flexibel aangepast moet kunnen worden aan de problematiek en interesse van de patiënt. Het behandelprogramma verschilt voor iedere patiënt en kan deels uit (verbale en non-verbale) groepsessies bestaan en deels uit (verbale en non-verbale) individuele sessies. Groepen worden ingedeeld aan de hand van verschillende criteria. Dit verschilt per discipline (vb. mobiliteit, niveau van functioneren, mate van zelfreflectie, ...). In wat volgt zal per discipline een overzicht gegeven worden van mogelijke zorgactiviteiten.

Psychiater: Dr. De Schutter Petra

1. Psychiatrisch consult voor patiënt en/of familie
2. Opvolgen medicatie

Somatisch Geneesheer: Dr. Van den Bossche, Dr. Vaes, Dr. Geurts

1. Somatisch consult
2. Opvolgen somatische toestand en medicatie

Psycholoog/psychologische dienst: Jame Liesbeth

1. Individuele psychotherapie: De mogelijkheid wordt geboden om individueel een therapeutisch contact aan te gaan, waarbij de nadruk kan liggen op ondersteuning en/of het verkrijgen van inzicht in de eigen bijdrage van de problemen.
2. Familiebegeleiding/Echtpaarbegeleiding: Wanneer duidelijk is dat de dynamiek die in een systeem gehanteerd wordt deel uitmaakt van het probleem, wordt de familie en/of partner op een intensieve manier betrokken bij de behandeling van de patiënt.
3. Diagnostiek – hertesting: Een hertesting kan gebeuren om te onderzoeken of er zich op gebied van cognitie of stemming een verandering heeft voorgedaan sinds de opname.
4. Psycho-educatie: over bepaalde psychiatrische stoornissen, assertiviteit, rouw, seksualiteit, naar een rusthuis gaan, vrijetijdsinvulling, gezonde voeding, hygiëne.
5. Geheugenactiviteit en reminiscentie: Het doel van deze groepstherapie is om cognitieve vaardigheden (taal, geheugen, aandacht) te onderhouden via een aangename gestructureerde activiteit (veelal spelvormen zoals kwissen). De activiteit kan aansluiten bij thema's die aansluiten bij de tijd van het jaar, gebeurtenissen uit de actualiteit,... waarbij tussendoor gesprekjes kunnen ontstaan (reminiscentie). Een hoge en lage groep wordt ingericht naargelang het cognitieve niveau.
6. Levensgeschiedenis (live review): In deze groepstherapie wordt gewerkt rond verschillende levensfasen via verbale en non-verbale werkvormen. De patiënt krijgt de kans de eigen geschiedenis te herschikken, te herwaarderen en een levensbalans op te maken. Dit is geïndiceerd bij mensen die veel bezig zijn met hun verleden en dit graag delen met anderen ter bevordering van hun zelfbeeld (herwaardering) en om eventueel hun huidige problemen te kunnen plaatsen.
7. Creatieve therapie: In deze groepstherapie wordt aan de hand van verschillende materialen gewerkt rond het zelfbeeld en de identiteit van de oudere in het hier-en-nu. Dit gebeurt door het uiten van gevoelens via materialen, het stilstaan bij het eigen karakter en dit in relatie tot anderen, het werken rond het eigen lichaam en lichaamsbeeld.
8. Actualiteit: Wekelijks wordt er in groep gewerkt rond de actuele nieuwsfeiten. De sessie is opgebouwd uit een vragenronde, waar iedereen zijn inbreng kan doen over het nieuws van de week. Vervolgens wordt er gewerkt rond een aantal categorieën die de therapeut aanbrengt, bijvoorbeeld goed nieuws versus slecht nieuws. De patiënten worden aangespoord om gericht artikels te zoeken in de krant. Tegen het einde van de sessie wordt er een nabespreking gedaan. Algemene doelstellingen van de sessie: geheugen, begrijpen, lezen, handvaardigheden, groepsdynamiek, taalfuncties.
9. Groepsgesprek: Deze sessie is dezelfde als in de opnamemodule. Het doel in de behandelmodule blijft een plaats van ontmoeting te creëren en om de betrokkenheid tussen de patiënten te verhogen. De therapeut observeert het algemeen functioneren van de patiënt (cognitie, denken, taal, stemming,...) en het functioneren van de patiënt in groep.

