

Geriatric

A 420

Dienstinformatie voor studenten

Contactgegevens

Dienst Geriatric

T: 02 477 77 42

Hoofdverpleegkundige

T: 02 474 92 22

M: Michael.DePlecker@uzbrussel.be

Voorwoord

Beste,

Deze brochure bundelt alle basisinformatie die jullie nodig hebben om te kunnen functioneren op onze dienst. Neem deze dan ook zorgvuldig door, zodat je stage zo optimaal mogelijk kan verlopen.

Stages zijn er om ervaring op te doen en de theoretische kennis om te zetten in de praktijk. Dit wil zeggen dat de sleutel tot succes voor een groot deel bij jullie zelf ligt. Wij zorgen voor de omkadering en een goede begeleiding.

Aarzel niet om bij vragen of problemen iemand van de dienst aan te spreken, zodat misverstanden minimaal zijn en de stage aangenaam blijft.

Van harte welkom op onze dienst!

1. De mentoren

Het UZ Brussel wenst stagiairs een goede begeleiding aan te bieden. Behalve de collegiale sfeer betekent dit ook een kwalitatieve coaching. Daarom organiseert het UZ Brussel samen met de hogescholen verschillende vormingsmomenten over mentorschap.

Van alle medewerkers van het Departement Verpleeg- en Vroedkunde wordt verwacht dat ze een basisopleiding als mentor gevolgd hebben. Enkel zij die zich verdiepen in onthaal, begeleiding en evaluatie van stagiairs noemen we mentor of begeleidingsverpleegkundige.

Onze mentoren zijn:

Kjell Pletinckx, Joke De Brucker, Saskia Muylle

De andere collega's zijn ook altijd beschikbaar om je de nodige informatie te verschaffen en om je bij te staan tijdens je stageperiode.

2. Organisatie van de stagebegeleiding

Vorbereiding op de stage door de student:

De student informeert zich over de stageplaats. Deze informatie kan de student vinden in een informatiebrochure. De student leest de informatiebrochure ter voorbereiding van de stage. Zo heeft de student kans om vragen over de stageplaats en de leermogelijkheden te stellen. Bovendien heeft hij de mogelijkheid om eventueel vooraf nog technieken in te oefenen of literatuur of cursussen over de problematiek van de afdeling door te nemen. We raden studenten ook aan om al voor de eerste stagedag contact op te nemen met de hoofdverpleegkundige van de stageplaats om al informatie over de dienst en zijn/haar taak hierin te verzamelen.

Eerste gesprek met de stagebegeleider, mentor en/of leidinggevende en student en introductie op de dienst:

Op de eerste stagedag komt de student op het afgesproken uur op de dienst en richt zich tot de hoofdverpleegkundige / verantwoordelijke/ mentor. Op dit moment kan ook de introductie van de student op dienst plaatsvinden. De student brengt het stage dossier mee naar de afdeling en geeft het ter inzage aan de mentor. In de loop van de eerste 2 dagen moet de student zijn leerdoelen (persoonlijke leerdoelen en leerdoelen gebonden aan de stageplaats) bespreken met de mentor en de hoofdverpleegkundige.

Werkbegeleiding met mentor/verpleegkundige:

De mentor/verpleegkundige werkt in de mate van het mogelijke zoveel mogelijk samen met de student. De student maakt dagelijks een reflectie over zijn eigen functioneren van die dag. Indien mogelijk geeft de mentor/verpleegkundige, nadat de student zijn eigen aandachtspunten heeft genoteerd, de student, dagelijks feedback. Het kan handig zijn om bij het begin van de shift een moment af te spreken voor het geven van feedback.

Leerbegeleiding met de stagebegeleider:

De stagebegeleider begeleidt de student bij het leerproces en het hanteren van problemen die de student ondervindt tijdens de stage.

