



Infobrochure voor studenten Ouderenzorg A

Voorwoord

Welkom op de afdeling Ouderenzorg A. (Ouderenzorg A bestaat uit 2 onderverdelingen: aan de ene kant is er de opname- en activatiemodule van ouderen met cognitieve stoornissen, aan de andere kant is er de ondersteuning- en stabilisatiemodule van ouderen met gedragsproblemen (zoals roepgedrag, agressie, ...). Wij willen je graag als student opnemen op onze afdeling. Wij willen ons inzetten zodat je een aangename stageperiode tegemoet gaat.

Met deze brochure willen we je wegwijs maken op onze afdeling. Het is een beknopte handleiding die je steeds kan raadplegen. Een brochure kan niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de artsen, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen en zorgkundigen je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

Je hoeft niet te leren van vallen en opstaan. Vraag liefst op voorhand uitleg, zo kunnen misverstanden en fouten voorkomen worden. Wij gunnen je de nodige tijd om je aan te passen.

Probeer tijdens je stage op de afdeling je kennis zoveel mogelijk te verrijken. Stel jezelf bij iedere handeling de vraag "waarom?" en als je het antwoord zelf niet vindt, vraag het dan aan de verpleegkundigen. Zij zullen samen met jou het antwoord zoeken.

Verder wensen we jou een leerrijke, maar vooral aangename en vlotte stage op onze afdeling. Je bent welkom,

Het team van Ouderenzorg A



Inhoudstafel

1. Voorstelling van de afdeling

- 1.1. Architectuur
- 1.2. Missie Ouderenzorg
 - 1.2.1. Structuur ouderenzorg
 - 1.2.1.1. Ouderenzorg B: Opname - en Behandelmodule van ouderen met functionele stoornissen
 - 1.2.1.2. Ouderenzorg A:
 - Opname- en activatiemodule van ouderen met cognitieve stoornissen
 - Ondersteuning- en stabilisatiemodule van ouderen met gedragsproblemen
 - 1.2.2. Vergaderingen en overlegmomenten
- 1.3. Patiëntenpopulatie
 - 1.3.1. Onze doelstelling voor deze populatie
 - 1.3.2. Het therapeutisch klimaat
 - 1.3.3. Therapeutische activiteiten
 - 1.3.4. Palliatieve zorgen
 - 1.3.4.1. Populatie
 - 1.3.4.2. Doelstelling
 - 1.3.4.3. Therapeutische activiteiten
- 1.4. Multidisciplinair team
 - 1.4.1. Psychiater
 - 1.4.2. Somatische Geneesheer
 - 1.4.3. Psychologische dienst
 - 1.4.4. Verpleging
 - 1.4.4.1. Mentor en Co-mentor
 - 1.4.5. Sociale dienst
 - 1.4.6. Diaken en Interculturele bemiddeling
 - 1.4.7. Psychomotorische Therapie
 - 1.4.8. Kinesist
 - 1.4.9. Ergotherapie
 - 1.4.10. Relaxatie en snoezelen

2. Taakinhoud en taakverdeling

- 2.1. Organisatie van de verpleegzorg
- 2.2. Dagindeling
- 2.3. Specifieke verpleegkundige interventies

3. Specifieke aandachtspunten

- 3.1. Algemeen
- 3.2. Begeleiding van
- 3.3. Observatie
- 3.4. Rapportage
- 3.5. Administratief

4. Verwachtingen

- 4.1. Algemeen
- 4.2. Verwachtingen naar een eerstejaarsstudent
- 4.3. Verwachtingen naar een tweedejaarsstudent
- 4.4. Verwachtingen naar een derdejaarsstudent
- 4.5. Wordenlijst met op te zoeken woorden voor je op stage komt

