

OPZC Rekem

Studentenbrochure

Cluster ouderenzorg: Leefgroep 1 en 2

Leefgroep 1 en 2
Schooljaar 2018-2019

Voorwoord

Nu je stage is begonnen beschouwen wij jou als een lid van ons multidisciplinair team, met je eigen deskundigheden en doelstellingen. Als organisatie trachten wij steeds beter te worden door aandacht te besteden aan de patiënten en aan de medewerkers. Daarom zullen wij ons best doen opdat jij je zo snel mogelijk thuis voelt binnen ons team en het beste kan maken van je stage.

Deze brochure is opgesteld om je al een eerste zicht te geven in de werking van deze zorgeenheid. Je vindt er meer informatie over ons team, de patiënten, de dagdagelijkse activiteiten maar ook wat wij van jou verwachten tijdens je stage. Zo kan je jezelf al oriënteren binnen onze organisatie.

De brochure zal niet al je vragen kunnen beantwoorden, daarom staan je collega's voor je klaar om jouw stage zo leerrijk mogelijk te maken. Aarzel dus zeker niet om vragen te stellen aan de verpleegkundigen. Zo ontstaat er een dialoog waar niet enkel jij van ons kan leren, maar ook wij van jou, enkel zo blijven wij evolueren als een 'leerrijke organisatie'

Wij hopen dat je eerste kennismaking met ons zorgcentrum een ervaring wordt die je zal bijblijven, zodat we je later terug kunnen verwelkomen als volwaardige collega.

Wij wensen je veel leerplezier en veel succes.

Kris Vaneerdewegh

Hoofd Nursing

Inleiding

Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem is een pluralistische en vraaggestuurde organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg in de regio Oost-Limburg, die professionele interdisciplinaire antwoorden biedt op individuele zorgbehoeften, een belangrijke bijdrage levert aan de Vlaamse forensische zorg en een toonaangevende partner wil zijn in het ontwikkelen van zorgvernieuwing.

OPZC Rekem, dat 470 bedden en plaatsen telt, behandelt en verzorgt jaarlijks een groot aantal personen. Om deze opvang te kunnen realiseren kan het zorgcentrum rekenen op de inzet van 650 personeelsleden actief op drie campussen: Rekem, Lanaken en Antwerpen.

Een beknopte geschiedenis

De instelling ontstond in 1921 in het kasteel van het Graafschap Rekem. Door de jaren heen evolueerde OPZC Rekem naar een moderne psychiatrische zorginstelling op een groene campus. Dankzij de infrastructuur en de samenwerkingsverbanden binnen een uitgebreid netwerk, kan OPZC Rekem kwalitatieve en gevarieerde antwoorden bieden op zorgvragen van patiënten en bewoners, voornamelijk uit de regio.

Onze organisatie

Het zorgcentrum bestaat uit een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis.

In het **psychiatrisch ziekenhuis** krijgt elke opgenomen persoon een zorgprogramma op maat afgestemd op de zorgvragen. Hoofddoelstelling is het behandelen van de problemen na diagnosestelling in een zo kort mogelijke tijdspanne, waarbij de rollen in de maatschappij maximaal worden behouden. Er zijn verschillende zorgeenheden, elk gericht op een specifieke doelgroep. De zorgeenheden met identieke hoofddoelgroepen behoren samen tot een cluster. Binnen de reguliere psychiatrie kunnen patiënten terecht in de clusters Acute zorg, Langdurige zorg en Ouderenzorg. Daarnaast is OPZC Rekem ook gespecialiseerd in Forensische zorg en beschikt het over een kenniscentrum dat wetenschappelijk onderzoek voert op vlak van forensische psychiatrie (KeFor). Het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen op de campus in Rekem.

Het **psychiatrisch verzorgingstehuis**, biedt voor chronisch gestabiliseerde psychiatrische bewoners, al dan niet met een forensische statuut en personen met een mentale beperking een permanente 24/24uurs ondersteuning en begeleiding aan, afgestemd op de specifieke noden van de diverse doelgroepen. Het psychiatrisch verzorgingstehuis situeert zich op drie campussen: in Rekem, Lanaken en Antwerpen.

Kernwaarden

- Zorgzaamheid
 - Patiënt- en bewonersgericht
 - Zorgzaam voor elkaar
- Verbondenheid
 - Solidariteit
 - Samenwerking
- Integriteit
 - Volgens sociale, ethische en wettelijke normen
 - Verantwoordelijkheidszin
- Innovatie
 - Ontwikkelingsgericht
 - Voortdurend verbeteren

OUDERENZORG Leefgroep 1 en 2

Welkom bij leefgroepen 1 en 2.

Wij willen je graag als student verwelkomen in onze leefgroepen en ons inzetten zodat je een aangename stageperiode tegemoet gaat.

Met deze brochure willen we je wegwijs maken in onze zorgenheid. Het is een beknopte handleiding die je steeds kan raadplegen.

Een brochure kan echter niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de verpleegkundig leidinggevende, verpleegkundigen, zorgkundigen en therapeuten je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

Je hoeft niet te leren van vallen en opstaan. Vraag zoveel mogelijk uitleg en informatie. Het team staat steeds klaar om je te helpen en je te ondersteunen.