Verpleging:

1. Stimuleren van de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL): Er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid tijdens de dagelijkse bezigheden. De patiënten krijgen de mogelijkheid om zelf hun boterhammen te smeren en hun beleg zelf te kiezen Tijdens het **ochtendtoilet** worden de patiënten gestimuleerd om hetgeen ze zelfstandig kunnen ook te doen. Dit is ADL-begeleiding. Indien er samen met de patiënt vervangende technieken worden aangeleerd, al dan niet met hulpmiddelen, spreken we van ADL-training. De patiënten worden aangespoord tot deelname aan huishoudelijke taken. Tijdens de maaltijden wordt eveneens aan ADL-begeleiding gedaan.
2. Adl training: training van de huishoudelijke vaardigheden
3. Individuele gesprekken in het kader van mentorschap
4. 24 - uurs groepsbegeleiding: verpleegkundige is steeds aanwezig in de dagzaal
5. Pesdie: Op basis van de verpleegkundige diagnose en doelstellingen die werden verzameld in de observatieperiode, worden interventies gepland en uitgevoerd. Deze worden verder geëvalueerd in het team.
6. Ontslagplanning: wekelijks wordt multidisciplinair aan een casus rond ontslagplanning gewerkt

Sociale dienst: Beckers Katrien

1. Opvolging sociaal administratief dossier
2. Coördinatie ontslag
3. Informatie en advies rond toekomstmogelijkheden aan patiënt en/of familie

Psychomotorische therapie

1. Psychomotorische therapie: Tweemaal per week wordt een groepssessie gymnastiek gegeven. Deze sessie is onderverdeeld op basis van het niveau van lichamelijk functioneren. Daarbuiten worden aan mensen met goede motorische en fysieke mogelijkheden (goede mobiliteit en uithoudingsvermogen) bewegingsactiviteiten in de sporthal aangeboden. Dit is een groepssessie die éénmaal per week doorgaat. Het doel is het onderhouden en/of verbeteren van de resterende motorische vaardigheden en het aanbieden van succeservaringen met het oog op het verbeteren van het zelfbeeld. De activiteiten bestaan uit opwarmingsoefeningen, coördinatieoefeningen en opdrachten met verschillende materialen. De mogelijkheid bestaat om mensen individueel psychomotorisch te begeleiden indien hiernaar vraag is.
2. Relaxatie: Deze sessie wordt op vraag individueel aangeboden en heeft verschillende doeleinden: aanleren van ontspanningsoefeningen, bewustwording van het eigen lichaam en het tegengaan van psychosomatisering.

3. Fietsen: Deze sessie wordt op vraag aangeboden en kan individueel of in groep verlopen. Dit is geïndiceerd voor mensen met goede motorische vaardigheden en interesse voor fietsen. Het doel van deze sessie is het verhogen van de mobiliteit van de patiënt door het onderhouden en/of verbeteren van de psychomotorische vaardigheden zoals evenwicht, coördinatie, ruimtelijke oriëntatie of het verminderen van stress door het rustgevend effect van de beweging of de buitenlucht.
4. Zwemmen: Deze sessie wordt op vraag aangeboden bij mensen die interesse hebben voor het zwemmen en verloopt in groep. Het doel is ontspanning, verbeteren van bewegingsmogelijkheden, het aanbieden van een plezierbeleving en succeservaring.
5. Wandelen
6. Manege-project: Patiënten die interesse hebben voor het paardrijden kunnen deelnemen aan groepssessies in de manege. Door het paardrijden worden de spieren versterkt en de houding verbeterd op een natuurlijke manier. Dit is bovendien een oefening in coördinatie en evenwicht.