1. Voorstelling van de Afdeling

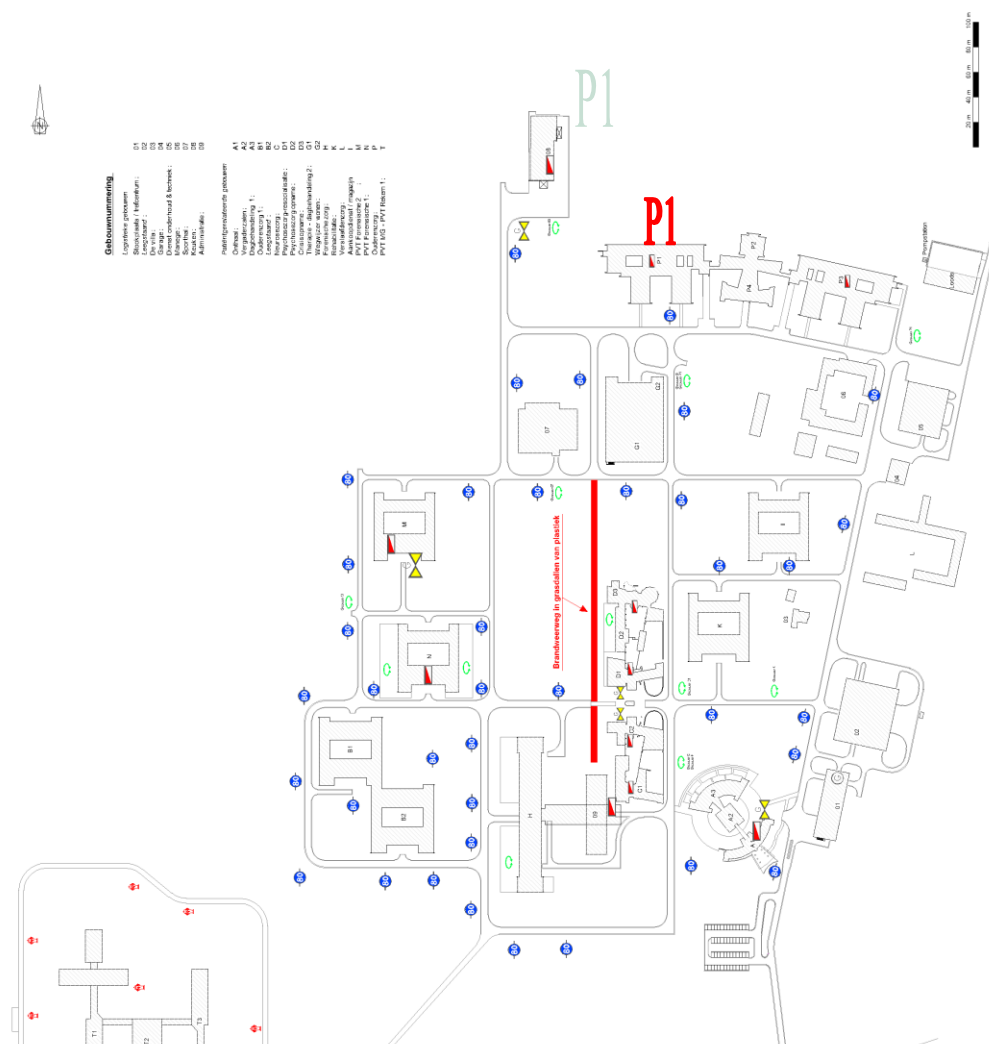
1.1. Architectuur

De afdeling ouderenzorg A bevindt zich helemaal achter op het domein in gebouw nr P1.

De afdeling telt 40 bedden, en grenst aan ouderenzorg B.
Binnen de afdeling zijn de patiëntenkamers als volgt verdeeld:

- 32 éénpersoonskamers
- 4 kamers met 2 bedden.

Om de afdeling terug te vinden binnen de Campus volgt men best het bijgesloten grondplan.