Probeer tijdens je stage in de zorgenheid 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 het team. Zij zullen samen met jou het antwoord zoeken.

Verder wensen we jou een leerrijke, maar vooral een aangename en vlotte stage in onze zorgenheid.

Je bent welkom.

Het team van Leefgroepen 1 en 2

Inhoud

Voorwoord	1
Inleiding.....	2
Een beknopte geschiedenis	2
Onze organisatie	2
Kernwaarden.....	3
1. Ouderenzorg binnen OPZC Rekem.....	6
1.1 Structuur van Ouderenzorg	6
Leefgroep 1 en 2: Ouderen met dementie en gedragsproblemen.....	6
Leefgroep 3: Ouderen met een alcoholafhankelijkheid en/of het syndroom van Korsakov.....	6
Leefgroep 4: Ouderen met een psychiatrische hulpvraag	6
2. Voorstelling van de zorgeenheid.....	7
2.1. Leefgroepen	7
Leefgroep 1: Observatie en behandeling	7
Leefgroep 2: Behandeling en ontslag	7
2.2. Architectuur	8
3. Patiëntenpopulatie.....	10
3.1. De doelstelling voor de populatie.....	10
3.2. Het therapeutisch klimaat	10
3.3. Therapeutische activiteiten	11
3.4 Palliatieve zorgen.....	13
4. Overlegstructuren	14
4.1. Vergaderingen en overlegmomenten van het team	14
5. Ons multidisciplinair team	15
5.1. De verpleegkundig leidinggevende.....	15
5.2. Het verpleeg- en zorgkundig team	15
Functies van de verpleeg- en zorgkundige equipe	15
5.3. De behandelend psychiater	16
5.4. De huisartsen	16
5.5. De ergotherapeuten	16
5.6. De Psychomotorisch therapeut	16
5.7. De Psycholoog.....	17
5.8. De Sociale dienst.....	17
5.8. De kinesist.....	17
5.9. De logistiek assistent	17
5.10. De programmacoördinator	17
5.11. De verpleegkundig specialist	17
6. Organisatie van de verpleegzorg.....	18
6.1. Dagindeling	18
6.2. Specifieke verpleegkundige interventies	18
7. Verwachtingen naar studenten.....	20
7.1. Wat wordt nu van mij als student verwacht.....	20
7.2. Feedbackfiche	20
7.3. Beroepsattitude	20
7.4. Sociale vaardigheden	21
7.5. Praktische vaardigheden.....	21
7.6. De 5 rollen die je als student op je moet nemen	21
7.7. Samenwerking in het team.....	22
7.8. Stagementorbegeleiding.....	22
7.8.1. Begeleiding van de studenten door de mentoren	22
7.8.2. Relatie mentor - stagebegeleider	22
7.9. Specifieke verwachtingen	23
7.10. Specifieke afspraken voor studenten op leefgroep 1 en 2	24
7.11. Woordenlijst met op te zoeken woorden voor je op stage komt.....	25
7.12. Taken die je als student kan opnemen	25

1. Ouderenzorg binnen OPZC Rekem

1.1 Structuur van Ouderenzorg

Het cluster ouderenzorg richt zich op ouderen (3de en 4de levensfase) met een psychische kwetsbaarheid dewelke een organische en/of functionele oorzaak heeft alsook op personen jonger dan 65 waarbij de kwetsbaarheid een organische oorsprong heeft. Het cluster is opgebouwd uit vier leefgroepen die elk een specifieke aanpak en behandeling bieden op maat van de cliënt.

Leefgroep 1 en 2: Ouderen met dementie en gedragsproblemen

Ouderen met een matige tot ernstige dementie die daarnaast gedrags- en/of stemmingsproblemen vertonen kunnen terecht in leefgroep 1 en 2. Binnen deze leefgroepen ligt de nadruk op het hervinden van kwaliteit van leven voor de oudere.

Leefgroep 3: Ouderen met een alcoholafhankelijkheid en/of het syndroom van Korsakov

Ouderen met een psychische kwetsbaarheid ten gevolge van een alcoholafhankelijkheid en ouderen met het syndroom van Korsakov worden in hun hersteltraject begeleid door het interdisciplinaire team van leefgroep 3.

Leefgroep 4: Ouderen met een psychiatrische hulpvraag

Ouderen met een psychische kwetsbaarheid krijgen ondersteuning binnen leefgroep 4. Deze doelgroep is heel divers. Alle ouderen die omwille van een bepaald ziektebeeld (vb.: depressie, rouw, psychose, persoonlijkheidsproblematiek,...) problemen ondervinden in hun dagdagelijks functioneren kunnen met hulp van het interdisciplinair team van leefgroep 4 aan hun hersteltraject werken.