De stagebegeleider houdt op afgesproken momenten leergesprekken met de student. De student krijgt ook de kans om vragen te stellen over de stage opdracht en om de opdracht te laten bijsturen. De student kan te allen tijde bij problemen de stagebegeleider contacteren.

3. Het multidisciplinaire team

Het verpleegkundige team:

Uiteraard hebben we in de eerste plaats de verpleegkundigen. De verpleegkundigen op onze dienst zijn deels geriatrische verpleegkundigen, deels verpleegkundigen zonder specialisatie geriatric. Specialisatie of niet, het is van groot belang dat je 'geriatric - minded' bent, anders kan je niet functioneren op deze dienst. Geriatric vergt veel inzet, geduld, ... een bepaalde aanpak. Het is meer dan de 'was en de plas', maar daar moet je wel zelf van overtuigd zijn!

Een aantal van onze verpleegkundigen werken voltijds, anderen deeltijds.

(uitleg over de verpleegkundige werking op onze dienst vindt u verder in de brochure).

De artsen:

Als verpleegkundigen werken we in de eerste plaats nauw samen met de artsen.

De leiding op onze dienst wordt waargenomen door Prof. Dr. Lieten samen met 2 vaste stafleden: dr. L. Dreessen en dr. A. Debain. Zij doen (o.a.) de supervisie van de assistenten interne geneeskunde. De leiding op de orthogeriatric (A550) wordt waargenomen door Dr A. Debain. De zaaladviezen worden gedaan door een assistent geriatric (specialist in opleiding) onder supervisie van Prof. Dr. Lieten.

Er zijn vaak 2 assistenten aanwezig op zaal, die elk instaan voor de helft van de patiënten op zaal. Om 8u45 gebeurt er een overdracht van de hoofdverpleegkundige aan de artsen. Hierbij worden de problemen die zich 's nachts hebben voorgedaan besproken. De medische dossiers worden doorgaans afgewerkt tegen 14u30.

Elke dinsdag hebben de artsen een medische patiëntenbespreking, samen met hun supervisors. Elke donderdag nemen zij deel aan de multidisciplinaire patiëntenbespreking, samen met alle andere disciplines op zaal.

Gesprekken met familie gebeuren steeds op afspraak (telefonisch of op de dienst). Op donderdag/vrijdag wordt steeds nagevraagd wanneer de artsen de volgende week ter beschikking zijn voor familie. Deze uren worden genoteerd in een 'afsprakenboek'. Per dag worden maximaal 3 afspraken ingepland per arts.

Voor huisartsen en collega artsen kunnen de zaalartsen steeds gestoord worden. Ook in geval van acute problemen kan er, in samenspraak met de arts, een uitzondering gemaakt worden.

De samenwerking met de verpleegkundigen verloopt vlot maar een goede communicatie is essentieel! We trachten dan ook directe communicatie met de artsen te stimuleren.

De sociale verpleegkundige:

Hoe is de thuissituatie van de patiënt? Is de patiënt nog zorgonafhankelijk? Zijn er financiële problemen? Heeft men nog familie waarop men kan terugvallen? Is men goed omkaderd? Krijgt men al professionele hulp (thuisverpleging, maaltijden, poetshulp)? Is de thuissituatie niet te gevaarlijk geworden?

Al deze zaken worden in functie van de ontslagplanning nagegaan door onze sociale verpleegkundige van dienst, namelijk juffrouw Mirte Bliki (dect 3281) of haar vervangster.

Allereerst wordt de sociale situatie besproken op de wekelijkse multidisciplinaire teamvergadering, met als grootste vraag: 'is de bestaande thuissituatie houdbaar'? Kan de patiënt nog naar huis, of moet de patiënt eerste naar een revalidatie-instelling? Of is een directe plaatsing de enige oplossing?