1.2. Missie Ouderenzorg

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 uit de regio in de 3^e en 4^e levensfase (+65jaar) met functionele psychiatrische stoornissen of organische stoornissen. Tot de doelgroep behoren ook chronische psychiatrische patiënten indien de specifieke aanpak van ouderenzorg een meerwaarde betekent. Daarbuiten richten we ons ook op mensen met een organische stoornis jonger dan 65jaar. Mensen met een alcoholgerelateerde dysfunctie of NAH (Niet Aangeboren Hersenletsels) met een traumatische oorzaak (vb. Val, verkeersongeluk,) komen niet in aanmerking.

1.2.1. Structuur ouderenzorg

1.2.1.1 Ouderenzorg B:

Opname - en Behandelmodule van ouderen met functionele stoornissen

De zorgeenheid voor opname en behandeling van functionele stoornissen, zoals stemmingstoornissen, schizofrenie, paranoïde stoornissen, psychogene stoornissen en neurosen.

Bovendien is de zorgeenheid voor opname en behandeling van functionele stoornissen die mogelijk samengaan met beginnend cognitief disfunctioneren.

1.2.1.2 Ouderenzorg A:

- Opname- en activatiemodule van ouderen met cognitieve stoornissen

Voor opname en behandeling van matige tot ernstige dementerenden met moeilijk hanteerbaar gedrag en/of chronische ziektebeelden. Via rehabilitatie wordt gezorgd dat restcapaciteiten behouden of verbeterd worden in een omgeving die de oudere als huiselijk ervaart.

- Ondersteuning- en stabilisatiemodule van ouderen met gedragsproblemen

Ouderen uit de behandelmodule 'matig en gevorderd cognitief deficit', die gestabiliseerd zijn, maar ook ouderen met moeilijk hanteerbaar gedrag. Patiënten die wachten op een plaats in een andere residentiële setting.

1.2.2 vergaderingen en overlegmomenten van het team

Drie maal per dag vindt er een **briefing** plaats tussen de wisselende diensten (7.00 uur, 14.30 uur, 22.00 uur). Hier wordt er beknopt informatie gegeven over nieuwe patiënten, over gebeurtenissen tijdens de voorbije dienst, over het verloop van de therapieën.

Éénmaal per week is er **een patiëntenbespreking** voorzien. De mentor maakt samen met de co-mentor een evaluatie verslag op, dit wordt dan besproken en daarna brengen de andere disciplines hun bevindingen in.

Tijdens een **teamvergadering** zijn zo veel mogelijk leden van het verpleegkundig team aanwezig. Hier worden vooral praktische afspraken overlopen en nieuwe procedures uitgelegd.

1.3. Patiëntenpopulatie

Ouderen met een psycho-organische problematiek met gedragsstoornissen die door de omgeving niet (meer) hanteerbaar zijn. Deze omgeving kan zijn: de mantelzorger, de thuiszorgdiensten, het rusthuis.

- matig dementerenden met verwardheid, angst, ontkenning, onzekerheid, achterdocht, desoriëntatie in plaats, tijd en ruimte. De gedragsstoornissen in dit niveau zijn nerveus zijn, gespannen zijn, prikkelbaarheid, verwondingsgevaar door desoriëntatie of geheugenstoornissen, soms agressief zijn en soms treurig.
- Matig tot ernstig dementerenden die zich verdwaald voelen, niet meer weten waar en wie, zich steeds presenteren vanuit het verleden, hevige emoties hebben, behoefte hebben aan houvast, contact met het eigen lichaam kwijtraken en moeite hebben met zelfzorg. De gedragsstoornissen die bij deze groep kunnen optreden zijn: loopgedrag, dolen, verzamelzucht, angst hebben dat via paniek kan leiden tot agressie.
- Ernstig dementerenden die verzonken zijn in de eigen wereld, waar de controle over het eigen lichaam verloren is en er geen besef meer is van de eigen identiteit en de foetushouding wordt aangenomen. Het gaat dus om zeer zwaar dementerenden met gedragsstoornissen zoals roepgedrag, hevige motorische onrust,