2. Voorstelling van de zorgenheid

2.1. Leefgroepen

Leefgroep 1: Observatie en behandeling

Elke oudere met dementie zal worden opgenomen binnen leefgroep 1. Om zorg op maat te kunnen verlenen is het belangrijk dat het team de patiënt en zijn naaste leert kennen. Elk discipline (psychiater, psycholoog, ergotherapeut, bewegingstherapeut, verpleegkundige,...) zal vanuit zijn eigen specifieke kennis en expertise de oudere observeren en informatie verzamelen. In de eerste fase (ongeveer 2 weken) zal het team een eerste inschatting maken van de lichamelijke en cognitieve mogelijkheden van de oudere. Op basis van deze inschatting zullen zij in fase 2 (ongeveer 4 weken) een meer gerichtere observatie uitvoeren en enkele testen afnemen. Daarnaast zullen de psycholoog en mentor de familie eveneens uitnodigen voor een kennismakingsgesprek. Al deze informatie is nodig om, aan het einde van de observatieperiode, een concreet behandelplan op te stellen. In totaal zal de observatieperiode ongeveer 6 weken duren.

Hierna zal het team een individueel behandelplan met concrete doelstellingen en acties formuleren.

Leefgroep 2: Behandeling en ontslag

Wanneer de patiënt nood heeft aan een meer langdurige behandeling en ondersteuning zal hij of zij overgaan naar leefgroep 2. Hier zal men verder werken met het behandelplan opgesteld in leefgroep 1. Dit behandelplan wordt op regelmatige basis geëvalueerd en bijgestuurd. Daarnaast zal men ook het toekomsttraject samen met de familie bekijken en plannen.

Bij opname wordt gevraagd aan de familie om de patiënt in te schrijven in 5 woonzorgcentra. De sociale dienst en de mentor kunnen hierbij ondersteuning bieden. Bij het ontslag zal het team richtlijnen en tips meegegeven over hoe men het beste met de patiënt kan omgaan zodat zijn kwaliteit van leven gewaarborgd blijft.

De noden en behoeften van de oudere staan centraal binnen de behandeling. Hierdoor kan het traject dat de patiënt binnen de zorgenheid aflegt afwijken van het hierboven beschreven zorgpad.

2.2. Architectuur

Leefgroepen 1 en 2 bevinden zich helemaal achter op het domein in gebouw nr P1.

Zie plan p9

Leefgroep 1 telt 12 éénpersoonskamers.

Op leefgroep 2 zijn er in totaal 12 bedden ter beschikking:

- 2 tweepersoonskamers
- 8 éénpersoonskamers

Je kan de leefgroepen terugvinden op bijgevoegd grondplan.

Bezoekuren

Maandag tot vrijdag

16.00-20.00 uur

Weekend en feestdagen

10.30-11.30 uur

14.00-20.00 uur

Voor patiënten die palliatief zijn, zijn de bezoeken doorlopend.

Ook kunnen er uitzonderingen aangevraagd worden aan de behandelende psychiater.

Patiënten mogen, indien dit kadert in het behandelplan en goedgekeurd is door familie, op daguitstap of op overnachting in het weekend.

3. Patiëntenpopulatie

Ouderen met een matige tot ernstige dementie in combinatie met gedrags- en/of stemmingsproblemen kunnen in leefgroepen 1 en 2 terecht.

Bij personen met een matige dementie zal het geheugen en de herkenning verder afnemen. Hun ADL functies en mogelijkheden zullen verminderen en ook de sociale vaardigheden zullen zich meer beperken. Dit kan leiden tot gevoelens van angst en achterdocht. Hun realiteitsbesef neemt af en de hulpbehoefte zal vergroten. Hierdoor kunnen zich gedragsveranderingen voordoen zoals agressie, depressie, apathie, frustratie en eenzaamheid.

Voor personen in de volgende fase (matige tot ernstige dementie) zal het nog moeilijker zijn om contact met anderen te maken. Ze zullen hun omgeving vaak niet meer herkennen. Deze personen zijn volledig afhankelijk van hulp in de ADL functies en leven meestal in hun eigen realiteit (verleden). De gedragsstoornissen die bij deze groep optreden zijn voornamelijk doolgedrag, verzamelzucht en agressie ten gevolge van angst.

Ten slotte kunnen ook personen met een ernstige dementie (eindfase van de ziekte) binnen deze leefgroepen terecht. Deze personen zijn volledig afhankelijk van anderen. Zij hebben geen controle meer over hun eigen lichaam en er is geen besef meer van de eigen identiteit. Meestal liggen deze personen in foetushouding in bed. Bij deze personen treedt voornamelijk roepgedrag en motorische onrust op de voorgrond.

3.1. De doelstelling voor de populatie

Het doel van de behandeling is het persoonlijk herstel van de oudere opdat hij zijn kwaliteit van leven kan blijven hervinden en hij terug kan functioneren binnen zijn thuissituatie of in een thuis vervangend milieu zoals een woonzorgcentrum. Onze afdeling is slechts een tijdelijke verblijfplaats.