Kinesithérapie

1. Aanvragen voor kinesithérapie verlopen op dezelfde wijze als in de opnamemodule.

Ergotherapie

1. Ontslagvoorbereiding: Bij patiënten bij wie een ontslag naar een niet-residentiële setting in het vooruitzicht is, kan de ergotherapeut de patiënt begeleiden in het aanleren van praktische vaardigheden op huishoudelijk vlak. Dit gebeurt aan de hand van de diagnostiek die de ergotherapeute op basis van de AMPS bekomen heeft. Dit kan gaan om: kooksessies individueel of in groep, strijken, ADL-training, in vivo training winkelen, een huisbezoek plannen om advies te geven naar woning-aanpassing.
2. Tuintherapie: Patiënten die affiniteit hebben met tuinieren of de natuur kunnen deelnemen aan deze groepsactiviteit. Het doel is hierbij de patiënt inzicht te leren zien in het eigen aandeel van het samenwerken met anderen en verantwoordelijkheden te leren opnemen.
3. Hobby: Patiënten die interesse hebben in ambachtelijk werken kunnen deelnemen aan deze groepssessie. De patiënt is verantwoordelijk voor de gekozen activiteit en het afwerken van het werkstuk. Het doel is de zelfstandigheid bevorderen naar vrijetijdsactiviteiten.

4. Centrale therapie: Patiënten krijgen in deze module een rondleiding in het centrale therapiegebouw om kennis te maken met de verschillende ateliers. Op basis van indicatie voor een bepaalde sessie of interesse van de patiënt kunnen één of meerdere ateliers toegevoegd worden aan het therapieschema.

Er zijn als laatste nog een aantal overlegmomenten binnen de behandelmodule. Zo vindt er een wekelijkse patiëntenbespreking plaats op dinsdag. Tijdens deze patiëntenbespreking is er ruimte om problemen van patiënten en verdere behandeling te bespreken. Daarnaast komt iedere patiënt zeker 1 keer per maand aan bod, ook wanneer er zich geen problemen voordoen of wanneer er nog geen toekomstplannen zijn voor de betreffende patiënt. De evolutie van de patiënt wordt besproken door de verschillende disciplines. Het resultaat van deze bespreking is dat de behandeldoelen worden aangepast, verder gezet of beëindigd.

Naast de patiëntenbespreking is er 2 keer per week een multidisciplinaire briefing. Deze gaat door op maandag en vrijdag. Ook bij de wisseling van diensten is er telkens een briefing voorzien voor de collega's die hun dienst aanvangen.



2.2.3 Transfermodule/module ondersteuning

Hier verblijven ouderen waarvan de psychische stoornis stabiel is en ouderen met een milde cognitieve disfunctie die wachten op een plaats in thuisvervangend milieu.

De doelstellingen binnen deze module zijn de volgende:

- Onderhouden van psychische en motorische mogelijkheden
- Nastreven van het algemeen welbevinden
- Onderhouden van contacten met de familie

Milieutherapeutisch klimaat

Het klimaat is stimulerend, gericht op de realiteit. Het is een omgeving waarin de ouderen zich goed voelen, waarin een huiselijke sfeer aanwezig is. De oudere heeft hier de mogelijkheid om indien mogelijk wat huishoudelijk werk te doen, zodanig dat deze zich nog gewaardeerd voelt. De patiënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk ADL-activiteiten zelfstandig uit te voeren en indien mogelijk kunnen er nog deelaspecten getraind worden.

Therapeutische activiteiten

Binnen deze module bestaat het programma voornamelijk uit groepsessies gericht op onderhoud van de bestaande fysische en psychische mogelijkheden. De activiteiten leunen sterk aan met hetgeen er aangeboden wordt in een rusthuis. Sessies worden gegeven door therapeuten en/of verpleegkundigen.

- Groepsessies gericht op activatie:
 - Cognitieve activiteit
 - Zang en dans
 - PMT
 - Koken
 - Hobby
 - Zwemmen
 - Paardrijden
 - Tuin
 - Wandelen
 - Centrale therapie
- Ontspanningsactiviteiten
 - Cafeteria-bezoek/daguitstapjes
 - Huifkar
- Individueel
 - Relaxatie
 - Huifbed
 - Kiné

Dagindeling Ouderenzorg B

Er zijn bepaalde handelingen die dagelijks gebeuren:

- Briefings: deze vinden plaats bij de wisseling van de diensten
 - Om 07u00: nachtdienst aan vroege dienst
 - Om 14u24: vroege dienst aan late dienst
 - Om 21u50: late dienst aan nachtdienst
- Ochtendoilet: om 07u30 vangt het ochtendoilet aan. Patiënten worden gewekt en dagelijks worden de patiënten van 1 kamer in bad of onder de douche gewassen. De anderen worden ondersteund bij het ochtendoilet aan de lavabo indien nodig. Zelfzorg wordt optimaal gestimuleerd.
- Medicatiebedeling: de medicatiebedeling vindt plaats tijdens de eetmomenten (ontbijt, lunch, avondeten) en omstreeks 20u00 of bij het slapengaan van de patiënten.
- Avondtoilet: patiënten die hulp nodig hebben bij het slapen gaan, worden om 20u00 geholpen. Hierop kunnen uitzonderingen voorkomen (patiënten die bijvoorbeeld iets langer opblijven en toch hulp nodig hebben worden op een later, vast tijdstip geholpen)
- Therapie: alle patiënten hebben een therapieprogramma. Deze therapieën vinden plaats tussen 09u00 en 16u00 en zijn afgestemd op de individuele patiënt. De kamerdeuren zijn tijdens de therapie-uren gesloten, behalve van 11u30 tot 13u30. In het weekend vinden er geen therapieën plaats en worden de kamerdeuren dus ook niet gesloten.
- Bezoekuren: de bezoeken zijn altijd van 16u00 tot 17u30 en van 18u30 tot 20u00. In het weekend is dit ook weer anders: van 10u30 tot 11u30 en van 13u30 tot 17u30 en van 18u30 tot 20u00.

3. Communicatiekanalen

3.1 Vergadering en Overlegmomenten van het team

3.1.1 Wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking opnameteam

Aan deze vergadering nemen deel: Psychiater, mentor, psycholoog, psycholoog assistente, sociaal assistente, therapeuten, administratief assistent (zorgt voor notities). De observatiegegevens en onderzoeksresultaten worden samengebracht. Op basis hiervan worden probleemhypothesen getoetst hetgeen leidt tot een diagnosestelling en een duidelijke psychiatrische evaluatie. De hulpvraag wordt (opnieuw) geformuleerd en er wordt een behandelvoorstel gedaan. Dit behandelvoorstel kan bestaan uit:

- doorverwijzing naar een gepaste behandelmodule binnen het cluster/ziekenhuis
- ontslag en terugkeer naar de oorspronkelijke setting
- ontslag en doorverwijzing naar een andere, meer aangepaste setting

In deze vergadering wordt afgesproken hoe en door wie dit meegedeeld wordt aan patiënt en familie. Dit is afhankelijk van het behandelvoorstel. Elke discipline krijgt zijn eigen taak binnen het behandelvoorstel.

3.1.2 Dagelijkse briefing

Bespreking van dagelijkse observaties en evolutie door verpleegkundigen.

3.1.3 Supervisie

Bespreking van een casus onder begeleiding van een supervisor.

3.1.4 Multidisciplinaire briefing

Bespreking van weekobservaties in multidisciplinair verband.

Naast deze vaste momenten zijn er enkele dagen nog een paar bijkomende overlegmomenten en sessies:

- Maandag:
 - 09u30: multidisciplinaire briefing
 - 11u00: ontslaggroep ondersteuningsmodule
 - Namiddag: paardrijden ondersteuningsmodule
- Dinsdag:
 - 09u15 – 10u45: patiëntenbespreking ondersteuningsmodule
 - 11u00 – 12u00: supervisie opname- en behandelmodule
 - 15u00 - 16u00: themasessie behandelmodule
- Woensdag:
 - 09u15 – 10u45: patiëntenbespreking opname- en behandelmodule
 - 15u00 – 16u00: opnamesessie opnamemodule
- Vrijdag:
 - 11u00 – 12u00: multidisciplinaire briefing
 - Namiddag: paardrijden ondersteuningsmodule

Ook kunnen er dagelijks (van maandag tot vrijdag) bijkomende onderzoeken geregeld worden voor patiënten. Soms is het noodzakelijk dat patiënten voor onderzoek naar het ziekenhuis gaan. De patiënt wordt dan altijd begeleid door iemand van het personeel. Binnen het zorgcentrum zelf kunnen ook onderzoeken plaatsvinden bij de dokter of de doktersassistent. Dit alles vindt meestal altijd in de voormiddag plaats.

