

PZ Heilige Familie
Groeningepoort 4
8500 Kortrijk

Studentenbunde/

De VLONDER

Inhoud :

Welkomstwoord
Algemene Info
Bijkomend
Info over de Vlonder
Dagstructuur
Algemene verwachtingen
Taken en leerkansen
Gedragcode voor het gebruik van PDP
Brandprocedure
Missie

Welkom,

U komt op stage. Wij heten u daarbij hartelijk welkom. We werken reeds jaren samen met diverse scholen om via stage een optimale opleiding te bewerkstelligen. We zullen u dan ook zo goed mogelijk begeleiden en hopen op een vruchtbare samenwerking.

We vinden het belangrijk dat er een goede wisselwerking is tussen mentor en student. Door overleg, vraagstelling en feedback zal het voor iedereen duidelijk zijn waar er nog werkpunten zijn of waar je prima scoort. Indien het een eerste contact is met een psychiatrisch ziekenhuis, hopen we dat de stage voor u een goed beeld geeft van de toekomstige job.

We wensen u dan ook een leerrijke stage toe !

Algemene informatie:

Verantwoordelijke voor de stageaanvragen is Messely Jan (056/24 52 11, jan.messely@pzhfamilie.be) Hij is de contactpersoon tussen de scholen en het ziekenhuis. Hij staat in voor de planning van de stageaanvragen. De jaarplanning voor het komende schooljaar wordt opgemaakt in juli.

Individuele aanvragen worden in overleg met het respectievelijke diensthoofd behandeld en ingepast indien mogelijk.

Bij aanvang van de stage dient u zich te melden aan de receptie om 9 uur, tenzij anders afgesproken.

Indien u informatie wenst over een mogelijke vakantiejob tijdens uw stage, richt u dan naar de hoofdverpleegkundige. Die kan uw gegevens noteren en bij vacatures wordt u gecontacteerd.

In het ziekenhuis komen diverse disciplines hun opleiding verfijnen :

*Opleiding voor verpleegkunde
Opleiding voor Logistieke hulp
Opleiding voor ergotherapeut
Opleiding voor maatschappelijk werker
Opleiding voor psycholoog
Opleiding grootkeuken
Opleiding voor kleuter-/basis-/secundair onderwijs
Opleiding voor Opvoeder en/of Verpleegkunde K-dienst*

Bijkomend:

De sleutel wordt afgeleverd bij de aanvang van de stage via Jan Messely. U betaalt daarvoor een waarborg van 10 euro. Bij het beëindigen van de stage kunt u uw waarborg terugkrijgen via de administratie.

Merk op dat de sleutel nooit wordt uitgeleend. Hij wordt ook onder geen enkele voorwaarde aan een patiënt gegeven. Alle deuren die gesloten waren dienen steeds opnieuw te worden gesloten. De deur van de verpleegbureaus of het toezichtlokaal wordt bij het verlaten steeds gesloten.

De hoofdingang van de kliniek is gesloten van 20:30 tot 8:00.

U kunt uw middagmaal in de cafetaria nuttigen. Bonnetjes voor het middagmaal zijn te verkrijgen via de administratie op het gelijkvloers en kosten 3.00 euro. U kunt natuurlijk ook uw eigen middagmaal meebrengen en in het cafetaria opeten. Drank is gratis te verkrijgen.

De middagpauze gaat in om 12:00 of om 12:30. Overleg met de aanwezige verpleegkundige daaromtrent is aangewezen.

U kan ook voor het avondmaal een bonnetje indienen. Dit kost 1.50 euro.

Uw uurrooster wordt opgemaakt op de afdeling door uw mentor op de eerste stagedag. We proberen rekening te houden met persoonlijke wensen, maar de afdeling blijft primair. Bij meerdere studenten op de afdeling wordt gekozen om met verschillende uurroosters te werken (1 student in de voormiddag en 1 student in de namiddag).

Info over De Vlonder:

Doelgroep

In leefgroep de Vlonder worden volwassenen behandeld die moeilijkheden in hun leven ervaren door misbruik of afhankelijkheid van middelen, specifiek van alcohol en/of medicatie. Deze moeilijkheden situeren zich dan op de voornaamste levensdomeinen: lichamelijke en psychische gezondheid, relatie(s), woonst, werk, vrije tijd. Problemen met illegale drugs komen niet in aanmerking voor opname en behandeling.

Doelstelling

De centrale doelstelling is het aanleren en volhouden van een levensstijl zonder alcohol of medicatie. Een in fasen gestructureerd therapieprogramma is de basis van de behandeling. Doorheen de behandeling is er aandacht voor het versterken van de motivatie tot volledige abstinentie. Naast de focus op veranderen van het problematisch middelengebruik, wordt ook de nodige aandacht besteed aan de verschillende probleemaspecten van mensen met een verslavingsproblematiek. Er wordt probleemoplossend gewerkt rond praktische zaken zoals woonst, daginvulling, vrije tijd en sociale contacten. Verslaving zorgt ervoor dat mensen minder keuzes kunnen maken en bestuurt voor een groot deel de inhoud van hun leven. De behandeling richt er zich op om mensen opnieuw te leren kiezen door hen alternatieven te laten zien en ontwikkelen. Werken aan een abstinente levenswijze is keuzevrijheid verhogen. Het is onze bedoeling dat opnieuw een vrije keuze kan gemaakt worden door een abstinente levenswijze.