3.2. Het therapeutisch klimaat

Binnen deze leefgroepen wordt de herstelgerichte zorg nagestreefd. Ouderen met dementie hebben een psychische kwetsbaarheid. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door een samenspel van verschillende factoren op biologisch, psychologisch en sociaal vlak. (Engel, 1977)

Biologisch gezien is er sprake van een neurodegeneratieve aandoening. De hersendelen die worden aangetast zullen tot op zekere hoogte bepalen hoe de ziekte zich manifesteert. Echter in de uiteindelijke uitingsvorm bestaan er veel individuele verschillen daar ook psychologische (stress, coping, persoonlijkheid) en sociale (omgeving) factoren een invloed op het ziekteproces hebben. Het biopsychosociaal model wordt om deze reden als theoretische leidraad gehanteerd. (Wade & Halligan, 2017)

Daar biologische factoren slechts één element binnen deze kwetsbaarheid zijn, kiezen wij ervoor om een zuiver farmacologische behandeling te vermijden. Uit onderzoek komt naar voor dat een behandeling met medicatie slechts weinig voordelen biedt in vergelijking met een placebo en bovendien veel nevenwerkingen veroorzaakt. De behandeling binnen deze leefgroepen vertrekt daarom vanuit een belevings- en persoonsgerichte aanpak waarbij de hulpverlener verder kijkt dan de ziekte en zich inleeft in de persoon met dementie. Hierbij wordt rekening gehouden met alle aspecten

van de persoon: persoonlijkheid, levensgeschiedenis, omgevingsfactoren, belangrijke naasten,... (Gitlin, Kales, & Lyketsos, 2012)

Er zal een gestructureerd en veilig klimaat worden gecreëerd. 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.

Elke oudere is volwaardig en uniek met zijn eigen noden, behoeften en vaardigheden. Het is daarom belangrijk dat men de persoon met dementie in zijn waarde laat door zijn mogelijkheden te stimuleren en hem in zijn beperkingen te ondersteunen. De verpleegkundige ondersteunt de patiënt in de mogelijkheden die hij nog heeft en geleidelijk worden bepaalde taken overgenomen. Naarmate het ziekteproces evalueert neemt de verzorging een grotere plaats in. De principes van comfortzorg en passiviteit van het dagelijkse leven (PDL) staan hier centraal, dit wil zeggen dat er gestreefd wordt naar een zo aangenaam mogelijk verblijf binnen de zorgeenheid, naar ieders individuele behoeften.

Hierin kunnen ook de naasten van de oudere een belangrijke rol spelen. Zij zijn namelijk vaak de eersten die merken dat er iets aan de hand is met de oudere. Vaak zal de vraag tot opname ook door hen gesteld worden. Tijdens de opname kunnen zij samen met de professionele hulpverleners de oudere ondersteunen in zijn hersteltraject. Daarnaast zorgen zij eveneens voor continuïteit van zorg na de opname. Binnen deze leefgroepen wordt er daarom sterk ingezet op geïntegreerde zorg en familieparticipatie. De naasten van de oudere spelen ten slotte een fundamentele rol in het bevorderen van de kwaliteit van leven van de oudere.

Ten slotte wordt er ook maximaal ingezet op de preventie van stress. Naarmate het dementieproces vordert zullen de cognitieve mogelijkheden van de oudere progressief afnemen en is hij steeds minder in staat om stress te hanteren. De oudere kan eveneens zijn noden moeilijker uitdrukken wat in veel gevallen angst en stress met zich zal meebrengen. (Smith, Gerdner, Hall, & Buckwalter, 2004) Een goede observatie van de factoren die angst en stress veroorzaken zoals te veel of te weinig prikkels is onontbeerlijk. (Cohen-Mansfield, 2001)

3.3. Therapeutische activiteiten

Er worden zowel individuele als groepssessies aangeboden gericht op het behoud van de bestaande fysische en psychische mogelijkheden. Deze sessies worden gegeven door therapeuten en verpleegkundigen.

Groepssessies gericht op activatie:

- Cognitieve therapie
- Reminiscentie
- Zang en dans
- Psychomotorische therapie (PMT): Deze activiteiten zijn gericht op het onderhouden en/of verbeteren van de bestaande motorische vaardigheden van de patiënt. Ze bestaan uit opwarmingsoefeningen, coördinatieoefeningen en opdrachten met verschillende materialen. Koken
- Hippotherapie (therapie met paarden): Patiënten die interesse hebben voor het paardrijden kunnen deelnemen aan groepssessies in de manege. Door het paardrijden worden despiëren

versterkt en de houding verbeterd op een natuurlijke manier. Dit is bovendien een oefening in coördinatie en evenwicht.

- Tuinieren
- Wandelen

Ontspanningsactiviteiten

- Cafetaria-bezoek
- Huifkartocht
- Daguitstappen bv Psylos wandeling

Individueel

- Relaxatie
- Huifbed
- Kiné

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 positioneringskussen. 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).

ROT-training

De Realiteitsoriëntatietraining blijkt vooral nuttig te zijn in de eerste fase van dementie. Door de dementerende patiënt op de werkelijkheid te wijzen, zou men de geestelijke achteruitgang vertragen. In een verder stadium van dementie gaat dit echter niet meer. De patiënten leven steeds verder in het verleden, zodat ze zich veiliger en prettiger voelen in een andere realiteit. Hier spreekt men dan over belevingsgerichte begeleiding, hetgeen eerder werd besproken.

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

- 24-uurs ROT gebeurt bij ons door het aanbieden van een duidelijke structuur. De patiënten hebben elk een vaste plaats aan tafel en in de zitkamer. Er hangt tevens op verschillende plaatsen een klok en op leefgroep 1 een grote kalender. Er is een vaste dagindeling met een bepaald patroon. De therapeutische activiteiten worden opgeschreven op een groot bord. Dit geeft de patiënten een bepaalde houvast en een veilig gevoel. Aangepast aan de tijd van het jaar worden de zalen versierd in een bepaald thema.
- ROT-sessies worden gegeven door de ergotherapie en de psychologen. Dit gebeurt in kleine homogene groepjes in de vorm van themagesprekken, geheugenstimulatie, eenvoudige gezelschapsspelen... 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 de patiënten. Om deze reden spreekt men in de zorgeneid eerder van ROA (Realiteitsoriënterende activiteiten) i.p.v. training.