4. Praktische weetjes

4.1 De werkuren

Het diensthoofd of vervangend diensthoofd zal, in samenspraak met de student, de uren bepalen die er stage gelopen worden. Hierbij wordt er zoveel mogelijk rekening gehouden dat de student zowel vroege als late posten kan draaien en samen kan werken met zijn of haar mentor.

De vroege post begint om 07u00 eindigt om 14u36, de late post begint om 14u24 en eindigt om 22u00. Studenten wordt soms toegestaan om te werken van 12u54 tot 20u30, in samenspraak met het diensthoofd.

Studenten kunnen hun maaltijden nuttigen op de zorgseenheid, op de momenten dat het personeel dit ook doet. Wanneer studenten (bijvoorbeeld omdat ze intern verblijven) een warme maaltijd willen nuttigen, kan dit in het personeelsrestaurant. Dit moet vooraf altijd even doorgegeven worden en de student kan dan tijdens de middag de zorgseenheid verlaten. Dit wel op voorwaarde dat de student een halfuur langer blijft of aan voldoende uren stage komt zonder langer te blijven.

4.2 Sleutels:

Bij aanvang van de stage zullen de studenten sleutels van de zorgseenheid overhandigd krijgen. Hier dient een waarborg voor betaald te worden, die teruggegeven wordt op het einde van de stage.

4.3 Kleding:

Tijdens de verzorgingen worden studenten verzocht een verpleegjasje aan te doen en gemakkelijke schoenen met een platte zool (liefst geen open schoenen). Piercings, ringen en juwelen dienen zoveel mogelijk vermeden te worden. Dit omwille van veiligheidsredenen voor zowel de student als de patiënt.

4.4 Beroepsgeheim:

In stageverslagen mogen nooit persoonlijke gegevens van de patiënten vermeld worden (adres, naam,..). Dit valt namelijk binnen het beroepsgeheim. Ook mogen formulieren uit de patiëntendossiers niet gekopieerd worden!

Verder mogen gegevens ook niet mondeling uitgewisseld worden tussen bijvoorbeeld studenten onderling.

4.5 Handhygiëne:

Er wordt veel belang gehecht aan een goede handhygiëne binnen het zorgcentrum. Daarom nog even hierop wijzen: na iedere verzorging (contact met patiënt) dienen de handen ontsmet te worden. Op de zorgseenheid zijn verschillende dispensers aangebracht met ontsmettingsalcohol. Als alle verzorgingen gedaan zijn worden de handen in het verpleeglokaal nogmaals grondig gewassen. Handschoenen mogen altijd gebruikt worden bij de verzorgingen. Ze moeten gebruikt worden wanneer je patiënten verzorgd waarbij je in aanraking komt met lichaamsvochten en wonden.

Wanneer zich een prikaccident voordoet, dient dit onmiddellijk gemeld te worden aan het aanwezige personeel zodat er verder stappen ondernomen kunnen worden!

5. Taakgebieden van de psychiatisch verpleegkundige

5.1 Algemeen verpleegkundige taken, interventies

- Onthaalfunctie

Bij een nieuwe opname wordt zowel de patiënt als de familie opgevangen. Er gebeurt een intake- gesprek. Men maakt kennis met de afdeling (regels) en het verplegend personeel.

- Hotelfunctie

Na het ochtendtoilet is er een bedopschik en wordt de kamer netjes achtergelaten.

- Begeleidingsfunctie

Ieder personeelslid krijgt een aantal patiënten toegewezen waarvoor hij/zij verantwoordelijk voor is (zie mentorschap).

- Regulerende functie

Er wordt voor gezorgd dat agressieve en onrustige patiënten de mogelijkheid krijgen om in afzondering tot rust te komen (time-out, separatie).

- Socio-therapeutische functie

Het personeel staat in voor nuttige vrije tijdsbesteding (daguitstap), individuele gesprekken en opvang van familie.