Ouderen met een chronische psychiatrische stoornis

- Schizofrenie
- Borderline
-

1.3.1. Onze doelstelling voor deze populatie

- Stabilisatie van de gedragsstoornissen
- Rehabilitatie en doorverwijzing naar geschikte omgeving
- Onderhouden van psychische en motorische mogelijkheden
- Nastreven van het algemeen welbevinden
- Onderhouden van contacten met de familie

1.3.2. Het Therapeutisch klimaat

Op deze afdeling wordt belevingsgerichte benadering of validation therapie toegepast door alle teamleden. Validation is ontwikkeld door Naomi Feil. Haar uitgangspunt was dat men zo veel mogelijk op dezelfde golflengte probeert te komen met de persoon met dementie door vanuit hun ervaring, beleving en perspectief te vertrekken. In plaats van hen te confronteren met fouten tracht men de dementerende te begrijpen door op zoek te gaan naar de betekenis achter diens gedrag. Men accepteert dus de dementerende zoals hij is en verplaatst zich in de ander zijn belevingswereld.

Validation wil zeggen: iemand in zijn/haar waarde laten, zijn waarde als mens bevestigen.

Bij demente patiënten met gedragsstoornissen staat het gevoel van angst en desoriëntatie centraal. Dit wordt opgevangen door principes van goed-genoeg-moederen (Winnicott) en containment (Bion).

Goed-genoeg-moederen: hiermee bedoelen we troosten, de patiënt laten ervaren dat men met hem begaan is.

Containment: wil zeggen dat men als hulpverlener de angst opvangt en deze op een verwerkbare manier terug geeft aan de patiënt.

Binnen de belevingsgerichte benadering wordt een gestructureerd en veilig klimaat aangeboden. De patiënt wordt niet meer betrokken op de realiteit van het hier en nu, maar het personeel gaat mee in de belevingswereld van hetgeen de patiënt op dat moment ervaart.

In verband met de ADL-activiteiten is er sprake van begeleiding in plaats van stimulatie. De verpleegkundige zal de patiënt ondersteunen in de mogelijkheden die hij nog heeft en geleidelijk zullen bepaalde taken overgenomen worden. Naarmate het dementeringsproces vordert neemt de verzorging een grotere plaats in. De principes van comfortzorg en PDL staan hier centraal, dit wil zeggen dat er gestreefd wordt naar een zo aangenaam verblijf op de afdeling naar ieder individuele behoeften.

1.3.3. Therapeutische Activiteiten

Binnen deze afdeling bestaat het programma voornamelijk uit groepsessies gericht op het 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
 - Huifkar
 - Daguitstapjes
- Individueel
 - Relaxatie
 - Huifbed
 - Kiné

1.3.4. Palliatieve zorgen

1.3.4.1. Populatie

Dit zijn patiënten waar medisch geen genezing meer wordt verwacht wat betreft de algemene fysieke toestand en waarbij ze op een rustige serene manier het leven kunnen voleindigen.

1.3.4.2. Doelstellingen

De hoogst mogelijke kwaliteit aan de stervende bieden zowel aan de patiënt als aan zijn familie

De ruimte scheppen om nog te leven en anderzijds die ruimte zinvol en actief invullen met de familie

Voldoen aan de persoonlijke behoeften en wensen. Omdat zij zelf die niet altijd kenbaar kunnen maken door hun ziektebeeld wordt dit overgenomen door partner, familieleden of vrienden.

1.3.4.3. Therapeutische activiteiten

De patiënt beschouwen als een levende persoon met een – zij korte - toekomst in plaats van een stervende die wacht op de dood.