Het is dus de sociaal verpleegkundige die de ontslagplanning begeleidt. Voor een goed ontslagmanagement gaat zij eventuele veranderingen voorbereiden en plannen. Vanuit dit perspectief gaat zij bepaalde voorzieningen en diensten aanspreken ten gunste van onze patiënt:

- Financiële voorzieningen,
- Thuis hulpdiensten (maaltijden, poetshulp, ...)
- Residentiële opvang: tijdelijk of definitief,

Dit alles wordt besproken/ is steeds in overleg met alle betrokken personen van het multidisciplinaire team, inclusief de patiënt en zijn familie/partner.

De kinesist:

De kinesitherapeuten Sylvia Moins, Alexandra Gillain en Filippo Giunta zorgen voor een objectieve evaluatie van de motorische en functionele vaardigheden van de patiënt. Zo krijgen we een correct beeld van de mogelijkheden van de patiënt.

De kinesitherapeut evalueert hoe de patiënt zich verplaatst, hoe hij/zij transfers uitvoert (bv. in en uit bed, in en uit de zetel, ...) en hoe zijn evenwichtsreactie is in verschillende omstandigheden. Via evaluatie (bv. Tinetti, EMS,...) kan eveneens het valrisico van de patiënt geoptimaliseerd worden.

De functionaliteit, zelfredzaamheid en de veiligheid van de patiënt zal zo nodig geoptimaliseerd worden door de kinesitherapeut. Hierbij wordt rekening gehouden met de medische diagnose, behandeling, prognose en de patiënt zijn beperkingen. De kinesist staat in voor:

- Oefeningen en bewegingen om spierkracht, flexibiliteit, coördinatie en uithouding te herstellen of te verbeteren,
- Aanleren en oefenen van transfers (zo zelfstandig en veilig als mogelijk),

- De gang en het zich verplaatsen wordt geoefend, eventueel met hulpmiddelen (stok, kruk, loopwagentje),
- Ademhalingsoefeningen en bronchiaal toilet als de patiënt zijn aandoening dit vereist,
- Bij hemiplegie: neurotraining,
- Bij evenwichtsproblemen: balanstraining,
- Bij bedlegerige patiënten: mobilisatie,
- Groepsgymnastiek: stimuleren van algemene lichaamsbeweging via specifieke oefeningen, geheugentraining, stimuleren van sociale vaardigheden, educatie en informatie bieden,

Dit alles heeft als doel de patiënt zo snel mogelijk weer functioneel en zelfredzaam te maken.

Ook hier is er een continue samenwerking met de verpleegkundigen: het uitwisselen van informatie over de vaardigheden, de vooruitgang en de eventuele beperkingen van elke patiënt is van groot belang: mondelinge communicatie of via het verpleegkundig dossier. Ook de wekelijkse interdisciplinaire teamvergadering is hiervoor zeer waardevol.

De diëtiste:

Voeding bij onze geriatrische patiënten is een belangrijk onderdeel van een goede zorg. Ondervoeding heeft een negatieve invloed op de gezondheidstoestand. Bijsturing van het dieet kan via onze diëtiste Juff. Chloë Verhelst (dect 2597). Zij komt dagelijks langs op zaal om waar nodig het ingestelde dieet van patiënten aan te passen. Ook worden eventuele wensen/problemen met haar besproken en aangepakt. Zij gaat ook indien nodig langs bij de patiënt om voedingswensen te noteren. Naast het aanpassen van het dieet wordt er ook aan GVO gedaan. Door advies te geven kan het vroegere (slechte) eetgedrag bijgestuurd worden.

Ons ziekenhuis beschikt ook over 'keukenhostesses'. Dit zijn dames die o.a. langs alle patiënten komen om hun een keuze te laten maken uit het bestaande aanbod. Indien de tijd het toelaat komen zij dagelijks langs. Op onze dienst gaan zij enkel langs bij de patiënten die door ons worden aangeduid.