- Zorguitvoering

Elke patiënt wordt individueel ADL gericht bekeken, en hier wordt dan ook naar gewerkt. Medisch gezien is er een medicatiebedeling, worden er indien nodig wondverzorgingen, inspuitingen gedaan.

- Voorbeeldfunctie

Als verpleegkundige wordt er verwacht dat we een voorbeeld zijn voor de patiënten zodat zij zich hieraan kunnen spiegelen.

- Administratieve functie

Alle observaties worden genoteerd in het verpleegdossier en het dagboek.

- Gespreksbegeleiding

- Observaties en rapportage

- Functie inzake medicatie

Controle medicatie klaargezet door de nachtverpleging, medicatiebedeling en controle bij inname.

5.2 Specifiek verpleegkundige taken, interventies

- Kennisverwerking
Er wordt verondersteld dat het verplegend personeel voldoende kennis heeft over de verschillende pathologieën van de afdeling.
- Bijscholing
- Mentorschap patiënten
Ieder personeelslid krijgt een aantal patiënten toegewezen waarvoor hij/zij verantwoordelijk voor is. Zowel de sociale, psychische als fysische aspecten worden opgevolgd om een optimale behandeling te garanderen.
- Mentorschap studenten
Op elke afdeling zijn er enkele verpleegkundigen aangewezen om de studenten op te vangen, te begeleiden en te evalueren. Maandelijks komt de stuurgroep stage samen om de begeleiding van de studenten te bespreken en aan te passen.
- Communicatie in stand houden/taakverdeling
- Eigen functioneren, kritisch evalueren
Het is van belang om onszelf en onze werking in vraag te stellen. Feedback vragen aan collega's is van essentieel belang om een goede werking te garanderen.

De nadruk ligt erop dat de verzorgende de patiënt ondersteunt en begeleidt, bij het hervinden van structuur in dagelijkse zelfzorgactiviteiten.

6. Verwachtingen naar de student

De studenten hebben vanuit school feedbackformulieren die door het personeel ingevuld kunnen worden. De studenten zijn zelf verantwoordelijk voor dit formulier en dienen zelf om feedback te vragen. Ook dienen zij dit zelf neer te schrijven en achteraf kan dit dan afgetekend en besproken worden met degene die de feedback gegeven heeft.

Op de zorgeenheid lopen studenten uit verschillende scholen stage. Hierbij wordt natuurlijk rekening gehouden bij de evaluaties. Daarom is het ook belangrijk om de personeelsleden mee te delen van welke school de student komt en welke module of jaar deze volgt.

Belangrijke aandachtspunten die echter voor alle studenten gelden zijn de volgende:

Beroepsattitude:

- Kennis i.v.m pathologie, afdelingswerking, medicatie opdoen of uitbreiden
- Inzicht krijgen in verpleegkundige taken en de afdelingswerking
- Observeren en rapporteren: schriftelijk en mondeling
- Feedback vragen en kritisch zijn omtrent eigen functioneren
- Probleemoplossende vaardigheden (omgaan met stress, moeilijke situaties)
- Verantwoordelijkheid nemen (opvolgen afspraken, regels respecteren en nakomen)
- Initiatief nemen
- Flexibel zijn
- Motivatie (inzet)
- Organisatievermogen (bvb ontspannende sessie houden met patiënten)
- Respecteren beroepsgeheim!

Sociale vaardigheden:

- Empathie (respect, respecteren privacy, actief/passief luisteren,...)
- Contact met personeel (samenwerken, overleg plegen, beleefdheid, feedback gebruiken, rapportage,...)
- Contact patiënten (empathie, vriendelijkheid, luisteren, gesprekken voeren, behulpzaam zijn,...)
- Sociale vaardigheden (assertiviteit, gespreksvoering, taal, luisteren, feedback,...)

Praktische vaardigheden:

- Verpleegkundige handelingen waarbij belang wordt gehecht aan de principes van Grijpdonck bij zowel voorbereiding, uitvoering als nazorg van de verzorging/behandeling.
- Therapie meevolgen
- Opname/ontslag meevolgen
- Overlegmomenten actief meevolgen

Voor studenten die de opleiding op bachelorniveau volgen, wordt er gekeken naar de 5 verschillende rollen die behaald dienen te worden (meer van toepassing voor laatstejaarsstudenten):

Zorgverlener:

De student verzamelt systematisch relevante gegevens, plant de verpleegkundige zorg, biedt fysieke, psychosociale en spirituele zorg in overleg met de zorgvrager, evalueert en rapporteert volgens de geldende procedures.