Creëren van ruimte: scheppen van zekerheid, adequate symptoomcontrole en pijncontrole

1.4. Multidisciplinair team

1.4.1. Psychiater

- Psychiatrisch consult voor patiënt en/of familie
- Opvolgen medicatie

1.4.2. Somatische Geneesheer

- Somatisch consult
- Opvolgen somatische toestand en medicatie

1.4.3. Psychologische dienst

Psycho-educatie voor familie: de familie zal uitgenodigd worden deel te nemen aan momenten waarop individueel of in groep informatie gegeven wordt over dementie op verschillende manieren (medisch, psychologisch, sociaal, ...) en de wijze van omgaan hiermee. Dit is ook een plaats voor de familie om te komen met hun eigen beleving rond de ziekte van hun familielid en de stress die hiermee gepaard gaat (zorgstress, relatiestress en netwerkstress)

1.4.4. Verpleging

ADL-begeleiding: bij matig dementerende is er eerder sprake van ADL-begeleiding in plaats van ADL-simulatie. Vermits er geen mogelijkheden meer zijn om te leren zal men de patiënt begeleiden in de mogelijkheden die hij nog heeft. Geleidelijk aan zal de verpleegkundige bepaalde taken gaan overnemen.

Ernstige demente patiënten leven volledig geïsoleerd, in hun eigen leefwereld. Het kost de hulpverlener in deze fase veel moeite om contact te krijgen met de patiënt. Hij begrijpt niets meer van deze wereld, kan niet meer denken en kan zich dusdanig op niets voorbereiden. Hij schrikt van zintuiglijke prikkels zoals harde geluiden, te fel licht en onzachte aanrakingen. Daarom komen principes van PDL (passiviteit van het dagelijks leven) aan bod. Het doel van PDL is om de patiënt zoveel mogelijk comfort te bieden en de nadelen van het passief worden te vertragen en/of tegen te houden. Dit gebeurt voor alle aspecten van het dagelijks leven:

- Liggen: Er wordt aandacht besteed aan het voorkomen van doorligwonden, door o.a het gebruik van wisselhouding, waterkussens en altemneringsmatrassen.
- Zitten: Overdag wordt gezorgd voor een comfortabele houding door aangepaste relax-zetels, multifunctionele rolstoelen, kussens ter ondersteuning, ... maar ook de mogelijkheid tot dwalen dient er te zijn.
- Gewassen worden: Bij het ochtendtoilet wordt tijd gemaakt voor de patiënt. Er wordt een sfeer van rust gecreëerd om de angst tot een minimum te reduceren. Dit kan door een rustige omgang, liefdevolle zachte aanrakingen, geborgenheid, ...
- Verschoond worden
- Gekleed worden: Een aangepaste kleding is ook belangrijk: Vb. Geen knopen aan de achterzijde, geen voering in de kleding, goed meegaande stof,
- Gevoed worden: Er wordt eveneens gezorgd voor een aangepaste voeding, mits veel patiënten in deze fase last hebben van slikproblemen. Veel patiënten krijgen half-vaste of vloeibare voeding met een lekkere zoete smaak. Tussendoor wordt nutri-drink of cubitan gegeven, om een optimale gezondheid te behouden en preventief om decubitus te voorkomen.

1.4.4.1 Mentor en co-mentor

In het kader van patiënttoewijzing heeft iedere patiënt een mentor (verpleegkundige) en co-mentor (meestal zorgkundige). De mentor is de procesbegeleider van de patiënt in verband met de verpleegtherapeutische processen. Hij of zij is een aanspreekfiguur voor zijn volgpatiënt en/of familie gedurende de opname op de afdeling.

1.4.5. Sociale dienst

- Opvolging sociaal administratief dossier
- Coördinatie ontslag: vb. Sit plannen, contacten met rusthuizen
- Informatie en advies rond toekomstmogelijkheden aan patiënt en/of familie

1.4.6. Diaken en Interculturele bemiddeling

Intern kunnen we ten alle tijden beroep doen op de Diaken, deze biedt morele, godsdienstige en filosofische bijstand.

Voor mensen met een andere geloofsovertuiging werken we samen met de interculturele bemiddeling van het Ziekenhuis Oost Limburg.

1.4.7. Psychomotorische Therapie

De psychomotorische activiteiten worden aangepast aan de cognitieve en motorische mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.