De ergotherapeut(e), logopedist(e) en psycholo(o)g(e):

De ergotherapeute, Chelsy Vastmeer, inventariseert de beperkingen die de patiënt ondervindt en zoekt vervolgens oplossingen voor problemen die men tegenkomt bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten. Hulpmiddelen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen (bv. voor het eten van de maaltijd, aantrekken van schoenen, ...). Evaluatie van de ADL en het herwinnen van de autonomie zijn hierbij een belangrijke taak. Op de dienst geriatrie staat de ergotherapeut ook in voor de activiteiten zoals samen de maaltijden nuttigen, oriëntering in tijd, spelletjes om vaardigheden te oefenen, ...). Waar nodig zal de woonsituatie van de geriatrische patiënt geëvalueerd worden en aanpassingen voorgesteld: steunen aan het toilet, weghalen van drempels, traplift, ...

De logopediste op zaal, Mej. Desmet Jessie, staat in voor de screening en opvolging evenals het opnieuw veilig leren slikken van patiënten met slikstoornissen. Bij de geriatrische populatie is dysfagie namelijk vaak een oorzaak van gewichtsverlies en ondervoeding. Trainen van de mondmotoriek, stimuleren van de sensibiliteit en het corrigeren van de houding van de patiënt evenals het aanleren van een aangepast slikmanoeuvre leert de patiënt op een veilige manier slikken.

Ook CVA-patiënten met afasie of dysartrie kunnen geholpen worden door de logopediste op zaal (spraakrevalidatie).

De psychologe op zaal, Mej. Lauwereys Melanie, heeft als belangrijkste opdracht het diagnosticeren van geheugenstoornissen, verschillende types van dementie, depressieve stoornissen, angststoornissen, de differentiaaldiagnose dementie - depressie, ...

De testen die zij daarvoor gebruiken:

- MMSE: Mini Mental State examination: geeft een globale indruk van de cognitieve functies. Dit is een screening, geen diagnose! Een lagere score kan ook te wijten zijn aan een depressie, vermoeidheid, verminderde aandacht, begripsproblemen, geheugenproblemen, ...
- CAMCOG: is een uitgebreidere cognitieve test, gebeurt enkel bij mensen die een score hebben > 23/30 op de MMSE,
- FAB: Frontale Assessment Battery : executieve functies : planmatig handelen (koken, aankleden, wassen), sociaal onaangepast gedrag, abstract denken,...
- KDS: Kort Depressie Schaal

Daarnaast worden de psychologen ook ingezet in de begeleiding van de meest voorkomende psychische problemen bij ouderen zoals: eenzaamheid, rouw, gebrekkige aanpassing aan nieuwe situaties, psychosomatische problematiek, depressie, angsten (bv. angst om te vallen, angst om dement te worden, ...), achterdocht en waanstoornissen, verslaving, familiebegeleiding, begeleiding bij palliatieve patiënten, ...

Een derde belangrijke taak van de psychologen: geheugentraining.

4. De organisatie van de patiëntenzorg

De dienst Geriatrie ziet eruit zoals alle andere diensten, en toch is deze dienst een specialisme op zich. De dienst verschilt in de eerste plaats van andere diensten in het ziekenhuis omwille van zijn sterk multidisciplinaire karakter. Hiermee bedoelen we dat er verschillende disciplines aanwezig zijn op de dienst: verpleegkundigen, sociaal verpleegkundige, kinesist(en), diëtiste, artsen, evenals een ergotherapeut(e), een logopodist(e) en een psycholo(o)g(e). Deze disciplines - elk met een afzonderlijk karakter - werken hierbij nauw samen. Deze samenwerkingscultuur is onontbeerlijk voor een goed functioneren van een geriatrie dienst.

