

**AZ
Sint-Jan
Brugge**



**AZ
S.J.**

Onthaalbrochure

Psychogeriatric

SP4

Beste student

Beste medewerker

Van harte welkom op de afdeling. Met deze brochure willen we je in het kort informeren over de werking van onze dienst en je al een beeld geven van de meest voorkomende pathologieën en onderzoeken.

We staan erop je individueel te begeleiden in de hoop dat je je hierbij vlug "thuis" zal voelen. Voor bijkomende informatie kan je terecht bij de collega's, hoofdverpleegkundige, artsen ...

Wij wensen je alvast een fijne en zeer leerrijke stage en veel werkvreugde toe.

Namens het hele team.

Inhoud

Voorstelling van de dienst.....	4
Organisatie van de afdeling.....	10
Verwachtingen van de student	11
Vorbereiding voor de student.....	12

Voorstelling van de dienst

Voorstelling team

Het "project ouderenpsychiatrie" is het resultaat van een jong maar ondertussen sterk uitgebouwd samenwerkingsverband tussen de diensten Psychiatrie en Geriatrie van het AZ Sint-Jan Brugge AV. In zijn huidige vorm is dit project uniek in Vlaanderen.

De achtergrond waartegen het project zich ontwikkelt zijn de te verwachten demografische veranderingen van de komende decennia. Deze "grijze golf" zal gepaard gaan met een toename van ouderdomsgebonden ziektes op somatisch vlak zoals diabetes, osteoporose, hart- en vaatlijden, gang- en evenwichtsproblematiek. Anderzijds blijken ouderen ook gevoelig te zijn voor het optreden van emotionele en psychische stoornissen. In het domein van de ouderenpsychiatrie/psychogeriatrie bereiden we ons best voor op een exponentiële toename van geheugenproblematiek, dementie, acute verwardheid, depressies, alcoholmisbruik bij ouderen en aanverwante aandoeningen. De bundeling van expertise van de ouderenpsychiater en de internist-geriater in een "joint venture" biedt hierbij een meerwaarde in de kwaliteit van de zorg. Het is dat het algemeen ziekenhuis een cruciale plaats heeft in de opvang van deze problematiek.

050 47 05 30

www.paazazsjanbrugge.be

Hoofdverpleegkundige: Jan Debaene

050 47 05 31

jan.debaene@azsintjan.be

Andere medewerkers op de dienst

- Ouderenpsychiaters (Dr. E. Roosens + Dr. K. Van Hoe + assistent)
- Internist-geriater + assistent (Dr. M. Lambert)
- Klinisch psycholoog (mevr. Charlotte Botha)
- Hoofdverpleegkundige (dhr. Jan Debaene)
- Sociaal assistent (mevr. Inge Volders)
- Verpleegkundig team
- Ergotherapeuten
- Kinesitherapeuten
- Hoteldienst
- Interieurverzorgsters

Doelpubliek

De ouderenpsychiatrie is de tak van de psychiatrie die zich bezighoudt met alle psychiatrische aandoeningen bij ouderen, al dan niet ontstaan na de leeftijd van 60 jaar. Omwille van de leeftijd gaat dit vaak samen met somatische en sociale problemen.

Profiel van de dienst

Wij richten ons tot 60-plussers: mannen, vrouwen, echtparen met psychische en psychosociale problemen eigen aan de levensfase (bv. pensionering, rouw, geheugenproblemen, verwerking van eigen ziekte ...). Observatie, diagnosestelling, behandeling en revalidatie van oudere patiënten met depressies, angststoornissen ... komen aan bod. Ook op lichamelijk vlak worden patiënten onderzocht en zo nodig behandeld.