3.4 Palliatieve zorgen

Een palliatieve patiënt is een patiënt die ernstig ziek is en niet meer zal genezen. Hij of zij zal overlijden aan zijn ziekte.

In eerste instantie zal bekeken worden of een overplaatsing naar een meer gespecialiseerde afdeling (palliatieve eenheid) wenselijk is. Echter kunnen de zorgen ook bij ons op de afdeling worden toegediend. Palliatieven zorgen zijn bedoeld om het leven van de patiënt en zijn omgeving zo comfortabel mogelijk te maken. De zorgen zijn gericht op het verlichten van pijn en andere symptomen, maar ook op sociale, psychische en spirituele ondersteuning. Men zal proberen te voldoen aan de persoonlijke wensen en behoeften van de patiënt. Daar deze het omwille van zijn ziektebeeld mogelijks niet meer zelf kenbaar kan maken, worden familie en naasten van de patiënt hierbij betrokken.

4. Overlegstructuren

4.1. Vergaderingen en overlegmomenten van het team

Driemaal per dag vindt er een **dienstoverdracht** plaats tussen de wisselende diensten (6.45 uur, 14.15 uur en 22.00 uur). Hier wordt er beknopt informatie gegeven over nieuwe patiënten en over gebeurtenissen tijdens de voorbije dienst.

Eenmaal per week, op maandagvoormiddag, vindt er een **teamoverleg** plaats. Hierbij zijn vertegenwoordigers van de verschillende disciplines alsook de psychiater aanwezig. Tijdens dit overleg worden alle patiënten kort overlopen waarbij belangrijke elementen en/of veranderingen in toestand of gedrag van de patiënt worden aangehaald.

Daarnaast vindt eenmaal per week, op donderdagvoormiddag, een **patiëntenbespreking** plaats onder leiding van de verpleegkundig leidinggevende. Ook hier zijn vertegenwoordigers van de verschillende disciplines alsook de psychiater aanwezig. Tijdens dit overleg wordt een beperkt aantal patiënten besproken. Het interdisciplinair team maakt voor de eerste patiëntenbespreking een voorbereiding aan de hand van de levensdomeinen en de patronen van Gordon. Tijdens het overleg wordt dit overlopen, zal de hulpvraag en probleemstelling worden uitgeklaard en worden doelstellingen en actiepunten geformuleerd. Deze worden tijdens de volgende patiëntenbesprekingen geëvalueerd en indien nodig aangepast.

Er vindt eveneens éénmaal per week, op woensdagvoormiddag, een **intervisie** plaats. Alle personeelsleden aanwezig op dienst kunnen hieraan deelnemen. Tijdens dit overleg worden praktische afspraken gemaakt en kunnen moeilijkheden besproken worden.

Ten slotte zal men gemiddeld éénmaal per kwartaal een **werkoverleg** houden. Hierbij zijn zoveel mogelijk leden van het team aanwezig. Tijdens dit overleg worden praktische afspraken overlopen en nieuwe procedures uitgelegd.

5. Ons multidisciplinair team

Het behandelend team bestaat uit medewerkers van verschillende disciplines die samen instaan voor een kwaliteitsvolle hulpverlening. Elke medewerker van het behandelend team levert vanuit de eigen expertise een wezenlijke bijdrage aan een diagnosestelling, formulering van de hulpvraag en bereiken van de doelstellingen die besproken werden.

5.1. De verpleegkundig leidinggevende

Hij is verantwoordelijk voor de organisatie, de continuïteit en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg binnen de leefgroep. Vragen of problemen die te maken hebben met het verblijf binnen deze leefgroep kunnen met hem besproken worden.

5.2. Het verpleeg- en zorgkundig team

Zij staan in voor de dagdagelijkse begeleiding en ondersteuning binnen de leefgroep. Ze zorgen voor een veilige en voorspelbare structuur.

Functies van de verpleeg- en zorgkundige equipe:

Onthaalfunctie: De verpleegkundige of zorgkundige zorgen voor een warm en professioneel onthaal van de patiënt en zijn familie bij opname. Zij geven aan de hand van een welkomstmap algemene informatie over de afdeling, patiëntenrechten en de belangrijkste risico's zoals het valrisico en slikproblemen. De teamleden worden voorgesteld aan de patiënt en zijn familie en de patiënt zelf wordt voorgesteld aan zijn medepatiënten. Gedurende dit onthaal is er ruimte om te luisteren naar het verhaal van de patiënt en zijn familie en aandachtig te zijn voor de gestelde hulpvraag.