Volgende concrete doelstellingen worden nagestreefd in ons behandelprogramma:

- Medische opvolging bij lichamelijke ontwenning
- Inzicht krijgen in eigen lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van hun overmatig middelengebruik
- Vergroten van de motivatie om het verslavingsgedrag te veranderen (streven naar volledige abstinentie)
- Voorkomen van terugval en versterken van zelfcontrole.
- Aanleren van vaardigheden (o.a. probleemoplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden)
- Zoeken naar en opbouwen van een "gezonde" levensstijl (dagstructuur, zinvolle tijdsbesteding, gezonde voeding, beweging, positief sociaal netwerk)
- Activeren van de door verslaving afgevlakte psychische functies zoals initiatiefname, plezierbeleving, diepgaandere sociale contacten...

Behandelingsverloop

De behandeling is in fasen opgedeeld op verschillende niveau's. Er zijn enerzijds de fasen met toenemende vrijheden naargelang de opnameduur vordert. Deze vrijheden (uitgangsafspraken) zijn bewust eenvoudig gehouden om een goed evenwicht te vinden in zorg voor patiënt en stimuleren van zijn autonomie en verantwoordelijkheid voor de behandeling. Er zijn anderzijds de fasen volgens het transtheoretisch model, waar door het behandelteam de patiënten in gesitueerd worden in hun proces. Elke fase veronderstelt een ander accent in de therapeutisch houding. Tenslotte is de behandeling opgedeeld in 3 grote fasen (opname, behandeling, ontslag). De

achterliggende idee is dat zich tijdens de behandeling fasen voordoen die onderling op een viertal punten verschillen. In de eerste plaats wat betreft de aard van de problematiek die op de voorgrond staat; in de tweede plaats wat betreft de aard van de taken voor het therapeutisch personeel en voor de patiënten; vervolgens de graad van fysieke en psychische afhankelijkheid en tenslotte de graad van vrijheid en verantwoordelijkheid die een patiënt kan dragen.

In de opnamefase ligt de klemtoon op de fysieke ontwenning. Strikt toezicht en deskundig ingrijpen om mogelijke ontwenningssverschijnselen adequaat op te vangen. Op basis van bepaalde indicaties kan deze fase op afdeling de "Bolder" (observatie en intensieve zorgen) plaatsvinden. Patiënten die zich in nuchtere toestand, met relatief weinig lichamelijke klachten en met een zekere motivatie aanmelden, worden rechtstreeks in leefgroep De Vlonder opgenomen.

De patiënt engageert zich voor de behandeling en volgt het weekprogramma van zodra de fysieke en/of psychische toestand dit toelaat. Vanuit de verschillende disciplines worden de verslavingsproblematiek en bijkomende problemen in kaart gebracht en in een individueel behandelplan met specifieke doelstellingen gegoten. Steunfiguren worden gecontacteerd en er wordt een individueel gesprek gepland. De patiënt krijgt de opdracht om zijn levensverhaal gestructureerd op te schrijven, met focus op verslavingsgeschiedenis, samen met de IB wordt dit besproken. De bespreking van zijn verslavingsgeschiedenis wordt in een synthese gegoten en de verdere accenten in de behandeling worden er bepaald. De opnamefase duurt minstens een week en hierin mag het ziekenhuis niet verlaten worden.

In de behandelphase – het centrale gedeelte van de behandeling – wordt intensief probleemoplossend te werk gegaan. Hiermee wordt bedoeld dat, naast het luisteren naar de bestaande problemen, eveneens op zoek wordt gegaan naar wat er wel nog goed loopt, naar de aanwezige en potentiële mogelijkheden van de patiënt. Samen met de patiënt wordt gezocht naar hulpbronnen en worden contacten gelegd met aanwezige steunfiguren. De nadruk wordt gelegd op de mogelijkheden die mensen in zich hebben en die hen kunnen helpen om verandering te bekomen. Patiënt krijgt geleidelijk aan meer vrijheid, eerst vrije tijd op woensdagnamiddag en een gesloten weekend, daarna alle dagen van de week en een open weekend (met overnachting thuis).

Terugval in verslavingsgedrag wordt gezien als een onderdeel van het proces van gedragsverandering. Door de terugval te leren zien als een nieuwe ervaring met leermogelijkheden wordt een aanzet gegeven om het herstelproces op een actieve manier aan te vatten.