Multidisciplinaire differentiaaldiagnostiek (dementie-depressie), in samenwerking met het Centrum voor Cognitieve Stoornissen in AZ Sint-Jan Brugge AV

- Behandeling: op puntstelling behandelingsplan (psychofarmaca, psychotherapie, somatisch, psychosociaal)
- Vrijwaren van zelfstandigheid met aanbieden van aanvullende zorg waar nodig en aanbieden van bescherming anderszins
- Primaire doelstelling is de patiënt terugverwijzen naar de thuissituatie. Zo nodig kan een heroriëntering naar een meer beschermd milieu (WZC, serviceflat ...) of verwijzing voor een langdurigere psychiatrische hospitalisatie (APZ) opgestart worden.
- Begeleiden van familieleden

Afdelingsvisie

Visie van systeemdenken op een afdeling ouderenpsychiatrie

Vanuit het systeemdenken wordt de mens niet los gezien van zijn context. Op een afdeling ouderenpsychiatrie betekent dit dat er niet alleen gekeken wordt naar de individuele patiënt en zijn of haar psychiatrische diagnose, maar ook naar de bredere omgeving: familie, zorgnetwerk, levensgeschiedenis, en maatschappelijke invloeden. Psychische problemen bij ouderen worden begrepen als het resultaat van complexe interacties binnen het systeem waarin zij leven.

Deze benadering benadrukt samenwerking tussen hulpverleners, patiënten en naasten. Er is oog voor onderlinge dynamieken, patronen van communicatie en rolverdeling binnen gezinnen of instellingen. Zo kan bijvoorbeeld een terugkerende crisis niet alleen als symptoom van een ziekte worden gezien, maar ook als signaal van spanningen binnen het familiesysteem of de zorgrelatie.

Door systeemgericht te werken, streven we op de afdeling naar een meer geïntegreerde en mensgerichte zorg, waarin verbondenheid, begrip en gezamenlijke verantwoordelijkheid centraal staan.

Visie van het oplossingsgericht denkmodel op een afdeling ouderenpsychiatrie

Het oplossingsgericht denkmodel vertrekt vanuit de kracht en mogelijkheden van de cliënt, eerder dan te focussen op problemen of tekortkomingen. Op een afdeling ouderenpsychiatrie betekent dit dat hulpverleners samen met de oudere kijken naar wat nog wél werkt, welke vaardigheden behouden zijn, en welke stappen kunnen bijdragen aan meer levenskwaliteit.

In plaats van uitgebreid te graven in het verleden of in de problematiek, wordt er aandacht besteed aan hoop, kleine successen en gewenste veranderingen. Vragen als “Wat gaat er al goed?”, “Wat wil je bereiken?” en “Wat heeft in het verleden geholpen?” staan centraal in gesprekken met de patiënt en diens netwerk.

Deze benadering sluit goed aan bij de noden van oudere patiënten, omdat ze vaak te maken hebben met verlieservaringen, verminderde regie en lichamelijke achteruitgang. Door hen te betrekken bij het formuleren van haalbare doelen en hun inspanningen te erkennen, ontstaat er ruimte voor zelfvertrouwen, autonomie en zingeving.

Het oplossingsgerichte model biedt zo een hoopvolle en motiverende visie, waarbij iedere stap vooruit telt — hoe klein ook — en waarin samenwerking, respect en vertrouwen de basis vormen voor herstelgericht werken.

Patiëntentoewijzing

De patiënten worden bij opname aan een groep verpleegkundigen toegewezen los van de pathologie. Deze verpleegkundigen staan in voor het volledige verpleegkundige proces tot aan het ontslag (observatie, rapportage, administratie, opvolging van patiënt en zijn context, en de organisatie van de nazorg).

Deze opdeling in groepen heeft een soepel karakter om de continuïteit naar de patiënt te verzekeren, vooral bij afwezigheid van een volledig team.

Werken op een afdeling acute ouderenpsychiatrie: een uitdaging voor verpleegkundigen?

Werken op een afdeling acute ouderenpsychiatrie vraagt van verpleegkundigen een bijzondere combinatie van deskundigheid, empathie en flexibiliteit. Oudere patiënten worden vaak opgenomen in een crisissituatie, waarbij psychiatrische symptomen zoals depressie, psychose, angst of verwardheid plotseling verergerd zijn. Tegelijk spelen lichamelijke aandoeningen, cognitieve achteruitgang en sociaal-maatschappelijke factoren een belangrijke rol. Deze complexiteit maakt het werk boeiend, uitdagend, maar ook betekenisvol.