- PMT (psychomotorische therapie)

Tweemaal per week wordt een groepssessie gymnastiek gegeven. De activiteiten bestaan uit opwarmingsoefeningen, coördinatieoefeningen en opdrachten met verschillende materialen. De mogelijkheid bestaat om mensen individueel psychomotorisch te begeleiden indien hiernaar vraag is.

- 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.

- Manege-project

Patiënten die interesse hebben voor het paardrijden kunnen deelnemen aan groepssessies in de 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.

Hieronder behoort ook het huifbed en de huifkar.

1.4.8. Kinesist

Dit gebeurt op doktersvoorschrift. Het belangrijkste doel is om de mobiliteit van de patiënt te onderhouden, de ademhaling te vergemakkelijken door tapotage en doorligwonden te voorkomen.

Gangrevalidatie: individuele gangrevalidatie wordt gegeven om de nog bestaande motorische mogelijkheden te onderhouden, contracturen tegen te gaan en doorligwonden te voorkomen.

1.4.9. Ergotherapie

Volgende activiteiten worden gedaan in een vereenvoudigde vorm: handwerk, koken, knutselen, gezelschapsspelen, Deze groepssessie bestaat uit een 3 tot 4 tal patiënten die nog beschikken over beperkte handvaardigheden zodat ze in staat zijn eenvoudige activiteiten te doen.

1.4.10. Relaxatie en snoezelen

- Relaxatie: dit wordt gegeven om de patiënt tot rust en ontspanning te laten komen. De patiënt wordt naar een rustige kamer gebracht. Er wordt gezorgd voor een aangename zit – of lighouding d.m.v een positioneringkussen. Er wordt aandacht geschonken aan de patiënt zodat deze tot rust komt en de angst – en spanningsgevoelens verminderen.
- Badrelaxatie
- Snoezelactiviteiten: Tijdens de relaxatie kan er aandacht geschonken worden aan de zintuigelijke waarneming: zoals horen (zachte achtergrondmuziek), voelen (handmassage), geur (aromatherapie).
- Recreatieve activiteiten: Op regelmatige basis worden volgende activiteiten aangeboden: bezoek aan het trefcentrum, rolstoelschaatsen, daguitstappen (vb. dierentuin, ...), wandelen.

2. Taakhoud en taakverdeling.

2.1 Organisatie van de verpleegzorg

- Morgenpost: 7u00 – 14u36
 - Part time: 7u00 – 10u48
- Middagpost: 14u24 – 22u00 of 12u54 - 20u30
 - Part time: 16u42 – 20u30
- Nachtpost: 21u54 - 7u06

Sommige verpleegkundigen en verzorgenden werken part-time.

De dienstregeling van de studenten is ter inzage van de hoofdverpleegkundige en/of mentor.

Men werkt op deze dienst niet met patiënttoewijzing.

Iedere kamer wordt om de beurt afgewerkt.

Ook gaat elke patiënt minstens 1x/week in bad.

Buiten de totaalzorg van de patiënten, is de verpleegkundige afwisselend ook verantwoordelijk voor andere taken.

Deze taken zijn:

- Opruimen van linnenkamer, badkamer, wc-ruimte, berging, medicatiekar,...
- Controle medicatie
- Orde verpleeglokaal
- Medicatie bijhalen bij de apotheek en uitpakken
- Bodetaken: labo, RX, ECG, onthaal,...
- Voorbereiden van patiëntenbespreking, gesprekken familie, ...