Zorg:

- *ADL-begeleiding:* Bij patiënten met een matige dementie is er eerder sprake van ADL-begeleiding in plaats van ADL-simulatie. Vermits er geen mogelijkheden meer zijn om te leren begeleidt men de patiënt in de mogelijkheden die hij nog heeft. Naarmate de ziekte vordert zal de verpleegkundige of zorgkundige geleidelijk aan meer taken overnemen.
- *Observatie van psychische en somatische toestand:* De vitale parameters worden gecontroleerd en opgevolgd. Ook het gedrag van de patiënt wordt geobserveerd. Bij deze observatie wordt er gebruik gemaakt van scorelijsten en meetinstrumenten indien nodig.
- *Medicatie:* Medicatiebedeling en toezicht op inname
- *Wondzorgen*

Patiënten met een ernstige dementie 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:

- *Comfort:* Er wordt aandacht besteed aan decubituspreventie, door het gebruik van wisselhouding en alterneringsmatrassen. Overdag wordt gezorgd voor een comfortabele

houding door aangepaste relax-zetels, multifunctionele rolstoelen, kussens ter ondersteuning, maar ook de mogelijkheid tot dolen dient er te zijn.

- *Hygiënische zorgen:* 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, zachte aanrakingen en geborgenheid. Men voorziet daarnaast aangepaste kleding Vb. geen knopen aan de achterzijde, geen voering in de kleding, goed meegaande stof...
- *Maaltijden:* Er wordt eveneens gezorgd voor een aangepaste voeding, mits patiënten in deze fase vaak last krijgen 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 om decubitus te voorkomen.

Hotelfunctie: Na het ochtendtoilet worden de kamers opgeruimd en de bedden gemaakt.

Mentorschap: Gedurende het verblijf binnen de leefgroep zal een lid van het verpleegkundig team worden toegewezen als mentor van de patiënt. Hij of zij is ook het aanspreekpunt voor de familie. Zij kunnen bij de mentor terecht voor praktische en alledaagse dingen, maar hij of zij zal ook wat extra tijd uittrekken om individuele aandacht aan de patiënt te besteden. De mentor volgt het traject nauw op, bespreekt de vragen binnen het team en bespreekt het verloop van de behandeling met de familie.

Socio-therapeutische functie: Het personeel staat in voor nuttige vrijetijdsbesteding (daguitstap), individuele gesprekken en opvang van familie.

Administratieve functie: Er wordt een compleet en overzichtelijk elektronisch verpleegdossier van elke patiënt bijgehouden.

Mentorschap studenten: Op de zorgeenheid zijn alle verpleegkundigen er om de studenten op te vangen, te begeleiden en te evalueren. Bij aanvang van de stage wordt er iemand aan jou toegewezen.

5.3. De behandelend psychiater

Zij is de eindverantwoordelijke voor de psychiatrische behandeling. Men kan bij haar terecht voor vragen in verband met de behandeling, medicatie, diagnose.

5.4. De huisartsen

Zij staan in voor lichamelijk onderzoek, behandeling en opvolging van lichamelijke klachten. Indien aangewezen, verwijzen zij de patiënt door naar een gespecialiseerde arts.

5.5. De ergotherapeuten

Zij maken deel uit van de 24-uursbestaffing en bieden daarnaast individuele of groepstherapieën aan, gericht op onderhoud en/of verbeteren van de bestaande vaardigheden. Ergotherapie heeft als doel dat de patiënt zo zelfstandig mogelijk kan functioneren in het dagelijks leven. Om een goed zicht te krijgen op het functioneren zal de ergotherapeut een gerichte observatie afnemen.

5.6. De Psychomotorisch therapeut

Een psychomotorisch therapeut voorziet een aantal bewegingsactiviteiten die gericht zijn op het onderhouden en/of verbeteren van de bestaande motorische vaardigheden van de patiënt.

5.7. De Psycholoog

Zij voert het neuropsychologisch en psychodiagnostisch onderzoek uit en staat in voor de psychologische ondersteuning van de patiënt. Ook de familie en naasten van de patiënt kunnen bij haar terecht indien zij ondersteuning wensen bij het rouwproces en/of de omgang met hun naaste. Zij voorziet ook 2x per maand een spreekuur voor familieleden na 16.00.

5.8. De Sociale dienst

De maatschappelijk assistent geeft advies en begeleidt de patiënt en zijn naasten bij allerlei sociale, familiale, financiële en administratieve problemen. Bij haar kan men onder andere terecht voor informatie rond opnamekosten, geldbeheer, patiëntenrechten, tegemoetkomingen, hospitalisatie, thuiszorgdiensten. De sociaal verpleegkundige zal de familie van de patiënt uitnodigen en contacten onderhouden met het netwerk van de patiënt. Ook coördineert zij de ontslagvoorbereiding en het ontslag uit het ziekenhuis. Bij haar kan men daarnaast terecht voor meer informatie en advies rond toekomstmogelijkheden. Ook zij voorziet 2x per maand een spreekuur voor familieleden die geen afspraak kunnen maken voor 16.00.

5.8. De kinesist

Kinesithérapie gebeurt op doktersvoorschrift. Enkele voorbeelden van kinebehandelingen zijn:

- Ademhalingskiné
- Spieren los masseren
- Gangrevalidatie: individuele gangrevalidatie wordt gegeven om de nog bestaande motorische mogelijkheden te onderhouden, contracturen tegen te gaan en doorligwonden te voorkomen
- Tapottage: loskloppen van de slijmen bij kortademigheid.