Maar onze dienst onderscheidt zich ook van andere diensten omwille van een aantal specifieke kenmerken:

- De gemiddelde leeftijd van onze patiënten is > 75 jaar
- Een verblijf op de dienst geriatrie is vaak wat langer dan op andere diensten, doch blijft een acute afdeling waarbij de gemiddelde verblijfsduur niet mag overschreden worden. De opname beperkt zich tot de acute en subacute fase van het ziekteverloop.
- Het is niet altijd duidelijk welk orgaansysteem verantwoordelijk is voor de algemene toestand van de patiënt. Een brede opvang is noodzakelijk: een klassieke opdeling in organen moet vermeden worden.
- Multipathologie: diverse aandoeningen doen zich tegelijkertijd voor.
- Typische ouderdomsproblematiek: dementie, mobiliteitsproblematiek en valproblematiek, extra aandacht voor decubituspreventie wegens het grotere risico, ondervoeding, medicatie-inname, ...
- Architectonisch: voldoende rustmogelijkheden (zeteltjes in de gang, lager hangende spiegels in de badkamer, extra steunen in de badkamer, ... Iedere dienst geriatrie heeft een dagzaal, die verschillende functies heeft.
- Functioneel: speciale (anti - decubitus) matrassen op elk bed. Bij verhoogd risico wordt systematisch overgegaan op een repose® of microsolo® matras; "een positioneringkussen" voor het uitvoeren van wisselhoudingen is voor elke patiënt voor handen; naast de klassieke bel beschikt iedere patiënt over een langdradige bel; elke patiënt heeft een geriatrie zetel met voorzettafel (de zetel kan in verschillende houdingen gepositioneerd worden, de voorzettafel kan zo nodig gefixeerd worden).
- Organisatorisch: de medische leiding wordt waargenomen door een arts - specialist, erkend in de inwendige geneeskunde, die een bijzondere opleiding kreeg op het gebied van de Geriatrie.

5. Dagindeling

D - shift = 07u20 tot 19u50

M - shift = 07u20 tot 15u26

a- shift = 14u00 tot 20u00

Dagelijks zijn er 4 verpleegkundigen/zorgkundige aanwezig tijdens de ochtendshift en de avondshift en 1 zorgkundige in de ochtendshift.

De dienst start om 7u20, STIPT met een overdracht van de nachtverpleegkundige naar de dagploeg. Na de overdracht worden de taken verdeeld: 3 personen staan in voor de bedeling van de medicatie, de overige collega's helpen de logistieke assistent bij het opdienen van de maaltijden. Ook het rechtop zetten en helpen van de patiënt bij deze maaltijd hoort erbij!

Na de maaltijdbedeling wordt er gestart met de verzorging van de patiënten. Samenwerken en collegialiteit op onze dienst is hierbij van cruciaal belang.

Onze dienst is onderverdeeld in een voorkant (kamers 21 tot 25 en 32 tot 35) en een achterkant (kamers 26 tot 30 en 36 tot 40). Wanneer de verpleegkundigen van de 'voorkant' als eerste gedaan hebben met de ochtendzorgen wordt er automatisch geholpen aan de 'achterkant', en dit vice versa!

Met patiëntenzorg bedoelen we op onze dienst de totaalzorg voor de patiënt: patiënt wordt geholpen bij de hygiënische zorgen, wondzorg waar nodig, eventuele voorbereidingen voor onderzoeken, installeren in de zetel of bed, controleren van parameters, maar ook het opmaken van het bed en netheid van de kamer behoren tot de zorg.

Om 10u30 wordt er kort gepauzeerd (15 minuten) en worden de zorgen nadien hervat. Omstreeks 11u30 wordt gestart met de toediening van de middagmedicatie en bedeling van het middagmaal. Ook hier dezelfde werkverdeling als tijdens de ochtend.

Na een welverdiende middagpauze wordt het EMD geraadpleegd (nakijken van infusen, onderzoeken en nota's van de artsen). De arts heeft in het EMD bij de nota's de verpleegkundige opdrachten ingebracht tegen 14.00u.



Dat zijn de taken die hij/zij van ons verwacht (infusen die moeten geplaatst worden, stalen die moeten afgenomen worden, Packed Cells die moeten gegeven worden, extra parameters die moeten gecontroleerd worden, ...). De verantwoordelijke verpleegkundige en zorgkundige lezen deze samen na en passen ook het briefingblad aan. Verpleegkundige opdrachten die na 14.00u worden gevraagd dienen steeds door de arts mondeling doorgegeven te worden aan de verantwoordelijke verpleegkundige.