2.2 Dagindeling

7.00 tot 7.15 uur	korte briefing door de nachtverpleegkundige
7.15 tot 11.00 uur	totaalzorg van de patiënten bedbad, baden, mondtoilet, lavementen toedienen wondzorg anti-decubitusmaatregelen parameter controle, orde van de kamer nazicht ochtend medicatie en uitdelen glycemie controle opruimen van het linnen verzorgingskar aanvullen
11.00 tot 11.15 uur	pauze personeel + korte briefing
11.30 tot 12.30 uur	middagmaal opdienen + nazicht medicatie en toedienen
12.30 tot 13.00 uur	middagverzorging
13.00 tot 14.00 uur	eventuele administratie dossiers vervolledigen
14.30 uur	briefing
15.00 uur	koffie geven aan de patiënten
16.00 tot 17.00 uur	administratieve taken glycemie controle controle parameters indien nodig
17.00 tot 17.15 uur	pauze personeel
17.30 tot 18u30 uur	avondeten opdienen nazicht avondmedicatie en toedienen
18.30 tot 20.00 uur	avondverzorging patiënten naar kamer brengen / in bed leggen
20.00 tot 21.00 uur	nazicht nachtmedicatie en toedienen Controle van de patiënten in bed opruimen verzorgingskar dagzaal toiletruimte verpleeglokaal ...
21.00 tot 21.40 uur	administratie
21.50 uur	briefing aan de nachtverpleegkundige
21u54 tot 07.00 uur	nachtverpleegkundige

Opgelet!

Deze dagindeling is een richtgegeven.

Elke mutatie of onvoorziene gebeurtenis dient men binnen deze uurregeling te plannen door aanpassing van de werkplanning.

2.3 Specifieke verpleegkundige interventies

Ademhalingstelsel

- aspireren
- toedienen aërosol
- toedienen zuurstof

Bloedsomloopstelsel

- BD, polscontrole, bloedname
- toediening van en toezicht op subcutane perfusies
- observatie extremiteiten

Spijsverteringsstelsel

- vocht- en voedseltoediening
- aandacht geven aan een verzorgde maaltijd, controle gewone voeding, dieetvoeding

Urogenitaal stelsel

- urinestaal afnemen
- éénmalige sondage bij vrouw/man
- voorbereiden, plaatsen, toezicht en verwijderen van verblijfsonde bij vrouw/man
- verpleegkundige zorgen aan verblijfsonde

Huid en zintuigen

- huidinspectie bij bedlegerige patiënten: decubituspreventie
- wondverzorgingen uitvoeren

Metabolisme

- glycemie controle met glucometer
- insuline therapie bij diabetici

Medicamenteuze toediening

- voorbereiden + toedienen van medicatie via orale , IV, IM, SC weg

Mobiliteit

- aandacht voor positioneren van de patiënt in zetel, bed, gebruik van kussens, steunen van schouders
- wisselhouding van patiënten
- activeren en mobiliseren van passieve patiënten

Hygiëne

- volledig bedbad toedienen
- hulp bij toilet aan lavabo
- aanmoedigen tot zelfzorg
- aandacht voor detailzorg: ogen, oren, neus reinigen, mondhygiëne, kunstgebit aandoen, navel, nagels verzorgen, voetbad geven
- aandacht voor kruisinfecties, MRSA,

Fysische beveiliging

- hoog – laagbedden in veilige stand zetten
- gebruik maken van bedsponden
- eventueel gebruik maken van onrustgordels en/of fixatieriemen in bed of zetel

3. Specifieke aandachtspunten

3.1 Algemeen

De "zieke" wordt centraal geplaatst: hij/zij krijgt de voornaamste aandacht bij alle activiteiten die op de afdeling gebeuren.

Dit uit zich in:

Zichzelf met voornaam voorstellen aan de patiënt.

De totale mens benaderen,

luisteren naar wat de patiënt met of zonder woorden wil zeggen,

Attent en met eerbied de zieke benaderen,

Behulpzaam zijn en toch de zelfstandigheid bevorderen,

Met aandacht en tact de zieke in alle werk observeren,

zijn houding in bed, zetel, kussen, e.d. verzorgen,

Helpen verwerken van vreugde en verdriet, zijn/haar vragen zijn ook de vragen van de verpleegkundige.