5.9. De logistiek assistent

Zij voert een aantal huishoudelijke taken uit binnen de leefgroep. Zij biedt ondersteuning aan bij een aantal activiteiten en staat in voor patiëntenbegeleiding naar andere diensten.

5.10. De programmacoördinator

Zij is verantwoordelijk voor de organisatie, de continuïteit en de kwaliteit van de therapeutische processen binnen de cluster ouderenzorg.

5.11. De verpleegkundig specialist

Zij draagt bij tot de actualisering en vernieuwing van de verpleegkundige zorg en werkt mee aan projecten binnen de zorgeenheid en het zorgcentrum.

6. Organisatie van de verpleegzorg

- Morgenpost: 6:45 – 14.51 uur
 - Part time: 7.00 – 10.48 uur
- Middagpost: 13.54 – 22.00 uur of 14.09 – 22.15 uur
 - Part time: 16.42 – 20.30 uur
- Nachtpost: 21.54 – 7.05 uur

Er bestaan verschillende variaties op de uurregeling, het principe is dat er 8.06 uur gewerkt wordt door de full-time equivalenten, inclusief een half uur pauze. De part-time equivalenten werken 3.48 uur.

De dienstregeling van de studenten wordt door de stagementor opgesteld.

Men werkt op deze zorgeenheid niet met specifieke patiënttoewijzing, wel worden er onderling 's morgens afspraken gemaakt wie de verantwoordelijkheid neemt over welke gang.

6.1. Dagindeling

Leefgroepen 1 en 2 werken volgens een vaste en dagelijks toegepaste structuur. Globaal genomen ziet deze er als volgt uit:

07.00-09.00 uur	Ochtendtoilet+ medicatiebedeling
09.00-10.15 uur	Ontbijt + dagopening
10.30-11.45uur	Therapeutisch programma
11.45-13.30 uur	Middageten + medicatiebedeling
13.30-14.30 uur	Therapeutisch programma
14.15-14.45 uur	Koffiemoment
15.00-16.00 uur	Therapeutisch programma
16.15-17.15 uur	Therapeutisch programma
17.15-18.00 uur	Avondeten + medicatiebedeling
18.00-18.30 uur	Dagsluiting
18.30-19.30 uur	Nieuwsbericht
19.30-22.00 uur	Avondverzorging + medicatiebedeling

Deze dagindeling is richtinggevend. Opnames, ontslagen en externe onderzoeken alsook onvoorziene gebeurtenissen dient men binnen deze uurregeling te plannen door aanpassing van de werkplanning.

6.2. Specifieke verpleegkundige interventies

Ademhalingsstelsel

- Aspireren
- Toedienen aerosol
- Toedienen zuurstof

Bloedsomloopstelsel

- BD, polscontrole
- Bloedafname
- 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

Metabolisme

- Glycemie controle
- Insulinetherapie bij diabetici

Medicamenteuze toediening

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

Huid en zintuigen

- Huidinspectie bij bedlegerige patiënten: decubituspreventie
- Wondverzorging uitvoeren

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

7. Verwachtingen naar studenten

7.1. Wat wordt nu van mij als student verwacht

Wij verwachten dat jullie zelf jullie leertraject in handen nemen. Benoem de doelstellingen waaraan je wil werken tijdens je stage. Benoem eveneens bij het begin van je stage de opdrachten die jullie voor de school moeten maken. Bij het begin van de shift neem je best het dagboek door en vraag je zelf om bepaalde taken op te nemen.

Daar wij van veel verschillende scholen stagairs krijgen is het belangrijk dat je stagementor weet in welke school je les volgt en in welk jaar of module je zit. Hierbij kan rekening gehouden worden tijdens de evaluaties.

De patiënt staat centraal. Hij of zij krijgt de voornaamste aandacht bij alle activiteiten die in de zorg een gebeurtenis zijn. Wanneer de zusterbellen gaan, ga dan op de noden van de patiënt in.

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

7.2. Feedbackfiche

Vraag zelf mondeling feedback aan je stagementor alsook aan andere collega's en noteer deze feedback op jouw feedbackformulier. Je kan dit formulier nadien laten nalezen en aftekenen door de persoon die jou de feedback gegeven heeft. Wanneer iets niet duidelijk is, ga hierover in dialoog met je stagementor.

7.3. Beroepsattitude

- Kennis i.v.m. Pathologie, werking van de zorg een gebeurtenis, medicatie opdoen of uitbreiden
- Inzicht krijgen in verpleegkundige taken en de werking van de zorg een gebeurtenis
- 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 (bv. Sessie houden met patiënten)
- Stiptheid
- Inzet en interesse
- Integratie in het team
- Taalgebruik

7.4. 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...)

7.5. Praktische vaardigheden

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

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).

7.6. De 5 rollen die je als student op je moet nemen

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 (verpleeg)beleid op de leefgroep en op organisatieniveau en kan hierover kritisch reflecteren. Daarnaast participeert de student aan de kwaliteitszorg op leefgroepe niveau 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.

7.7. Samenwerking in het team

De werking op Ouderenzorg verloopt interdisciplinair. Op de overlegmomenten zijn er vertegenwoordigers van de verschillende disciplines aanwezig.