Tijdens deze middagtour worden de infusen vervangen en de nodige zorgen toegediend.

Op bepaalde dagen zijn er ook extra taken tijdens deze middagtour:

- Dinsdag: aërosolmaskers en zuurstofleidingen vervangen
- Infuusleidingen vervangen om de 3 dagen. Datum wordt genoteerd op de trousse.

Na de middagtour is er nogmaals een briefing, samen met de hoofdverpleegkundige. Hier wordt informatie van beide zijden uitgewisseld.

Omstreeks 16u wordt waar nodig medicatie toegediend.

Omstreeks 16u45 worden het avondmaal bedeed, evenals de medicatie. De boterhammen worden op de kamer gesmeerd.

Na een welverdiende pauze wordt er gestart met de avondtour. Patiënten worden in bed geholpen, worden verschoond of begeleid naar het toilet, wisselhoudingen worden uitgevoerd, patiënten worden geïnstalleerd voor de nacht, parameters worden genomen waar nodig, infusen plaatsen,

Na al dit gebeurt er een overdracht van de dagploeg aan de nachtverpleegkundige. Indien er 2 nachtverpleegkundigen aanwezig zijn, wordt de avondmedicatie van 20u uitgedeeld door de nachtverpleegkundige.

Nachtschift:

De nachtverpleegkundige start de dienst om 19u30 en eindigt om 7u30.

De dienst start met een overdracht tussen de dagploeg en de nachtverpleegkundige.

De taken van de nachtverpleegkundige bestaan onder meer uit:

- Het toedienen van medicatie op vastgestelde uren,
- Controle van de perfusies doorheen de nacht,
- 2 'kleine' toeren (om 22u en 02u: controle van de patiëntenkamers en patiënten, dextro-controles, eventuele toediening van medicatie, controleren van parameters waar nodig, ...)
- 2 'grote' toeren: eventuele toediening van medicatie en vervangen van perfusies waar nodig, controleren van parameters waar nodig, patiënten worden verluierd en wisselhouding wordt gegeven, ...),
- Eventueel wordt de voorbereiding voor bepaalde onderzoeken gestart (colono, hydratatie voor CT, ...),
- Omstreeks 6u start de verpleegkundige met de bloedafnames,
- Bij het beëindigen van de shift is de dienst ordelijk,
- Belangrijk tijdens de nacht is dat de verpleegkundige de rust bewaart: vaak zijn er verwarde patiënten, die soms zeer onrustig zijn, perfusies en sondes uittrekken, die dwalen, roepen of zelf agressief kunnen zijn, ... Als nachtverpleegkundige probeer je dit zo goed mogelijk op te vangen. Dit geldt ook voor acute problemen zoals acuut longoedeem, thoracale pijnen, Uiteraard kan er hulp ingeroepen worden van de collega van de aanpalende dienst, de vliegende equipe (tijdens de week) en/of de nachthoofdverpleegkundigen)

6. Specifieke leermomenten voor studenten

Ademhalingsstelsel:

- Toedienen van zuurstof
- Toedienen van aerosol
- Aspiratie van de ademhalingswegen

Bloedsomloopstelsel:

- Voorbereiding, toediening van en toezicht op intraveneuze perfusies en transfusies, eventueel met technische hulpmiddelen
- Verzorging en toezicht op centraal veneuze katheters

Urogenitaal stelsel:

- Uitvoeren van een éénmalige sondage
- Plaatsen van verblijfsonde



- Vernieuwen van verblijfsonde
- Zorgen aan en toezicht op verblijfsonde
- Nemen van urinecultuur

Huid- en zintuigen:

- Aanbrengen van verbandmateriaal ter preventie en behandeling van decubituswonden
- DAV vernieuwen
- Verwijderen van verschillende soorten hechtingsmateriaal