Verpleegkundigen zijn cruciaal in het observeren, stabiliseren en begeleiden van patiënten in een vaak kwetsbare en onvoorspelbare fase. Dit vereist niet alleen kennis van psychiatrische ziektebeelden bij ouderen, maar ook vaardigheden in het omgaan met patiënten met een psychische kwetsbaarheid én hun familieleden of belangrijke anderen.

Daarnaast spelen verpleegkundigen een sleutelrol in het scheppen van een veilige en gestructureerde omgeving, waarin herstel, vertrouwen en menselijkheid centraal staan. Het is een werkveld waarin luisteren, afstemmen en nabijheid minstens even belangrijk zijn als medisch-technische handelingen.

Hoewel het werk soms intens en emotioneel belastend is, ervaren veel verpleegkundigen het ook als bijzonder waardevol. De kleine overwinningen, het herstel van contact, of het bieden van rust in een chaotische periode maken dat dit werk niet alleen een uitdaging is, maar ook een kans om echt verschil te maken in het leven van ouderen in psychische nood.

Vandaar hechten we veel belang aan goed opgeleid, competent en gekwalificeerd personeel. Een goede opleiding is de basis voor de totaalbenadering. Daarnaast is het aanvullen van elkaar een noodzaak voor de goede teamwerking. We verwerven vaardigheden en kennis uit de andere werkvelden door bijscholing. “Mekaar aanvullen”, zich ontvankelijk openstellen, openstaan voor anderen is in elk goed werkend team een fundamentele kracht. En afhankelijk of je nu uit het geriatrisch, dan wel het psychiatrisch werkveld komt, moeten kennis, vaardigheden en attitudes uit de andere discipline verworven worden. Een gerichte (bij)scholing rond pathologie op oudere leeftijd is noodzakelijk. Zoals lichamelijke problemen zich anders kunnen presenteren, zo presenteren ook de psychische/psychiatrische symptomen en ziektebeelden zich anders op oudere leeftijd. Vertrouwd zijn met het opstellen van een genogram, het voeren van een therapeutisch gesprek of de begeleiding van familieleden, evenals vertrouwd zijn met tal van verpleegkundig technische handelingen zoals bv. wondzorg, decubitus, IV-behandelingen, pijnbehandeling ... lijken vereist. Dit zijn vaardigheden en kennis die kunnen worden bijgeschoold en getraind. Vandaar dat we er jaarlijks naar streven om een

vormingsplan op te stellen bestaande uit een vormingsaanbod van het ziekenhuis, bijscholing en georganiseerd door het departement psychiatrie (bv. hoe omgaan met dreigend en destructief gedrag, basismodule suïcidepreventie) en bijscholing op maat van de afdeling (bv. informatie over alcohol- en medicatieabus, nieuwe farmaca en hun nevenwerkingen, nieuwe testmogelijkheden i.v.m. differentieel diagnose ...). Het verpleegkundig team is echter het middel bij uitstek dat de kwaliteit van het “therapeutisch” klimaat op een afdeling bepaalt. Zo kent een acute afdeling ouderenpsychiatrie in een algemeen ziekenhuis enkele zeer specifieke behoeften.

“**Zorgen voor**” roept bij ons het idee van lichamelijke zorg op. Deze is zeer belangrijk en vormt de ingangspoort tot een gesprek met de patiënt. Niettemin gaat in deze populatie de zorggedachte verder. Het gaat ook over de omgang met de oudere mens die soms discreet gedesoriënteerd is en 's nachts het toilet niet kan vinden, de oudere mens die slechthorend is maar toch zijn verhaal kwijt wil, de oudere mens die vanuit zijn depressie zich zeer aanklampend opstelt en hulp nodig heeft bij alle ADL-activiteiten.

Deze zorgfunctie gaat samen met een adequaat “assessment”. Dit assessment zal een belangrijke rol spelen in het uitstippelen van het behandelingsplan. Een goed uitgevoerd assessment omhelst een totaalbenadering: het gaat over een evaluatie op verschillende niveaus. Dit begint bij de basale noden: eet of drinkt de patiënt voldoende? Slaapt hij voldoende? Hoe staat het met de persoonlijke hygiëne? In tweede instantie gaat het over een evaluatie van de cognitie en de stemming. Uiteindelijk observeert de verpleegkundige ook de interacties met de diverse familieleden. Dit zijn observaties met als doelstelling het herkennen, signaleren van problematisch gedrag.