De student verleent daarnaast primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Regisseur:

De student detecteert de behoefte met betrekking tot het inschakelen van zorgverleners en middelen en coördineert zowel het integrale zorgproces op micro- en mesoniveau als primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Ontwerper:

De student handelt in overeenstemming met de visie, doelen, regels en afspraken van het (verpleegbeleid) op afdeling- en organisatieniveau en kan hierover kritisch reflecteren. Daarnaast participeert de student aan de kwaliteitszorg op afdelingsniveau en werkt mee aan bijsturing en ontwikkeling van bestaande en nieuwe zorgprogramma's.

Coach:

De student helpt en ondersteunt andere medewerkers bij het uitvoeren van de taken en functies.

Beroepsbeoefenaar:

De student houdt bij de uitoefening van het beroep rekening met wetten en regelgeving, beroepswaarden, ethische kaders en maatschappelijke evoluties. Daarnaast bevordert de student zijn eigen deskundigheid door levenslang te leren. Dit kan bijvoorbeeld door gegeven feedback te gebruiken om zo te verbeteren in het eigen handelen en hier kritisch op terug te kunnen kijken.

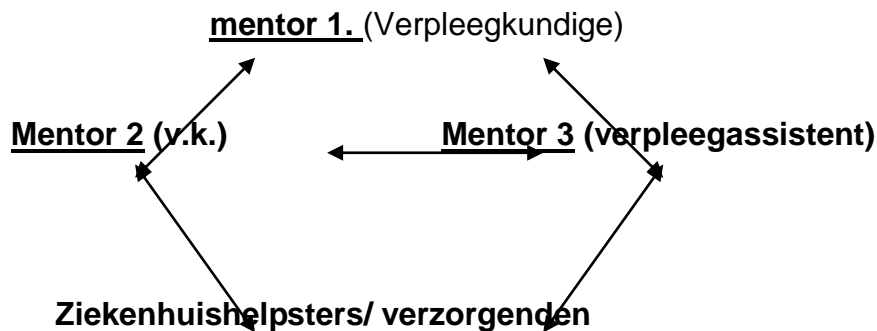
6.1 Samenwerkingen in het team

De werking op ouderenzorg verloopt multidisciplinair. Vooral op de overlegmomenten is het team multidisciplinair aanwezig. Het intradisciplinair werken zit in de planningsfase. Het kernteam (psycholoog, arts, hoofdverpleegkundige) stuurt het multidisciplinair team aan.

7. Stagementorenbegeleiding

7.1 De begeleiding van de studenten door de mentoren

De begeleiding van studenten gebeurt door:



➤ **Mentor (verpleegkundige):**

- Zorgt voor de organisatie van de studentenbegeleiding
- Zorgt voor de opvang de eerste dag van de student
 - a) Kennismaking mentor en student
 - b) Voorstelling van de student aan de teamleden
 - c) Rondleiding op de afdeling en beknopte uitleg over de afdeling en werking
 - d) Overleggesprek tussen hoofdmentor en student verpleegkunde
 - Overlopen van het stageboek en opdrachten en doelstellingen.
 - Vastleggen en overlopen van de uren van de hele stageperiode
 - Overlopen van de afspraken/doelstellingen v/d afdeling/student
 - Overlopen van de leerpunten vorige stages en leerdoelen
 - Vraagstelling door de student en bijkomende uitleg.
 - e) Doet de tussentijdse en eindevaluatie met de student en stagebegeleider
 - f) Is verantwoordelijk voor de student verpleegkunde en begeleidt student.
 - g) Verzamelt alle dagelijkse feedbackformulieren en maakt verslag over het functioneren van de student verpleegkunde (1 tussentijdse en 1 eindevaluatie). Opvolgen van de evolutie student en feedback geven.