Medicamenteuze toediening:

- Toedienen van medicatie per os, rectaal, transdermaal
- Toedienen van IM, IV, SC medicatie

Voedsel- en vochttoediening:

- Parenterale voeding via perifere katheter
- Parenterale voeding via een centraal veneuze katheter (TPN)

Mobiliteit:

- Wisselhouding
- Eerste opstaan van patiënt

Hygiëne

- Totaalverzorging van de patiënt
- Zorgen aan de overledene

Verpleegkundige activiteiten die verband houden met het stellen van de diagnose:

- Bloedafname
- Afname van urinestalen
- Opstellen van vochtbalans
- 24-uurs urinedebiet
- Glycemiecontrole via vingerprik

7. Feedback en Evaluatie

Dagelijkse feedback:

De student houdt dagelijks zijn eigen aandachtspunten bij en geeft aan wat hij goed deed en wat kan verbeterd worden. Elke dag geeft de mentor/verpleegkundige hier feedback op.

Tussentijdse evaluatie:

In de helft van de stageperiode vindt er een tussentijdse evaluatie plaats waarop een evaluatieformulier wordt overlopen. De student krijgt nu feedback van de stagebegeleider die zich informeert bij de mentor en/of hoofdverpleegkundige over zijn/haar functioneren.

Eindevaluatie:

Op een van de laatste dagen van de stage komen de hoofdverpleegkundige, mentor en student samen om een eindevaluatie te maken. Indien de mentor niet aanwezig kan zijn, is het de hoofdverpleegkundige die de eindevaluatie vorm geeft. Dit gebeurt aan de hand van het voorgedrukte evaluatieformulier. De eindevaluatie moet gedateerd en ondertekend worden door alle partijen.

Evaluatie van de dienst door de student

We verwachten dat de student de opvang en begeleiding evalueert via een elektronische enquête. Deze bevraging is anoniem en wordt niet individueel geïnterpreteerd. De vragenlijst is oproepbaar via InSite.

De student dient aan te tonen dat deze evaluatie effectief werd uitgevoerd: na het versturen van de enquête krijgt de student een elektronisch antwoord dat uitgeprint kan worden. Deze uitprint wordt getoond aan de mentor of hoofdverpleegkundige.

8. Verwachtingen in verband met de stage

Wat verwachten wij van een student:

- Correct uniform, conform de richtlijnen uit de stage gidsen (Haartooi - Make up - Juwelen - Schoenen)
- Naamplaatje
- Stiptheid
- Goed voorkomen, opgelet met piercings
- Goede motivatie en inzet
- Beleefd met een juiste assertiviteit
- Communiceren!
- Zorg voor mondelinge en schriftelijke rapportage



- Doelstellingen kunnen formuleren
- Zorg volgens opleidingsniveau
- Correcte afwerking van de patiënt en de kamer
- Durven vragen stellen
- Ondersteunen van de logistieke medewerker

Wat mag de student van ons verwachten:

- Een rondleiding op de eenheid
- Voorstellen van de medewerkers
- Toewijzing aan een verpleegkundige
- Begeleiding door een verpleegkundige: verpleegdossier – afspraken – pathologie - ...
- Geïntegreerde patiëntenzorg
- Een dienstbrochure
- Feedback op regelmatige basis
- Een tussentijdse en een eindevaluatie
- Bijwonen van de briefing en van de multidisciplinaire patiëntenbespreking

9. Afdelingsregels en afspraken

- Aanvang dienst/ stage = 7u20, STIPT. Bij late dienst wordt het aanvangsuur bepaald in overleg met de hoofdverpleegkundige,
- Doelstellingen duidelijk maken bij aanvang van stage,
- Dagelijks uren laten aftekenen,
- Correcte/ beleefde/ respectvolle houding naar equipe en patiënten toe,
- Werken aan het stageverslag gebeurt niet op dienst maar thuis,