Deze laatste observatiegegevens brengen ons bij het volgende luik, namelijk binnen de zorg voor de psychisch zieke oudere is goede diagnostiek een belangrijke doelstelling van een opname op onze acute afdeling ouderenpsychiatrie.

Bij die diagnostiek is een belangrijke rol, meer uitgesproken dan in veel andere geneeskundige disciplines, voor de verpleegkundige weggelegd. Diagnostiek met betrekking tot psychische problemen bij ouderen is, bij uitstek, de resultante van een interdisciplinaire benadering waar de verpleegkundige observatie cruciaal kan zijn. Door de continue aanwezigheid op de afdeling nemen de verpleegkundigen een sleutelrol in bij de observatie. Een gerichte verpleegkundige observatie levert onder andere een belangrijke bijdrage in de differentiaaldiagnostiek depressie - beginnende dementie. De verpleegkundige is zo onmisbaar om een aantal niet zo in het oog springende beperkingen van de oudere op het spoor te komen. Diverse toestandsbeelden bij ouderen kunnen bovendien, door een precair cerebraal evenwicht, sterk schommelen in de loop van de dag.

Het opmerken van momenten van discrete verwardheid is van belang zodat bijvoorbeeld de arts zijn antidepressieve behandeling kan bijsturen. Daarnaast is ook een adequate mondelinge en schriftelijke rapportage van groot belang met als belangrijkste instrument het interdisciplinair (elektronisch) patiëntendossier. Door hun veelvuldige contacten, die vaak minder bedreigend overkomen dan de georganiseerde contacten met arts of psycholoog - bv. tijdens een wasbeurt, zijn verpleegkundigen in staat sneller een vertrouwensband met de patiënt op te bouwen. Van daaruit is het allicht gemakkelijker de belevingswereld van de oudere mens leren kennen. De depressieve gemoedstoestand is, veel minder bij jongeren, een spontaan gebracht gesprekstema. Ook voor evaluatie van stemming is men vaak aangewezen op een goede verpleegkundige gedragsobservatie waar met verscherpte aandacht en dubbel kritisch te werk wordt gegaan.

Een tweede belangrijke behoefte of werkterrein, naast de actuele belevingsaspecten, is het **VERHAAL** van de patiënt. Maar al te vaak wordt de “oude dag” als een afzonderlijke entiteit gezien, een periode die los staat van de vorige. Niets is minder waar. Het leven op oudere leeftijd, afgezien van een ziekte ..., is een resultaat van hoe je vroeger leefde en wat is doorgegeven. Zo kleuren bv., vaak onzichtbare loyaliteiten sterk het doen en laten van de oudere mens. Op jongere leeftijd zijn hoop, toekomst, droom

evidente stimulansen om een crisis te overbruggen. Het vooruitzicht op een wereld die steeds kleiner lijkt te worden, is allicht één van de meest specifieke aspecten van de psychische problematiek bij ouderen. De resttijd wordt steeds korter. Kennis van de voorgeschiedenis, het “verhaal” van de patiënten helpt ons hen in het hier en nu beter te begrijpen en te begeleiden. Dit verhaal is vaak minder vlot te achterhalen. Ook hier zullen het vaak de aan de patiënt toegewezen verpleegkundigen zijn, eerder dan de behandelende arts, die beetje bij beetje het “verhaal” leren kennen. De uitdaging van de verpleegkundige op de afdeling is het leren kennen van de patiënt en zijn gezin, het verwerven van inzicht in de betekenis die de ziekte heeft voor de patiënt en zijn omgeving en het uitwerken van een individuele behandeling met een evenwichtige aandacht voor de functionaliteit én de beleving van de patiënt. Patiënten vragen vaak verschillende zaken tegelijkertijd, hebben met andere woorden verschillende hulpvragen. Van hieruit zijn deze toegewezen verpleegkundigen in een later stadium ook best geplaatst om met de patiënt te onderhandelen. Zij zijn ook goedgeplaatst om de patiënt in bepaalde discussies te verdedigen.