➤ **Mentor 2 (verpleegkundige):**

- Begeleidt student verpleegkunde en geeft feedback aan de student Zowel mondeling als schriftelijk (zie formulier)
- Overleg/feedback tussen verzorgenden en andere mentoren over student.

➤ **Mentor 3 (verpleegassistent):**

Idem mentor 2

➤ **Verzorgenden/ziekenhuishulpsters:**

- Begeleiden student en geven advies aan de mentoren. Ze overleggen enkel en doen geen evaluatie. (Inspraak).

7.2 Begeleiding door de stagebegeleider

Na de introductiedag (rondleiding, gesprek, uitleg, afspraken, kennis maken,..)

- De mentor begeleidt de student hand in hand en naarmate de student vorderingen maakt krijgt hij meer autonomie.
 - Moduleren: student observeert mentor en neemt over –dus wees goed voorbeeld
 - Coachen: Mentor geeft aanwijzingen en feedback na interventies
 - Rechtstreekse hulp : directe ondersteuning bij uitvoer van taken.
 - Expliciteren: Mentor ondersteunt de student om zijn kennis en oplossingen te verwoorden (waarom doe je dat, waar let je op,...
 - Reflecteren: Overwegen/ overdenken van de uitvoer van taken
 - Exploreren: Eerst hand in hand begeleiding en bij zekerheid autonomie
 - Generaliseren: Transfer naar andere terreinen.
- Vertrouwensrelatie: Er zijn voor de student als hij of zij problemen heeft**
- De spreekbuis tussen team en student
 - Dagelijks feedback geven en invullen van feedback- en begeleidingsformulier.
 - Aanbieden van oefenkansen om ervaring op te doen
 - Rekening houden met de doelstellingen v/d student (het leerjaar en persoonlijk)
 - Steunen en begeleiden doorheen het leerproces van de student. ...

Afspraken met stagebegeleider.

- Afspreken met de stagebegeleider wanneer komt hij (hoe vaak per week en dit vastleggen in dagboek welke dag en uur. Dit gesprek wordt voorbereid door de mentor).
- Vragen wanneer de student vrije dagen heeft of hoeveel uren hij moet doen en wanneer eventueel terugkomdag is.
- Overleggen wanneer+ uur: tussentijdse evaluatie en wanneer eindevaluatie zal plaatsvinden
- Het gesprek gaat door tussen de stagebegeleider en stagementor in rustige ruimte zonder de student. Men pleegt overleg over de aanpak i.v.m. de verdere begeleiding.
- De stagebegeleider krijgt een rustige ruimte (briefinglokaal) om te spreken met de student en overlopen van zijn stageboek.

1. Doelstellingen

Zie de verwachtingen op blad theoretisch vlak en praktisch vlak. De student dient deze haalbare doelstellingen te verwezenlijken op het einde van de stageperiode.

2. Feedback

Wie? Een van de mentoren vult dit formulier in en bezorgt dit aan de hoofdmentor. Deze zal deze formulieren hanteren als hulp voor het opstellen van een evaluatie.

Ook feedback en begeleidingsformulier van de student dient ingevuld te worden

Wanneer? Dagelijks in een vrij moment feedback geven student

Wat? Feedbackformulier en begeleidingsformulier. (+/- 30 minuten)

3. Evaluaties

Wie? Student- stagebegeleider en stagementor

Wanneer? Tussentijdse evaluatie na 2 weken en eindevaluatie na 4 weken.

Wat? De hoofdmentor en stagebegeleid(st)er en student bespreken de evaluatie

Hoe? De student en de mentor bereiden de evaluatie voor en bespreken dit samen met de stagebegeleid(st)er.

4. Besluit.

Stage is om te leren. Een student mag fouten maken.

Opbouwende kritiek geven (eerst negatief dan positief) + schouderklopjes geven

De student hand in hand begeleiden doorheen het leerproces/bieden van kansen

Op regelmatige tijdstippen feedback geven aan de student

Als je evalueert nooit persoonlijk -objectief zijn en op functioneren (gedrag).

Vertrouwensrelatie opbouwen met de student (professionele relatie/ afstand)

Wees kritisch naar jezelf en de organisatie van de begeleiding en student

We wensen jullie een leerrijke en succesvolle stage!!!

Het team van Ouderenzorg B