In al deze grondhoudingen drukt zich de keuze en de roeping uit:
"dienstbaarheid voor mensen"

Na de verzorging van de patiënten: controleer of

- de bedden zijn opgemaakt en alle kamers in orde zijn;
- de linnenkar is opgeruimd;

3.2 Begeleiding van

De maaltijd:

- Is patiënt goed gepositioneerd?
- Kan patiënt alleen eten of is er hulp nodig?
- Is het vlees gemalen, boterhammen gesmeerd?
- Staat alles binnen handbereik?
- Is patiënt voorzien van een slabber?

Sociaal:

Patiënten die weinig of geen bezoek krijgen wat extra aandacht geven door

Bijv: - op een rustig moment wat sociaal contact leggen door wandeling te maken met patiënt of een babbeltje te gaan doen.

3.3 Observatie

Wat je geobserveerd hebt, vertellen aan de verpleegkundige met wie je samenwerkt en noteren in het verslag van het patiëntendossier.

3.4 Rapportage

Rapporteer afwijkende waarden, of gedrag, dadelijk aan de verpleegkundige. En daarna (eventueel samen) in het patiëntendossier

3.5 Administratief

Invullen van patiëntendossier gebeurt in samenspraak met een verpleegkundige.

4. Verwachtingen

Eigen leerproces in handen nemen, feedback vragen.

4.1 Algemeen

Feedbackfiche

Dagelijks aanbieden aan de toegewezen verpleegkundige
Doelstellingen en vorige feedback bijvoegen
Aanbieden in de vroegdienst, en in de late dienst
Vraag tijdens de shift om mondelinge feedback
Aanmerkingen direct melden aan de verpleegkundige
(over feedback is er dialoog mogelijk)

Werken met de stagebegeleiding

De dag ervoor in overleg met de hoofdverpleegkundige of coördinator een patiënt kiezen
Overdracht bijwonen
Na de overdracht aan de voorbereiding beginnen
Na de verzorging mondeling rapporteren aan de verantwoordelijke verpleegkundige en
elektronisch rapporteren in het verpleegdossier

Attitudes

Stiptheid
Inzet en interesse
Integratie in het team
Voorkomen
Taalgebruik
Beroepsgeheim

Wij verwachten dat je voordat je op stage komt

De studentenbrochure doorgelezen hebt.
Doelstellingen aangepast aan deze dienst opgesteld hebt.
De ongekende termen en begrippen opgezocht hebt. (zie 4.5 Woordenlijst met op te zoeken
woorden voor je op stage komt)

4.2 Verwachtingen naar een eerstejaarsstudent

- eerstejaarstechnieken zoals bedbad en inspuitingen moeten gekend zijn
- goede omgang met de patiënten en het verpleegkundig team
- vragen stellen bij nieuwe of ongekende situaties, leergierig zijn
- rapporteren en observeren
- agressie kunnen plaatsen
- verzorgingskar en kasten aanvullen
- transport van patiënt voor onderzoek
- hulp bij verdeling van maaltijden, patiënten helpen indien nodig medicatie

4.3 Verwachtingen naar een tweedejaarsstudent

- zowel eerste als tweedejaarstechnieken zijn gekend
- goede omgang met patiënten en verpleegkundig team
- algemene werking moet steeds vlotter verlopen dan in het eerste jaar
- rapporteren en observeren
- idem 1^{ste} jaar
- controle vochtbalans en parameters

4.4 Verwachtingen naar een derdejaarsstudent

- alle geleerde technieken zijn gekend
- goede omgang met patiënten en verpleegkundig team
- vlotte werking, initiatiefname
- zelfstandigheid opbouwen
- rapporteren, eigen inbreng
- verantwoordelijkheid: zorgplanning, ontslagvoorbereiding, medicatie uitdelen,
- multidisciplinaire samenwerking

4.5 Woordenlijst met op te zoeken woorden voor je op stage komt

Afasie
Agnosie
Apraxie
Apathie
Confabuleren
Decorum verlies
Dementie
Hallucinaties
Persevereren
Wanen