Een derde en laatste werkterrein van de verpleegkundige is hun participatie in het **BEHANDELINGSPROCES**.

In eerste instantie is een continue, gerichte observatie belangrijk om de medicamenteuze therapie te sturen. Ouderen zijn extreem gevoelig aan de bijwerkingen van psychofarmaca. Daarnaast zijn de gevolgen vaak ook dramatischer (bv. gebruik van neuroleptica bij Lewy Body-dementie). Goede verpleegkundige zorg en observatie zijn hier onontbeerlijk om de medicamenteuze complicaties op te sporen zoals verwardheid, urineretentie, orthostatische bloeddruk, obstipatie ...

Naast uiteraard een zorgvuldige medicamenteuze therapie en monitoring, is ook de therapeutische entourage van een afdeling ouderenpsychiatrie een belangrijk aspect van het hele opnamegebeuren.

Ouderen beschikken, ondanks een bepaalde rigiditeit, toch nog verrassend vaak over de mogelijkheid om hun ervaringen op een creatieve manier te herkadereën, te hergebruiken. Wat hen echter onderscheidt van de jongeren is niet zozeer de mogelijkheid om te leren, dan wel de tijd: ouderen hebben meer tijd nodig om nieuwe dingen te leren.

Begrippen als reminiscentie vinden hier hun oorsprong. Reminisceren komt neer op het herbeleven van het verleden door het ophalen van herinneringen. Waar reminisceren tot voor kort beschouwd werd als een teken van regressie, wordt het tegenwoordig algemeen aanvaard als een mogelijke, constructieve bijdrage tot een “rustiger, heilzamer oude dag”. De oudere mens beschikt immers over meer informatie met betrekking tot bepaalde gebeurtenissen in zijn leven. Dit stelt hem, of haar, in staat een aantal gebeurtenissen anders in te schatten, te relativiseren en een beter geïntegreerde plaats te geven in hun leven. Een dergelijke life review kan aanleiding geven tot het verwerven van een verhoogd gevoel van zelfwaarde, tot grotere tevredenheid in de oude dag. Een dagelijkse therapeutische attitude ten aanzien van de oudere patiënt tijdens de opname kan een eerste aanzet zijn tot het op gang brengen van een dergelijk proces; Dit kan meer effect hebben dan een voor ouderen soms onwennige psychotherapeutische sessie.

De verpleegkundige speelt ook een cruciale rol in de begeleiding van de familie, partner en kinderen van de oudere psychiatrische patiënt. Goede coördinatie van de contacten met familieleden, duiding van pathologie, begeleiding in aanvaardingsprocessen zijn belangrijke taken voor de toegewezen verpleegkundigen. Dit is uiteraard ook in andere werkterreinen belangrijk maar krijgt in onze setting een aparte betekenis gezien het toch relatief kwetsbare profiel van onze patiëntengroep.

Ten slotte nog enkele **BASISATTITUDES/ HANDVATEN** voor verpleegkundigen (maar ook voor andere hulpverleners) werkzaam op een afdeling ouderenpsychiatrie:

1. Het loslaten van ons eigen referentiekader is een belangrijk gegeven in het creëren van een therapeutische context. Dit is een aparte uitdaging en zelfs een persoonlijke verrijking wanneer je met mensen werkt die in een andere tijdsgeest zijn opgegroeid. We mogen immers niet vergeten dat alle verpleegkundigen en alle andere leden van het interdisciplinaire team jonger zijn dan onze patiënten.
2. Ouderen leiden allesbehalve zo'n rustige, oude dag als we soms verhopend of hen toewensen. Om er enkele op te noemen: de pensionering, het legenestsyndroom, gezondheidsproblemen, veranderingen in de rolverdeling binnen het gezin die vaak het gevolg zijn van ziekte, verlies van de partner of eigen kinderen, veranderingen in de persoonlijkheid van de partner (bv. door een dementeringsproces), plaatsing in een woon- en zorgcentrum. Daarnaast worden ze bovendien dikwijls geconfronteerd met kleine veranderingen in hun leven, veranderingen die voor de omgeving amper opvallen maar die voor het individu een wereld van verschil maken: vandaag is er niet meer voldoende evenwicht om te fietsen, morgen kan je niet meer bij je schoenen en overmorgen zijn trillende handen hinderlijk bij het drinken. Het lijken banaliteiten maar het zijn in de beleving van een individu, maar ook binnen de routine van een koppel, vaak ingrijpende gebeurtenissen. Kennis, aandacht, begrip en respect voor deze specifieke levensloopgebeurtenissen zijn basisvoorwaarden voor het werk op een afdeling ouderenpsychiatrie.
3. Wanneer je de basisomstandigheden bekijkt waarin psychotherapie bij ouderen het meest haalbaar en constructief is, blijkt het aanbieden van contact, gezonde nieuwsgierigheid en warme belangstelling een eerste, essentiële voorwaarde voor het welslagen van een therapie. De gesprekken kunnen best iets korter maar regelmatig gehouden worden. De hulpverlener neemt beter een wat actieve houding aan maar moet zich anderzijds proberen aan te passen aan het tempo van de patiënt. Verpleegkundige contacten lijken goed aan deze voorwaarden te voldoen.
4. Als laatste en niet onbelangrijk punt is de zorg voor elkaar als verzorgende, als hulpverlener, kortom al wie aan het bed/zetel/stoel van de patiënt komt. Een zorg waar veelal niet of onvoldoende bij stilgestaan wordt. Een schouderklopje, een compliment, luisterend oor, een gezamenlijke activiteit buiten het ziekenhuisgebeuren ... allemaal dingen die weinig energie vragen maar veel energie kunnen geven. We zijn er bovendien van overtuigd dat we door goed voor elkaar en goed voor onze kwetsbare patiëntengroep te zorgen, we ook goed zorgen voor hen die vanuit de band der generaties na hen komen.

Organisatie van de afdeling

Dagtaken

Taken voormiddag

- Bepaling van de glycemies/ bloedafnames
- Op dinsdag en vrijdag voorbereiding en nazorg van ECT-behandeling
- Opdienen van ontbijt en zo nodig hulp bieden
- Medicatiebedeling
- Safety briefing (ca. 15 min.)
- Ochtend- en specifieke zorgen bij de patiënten
- Overdracht na de zorg
- Op dinsdag: multidisciplinair overleg

Taken middag

- Opdienen van de maaltijd en zo nodig patiënten begeleiden
- Medicatiebedeling
- Afruimen van de maaltijd
- Middagrust creëren

Taken namiddag

- Overdracht
- Bedelen van de koffie, patiënten begeleiden waar nodig
- Eventueel hulp bij ergo
- Controle van de parameters
- Een-op-eencontact met patiënten
- Opname van patiënten, ontslag van patiënten begeleiden

Taken avond

- Opdienen van de maaltijd en zo nodig begeleiden
- Medicatiebedeling
- Afruimen van de maaltijd
- Patiënten voorbereiden op de nacht
- Bedeling van nachtmedicatie
- Overdracht naar nachtdienst

Verwachtingen van de student

- Je hebt de introductiebundel vooraf ingezien om een beter zicht te hebben op de problematiek en de individuele noden van de patiënten
- Je voorstellen aan het personeel en patiënten is een elementaire vorm van beleefdheid en wordt in dank afgenomen
- Je bent altijd net en verzorgd als je op de VE aankomt. Dit is een zaak van persoonlijke hygiëne
- Je neemt initiatief om de aanwezige leermomenten te benutten door concrete afspraken te maken met de verantwoordelijke om onderzoeken, behandelingen ... bij te wonen. Tijdig vragen om SC, IM, bloedafnames en wondzorgtechnieken te sparen
- Je vult leerdoelen in op begeleidingsfiche, je bespreekt deze met de mentor zodat ze je daarbij kunnen begeleiden
- Je bent verantwoordelijk voor je eigen leerproces, daarom wordt gevraagd de begeleidingsfiche zelf in te vullen en voor te leggen aan de mentor
- Je gaat op een tactvolle en beleefde manier om met de patiënten, bezoekers en het personeel met wie wordt samengewerkt
- Je integreert je op een gepaste manier in het team, rekening houdend met de eigenheid van de verpleegeenheid
- Je kan zelf vragen stellen en problemen of gegevens aan bod brengen
- Je woont de patiëntoverdracht bij
- Je neemt verantwoordelijkheid op. Wees eerlijk, correct en stipt. Eerlijk uitkomen voor eventuele fouten of vergissingen
- Je neemt zelf initiatief voor neventaken
- Je neemt maatregelen om kruisinfectie te voorkomen
- Je bent zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van een patiënt in samenspraak met de hoofdverpleegkundige en/of de mentoren
- Je bent in staat om op een constructieve wijze om te gaan met feedback
- Je zorgt ervoor dat je zoveel mogelijk doelstellingen hebt bereikt op het einde van jouw stage
- Je vult op het einde van de stage de studentenenquête in
- De student draagt altijd arbeidskledij met het logo van de school