7.8. Stagementorbegeleiding

7.8.1. Begeleiding van de studenten door de mentoren

De mentor:

- Zorgt voor de organisatie van de studentenbegeleiding
- Zorgt voor de opvang de eerste dag van de student
 - Kennismaking mentor en student
 - Voorstelling van de student aan de teamleden
 - Rondleiding binnen de zorgeenheid en beknopte uitleg over de zorgeenheid en werking
- Overleggesprek tussen hoofdmentor en studentverpleegkunde:
 - Overlopen van het stageboek en opdrachten en doelstellingen
 - Vastleggen en overlopen van de uren van de hele stageperiode
 - Overlopen van de afspraken/doelstellingen van de zorgeenheid
 - Overlopen van de leerpunten vorige stage en leerdoelen
 - Vraagstelling door de student en bijkomend uitleg
- Doet de tussentijdse evaluatie en eindevaluatie met de student en stagebegeleider
- Is verantwoordelijk voor de student verpleegkunde en begeleidt student
- Verzamelt alle dagelijkse feedbackformulieren en maakt verslag over het functioneren van de studentverpleegkunde (1 tussentijds en 1 eindevaluatie). Opvolgen van de evolutie student en feedback geven.

7.8.2. Relatie mentor - stagebegeleider

- Begint 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
- 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 van de student (het leerjaar en persoonlijk)
- Steunen en begeleiden doorheen het leerproces van de student

7.9. Specifieke verwachtingen

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 (woordenlijst met op te zoeken woorden voor je op stage komt).

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

Verwachtingen naar een tweedejaarsstudent:

- Idem 1ste jaar
- 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
- Controle vochtbalans en parameters

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.

7.10. Specifieke afspraken voor studenten op leefgroep 1 en 2

Eetmomenten

Tijdens de vroege shift gaat het personeel in twee groepen eten. De eerste groep tussen 11.00-11.30 uur en de tweede groep tussen 11.30-12.00 uur.

Tijdens de late dienst is het eetmoment voorzien rond 18.30 tot 19.00 uur

Deze tijdstippen zijn soms afhankelijk van de drukte in de zorgenheid.

Broodjes/hoofdmaaltijd

Als student hebben jullie de mogelijkheid om een broodje of hoofdmaaltijd te nuttigen. Deze dienen besteld te worden bij aanvang van de werkdag (voor 10.00) en niet tijdens de ochtendverzorging. Deze kunnen besteld worden via intranet via broodje/hoofdmaaltijd. Tijdens de late dienst kunnen zij eveneens een broodje nuttigen. Zij dienen dit wel ten laatste de dag ervoor door te geven aan een collega zodat dit besteld kan worden.

Roken

Roken kan enkel in de voorziene ruimtes. Rookmomenten duren max 5min.

Roken kan:

- In de vroege dienst:
 - na de ochtendverzorging
 - na het middagmaal, voor de mictietraining
- In de late dienst:
 - na het koffiemoment (ongeveer 15.30 uur);
 - tijdens het eetmoment (ongeveer 18.30-19.00 uur).

Werkkledij

Er wordt van de studenten verwacht dat zij de verpleegkledij van het OPZC Rekem dragen. Tijdens de eerste stagedag wordt de kledij ter beschikking gesteld en wordt er uitleg gegeven over de procedure. Piercings, ringen en juwelen dienen zoveel mogelijk vermeden te worden. Dit omwille van veiligheidsredenen voor zowel de student als de patiënt.

Sleutels

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

Uurrooster + evaluaties

De uurrooster wordt in overleg met de stagementor opgesteld.

Evaluaties worden in de vroege dienst ingepland vanaf 10.30 uur, tijdens de late dienst niet tussen 18.00 – 20.00 uur

Indien de stagementor aanwezig is, wordt er ook met de stagementor gewerkt. Anders wordt een ander personeelslid aangeduid. Feedback wordt op dezelfde dag gevraagd, op het moment dat de zorg

gedaan is. Studenten laten hun feedback papieren in de zorgeneid, zodat er altijd documenten aanwezig zijn om een voorbereiding te maken voor hun evaluatie.

Handhygiëne

De regels van de nationale campagne voor ziekenhuishygiëne dienen toegepast te worden.

Juwelen, horloges, kunstnagels en nagellak zijn in de zorgeneid niet toegestaan i.v.m. handhygiëne!

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

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. Gegevens mogen niet mondeling uitgewisseld worden tussen studenten onderling.

7.11. Woordenlijst met op te zoeken woorden voor je op stage komt

- Afasie
- Agnosie
- Apraxie
- Apathie
- Confabuleren
- Decorum verlies
- Dementie
- Hallucinaties
- Persevereren
- Wanen

7.12. Taken die je als student kan opnemen

- Zusterbellen beantwoorden
- Nagels van de patiënten knippen
- Gewichten nemen
- Bloeddrukken nemen
- Kleine gesprekken aangaan
- Kasten van de patiëntenkamers bijvullen met inco-materiaal en handoeken + washandjes
- Wandeling op het domein (indien goed weer)
- Samen de krant inkijken
- Verzorgingskarren bijvullen
- Kamers op orde stellen
- Dossiers op orde zetten
- Orde scheppen aan de balie
- Therapieën meevolgen
-