Verantwoordelijkheid

- Bij afwezigheid of ziekte verwittig je altijd de afdeling voor de aanvang van de stage op het telefoonnummer 050 47 05 30
- Zelf de school verwittigen bij ziekte

Beroepsgeheim

- Alles wat je verneemt op de afdeling over patiënten valt onder het beroepsgeheim
- Er worden geen documenten met identificatie van de patiënt meegenomen naar huis!

Vorbereiding voor de student

- Vooraf de hoofdverpleegkundige contacteren (via jan.debaene@azsintjan.be of 050 47 05 30)
- Onderstaande links openklikken en al eens lezen

<http://www.azsintjan.be>

Jobs en stages → Stages → Stage zorg → onderaan bij “documenten doornemen” vind je alle nodige info

De eerste dag:

- De stagecoördinator en de begeleidingsverpleegkundigen plannen telkens om 13.30 uur een onthaal op maandag voor de studenten van o.a. volgende scholen: Vesalius, ZOWE, Vives, Howest

De plaats van afspraak is aan het onthaal en het onthaal bestaat uit:

- Opwachten aan de voordeur voor een welkomstwoordje
- Begeleiden naar de kleedkamers en tijd geven om je om te kleden
- Rondleiding binnen onze campus met de belangrijkste plaatsen
- Na de rondleiding een kleine presentatie met vooral afspraken en verwachtingen
- Zo nodig begeleiden naar de stageplaats

Doelen tijdens tussentijdse en eindevaluaties

Het is de bedoeling dat de student bij aanvang van de stage een schriftelijk overzicht met stagedoelen voorlegt en overloopt met de mentoren.

In de stagedoelen kun je je sterke punten, verder te ontwikkelen punten en werkpunten vooropstellen. De student is verantwoordelijk voor het eigen leerproces en de vraag naar feedback. Er wordt verwacht van de student dat deze zelf initiatief neemt om leermomenten op te zoeken en handelingen in te oefenen.

Eventuele zorgen worden achteraf besproken met de student zodat hij/zij hieruit leert voor de toekomst. Het groeiproces van de student zal voor de evaluatie bepalend zijn.

Tijdens de stageperiode zijn er 2 officiële evaluatiemomenten. Deze worden (bij voorkeur) altijd met de mentoren en de begeleiding van school uitgevoerd. Zowel de student als de mentoren bereiden deze evaluatiemomenten voor aan de hand van evaluatieformulieren.

Om een grondige evaluatie te kunnen bekomen, wordt er verwacht van de student dat ze dagelijks hun reflecties noteren en bespreken met de mentoren.

Vergeet niet:

Voor elk probleem, groot of klein en van welke aard ook, spreek met de hoofdverpleegkundige, mentoren en/of verpleegkundigen waar je je goed bij voelt. Blijf niet met problemen zitten, dit zou je stage ongunstig kunnen beïnvloeden.

Alvast veel succes met de stage!

Goede zorg laat niemand achter

Psychogeriatric - SP4

050 47 05 30

jan.debaene@azsintjan.be

**AZ
Sint-Jan
Brugge**

AZ Sint-Jan Brugge AV

Campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge, 050 45 21 11

Campus SFX, Spaanse Loskaai 1, 8000 Brugge, 050 47 04 70

info@azsintjan.be – www.azsintjan.be

**AZ
Sint-Jan
Brugge**