Als een patiënt tijdens de opname een terugval kent, krijgt hij/zij 7 dagen vrije tijdsverlies. Dit houdt in dat de persoon het ziekenhuis niet mag verlaten. In die "time-out" periode krijgt de patiënt de opdracht om de terugval te analyseren aan de hand van een schema, dit om het inzicht in het proces te verhogen en om een volgend terugval te voorkomen. Is er een terugval als de patiënt reeds in daghospitaal komt, dan wordt de persoon verwacht extra dagen aanwezig zijn in het ziekenhuis en wordt er regelmatig een alcoholcontrole afgenomen. Uiteraard is er ook dan aandacht voor de terugvalanalyse. Deze regel is vast voor iedere patiënt, er worden geen uitzonderingen toegelaten.

In de ontslagfase wordt de terugkeer naar het thuismilieu ook intensief en concreet voorbereid. Het overgaan naar daghospitalisatie is een mogelijkheid die een stapsgewijze overgang naar het thuismilieu toelaat. Aandachtspunten zijn: terugvalpreventie, persoonlijk noodplan maken (flitskaart), voorbereiden van nazorg (AA – SOS Nuchterheid – nazorggroep van de Vlonder), integratie in het gezin, concretiseren van vrijetijdsinvulling, enz. Terwijl in de beginfase van de dagbehandeling de patiënt elke dag in behandeling komt, wordt tijdens het verder verloop het aantal dagen afgebouwd. Hoeveel en welke dagen een patiënt precies in daghospitalisatie moet komen is afhankelijk van de resterende probleemgebieden en het therapeutisch aanbod op de diverse dagen. Naar ontslag toe worden uit diverse probleemgebieden (woonst, werk en inkomen, gezondheid, sociale contacten en vrije tijd) individuele ontslagdoelen afgeleid en samen met de patiënt concreet uitgewerkt.

Na de opname kunnen de patiënten binnen de instelling terecht voor verschillende vormen van nazorg: individuele consultaties bij de psychiater of bij de nazorggroep. Deze nazorg kadert in een volgehouden herstelbeleid of sustained recovery management gezien het langdurig karakter van een alcoholprobleem. De groepsbijeenkomst vindt wekelijks plaats op donderdagavond en wordt geleid door een teamlid van de Vlonder, dit middels een rotatiesysteem. Doelstellingen van de nazorgbehandeling zijn het vasthouden van de tijdens de opname bereikte resultaten, nuchterheid behouden, verminderen van het terugvalrisico.

Pijlers van de behandeling

Met het theoretisch kader en het therapeutisch aanbod vormen de teamwerking en het leefklimaat de belangrijkste pijlers van een behandeling in leefgroep De Vlonder. De leefgroeparts leidt, coördineert en werkt samen met de psychologe, de maatschappelijk werker, de verpleegkundigen en de ergotherapeuten van de leefgroep. Dagelijkse overdrachtsmomenten, een wekelijkse teamvergadering en het teamoverleg op maandag verzekeren de continuïteit in de behandeling en creëren de mogelijkheid om nieuwe patiënten voor te stellen, om tussentijdse evaluaties te maken, om behandelingsdoelstellingen en –strategie vast te leggen of bij te sturen, om inzichten vanuit de verschillende disciplines samen te brengen. Vanuit diverse theoretische kaders groeide een behandelingsfilosofie met duidelijke consequenties naar de therapeutische werking, de organisatorische aanpak en het leefklimaat. Motivatiebevordering en terugvalpreventie zijn complementaire basisstrategieën.

HET THEORETISCH KADER

Ons behandelprogramma is gebaseerd op het cognitief- gedragstherapeutisch model, wat onze visie en behandelstrategieën onderbouwt. Vanuit het leertheoretische model wordt verslaving opgevat als een (sociaal) aangeleerd en functioneel gedragspatroon dat onder invloed staat van operante en klassieke conditionering. Ook cognitieve factoren spelen een belangrijke rol in het verslavingsproces. Een belangrijke pijler in de behandeling is het terugvalpreventiemodel, ontwikkeld door Marlatt & Gordon. Uitgangspunt is dat terugval niet zomaar plots opduikt maar wordt voorafgegaan door een volledig proces. Vanuit het cognitief-gedragsmodel van terugval hebben Marlatt en Gordon verschillende interventies ontwikkeld die als bedoeling hebben om de zelfcontrole over dit proces te vergroten zodat het risico op terugval vermindert.

Patiënten motiveren voor verandering is van groot belang gedurende de volledige behandeling. Het bekende transtheoretische model voor verandering (Prochaska & Diclemente) wordt hiervoor gebruikt. Ondersteuning van gedragsverandering van een patiënt veronderstelt dat men de fase herkent waarin zich deze patiënt bevindt en gebruik maakt van aan de fase meest aangepaste 'veranderingstechnieken'. Doelstelling is de patiënt te helpen de overgang naar een volgende fase te maken.

Motiverende gespreksvoering wordt in de verslavingzorg opgevat als de basis voor de gedragsgerichte aanpak van verslaafden en kan als voorwaarde worden gezien voor op zelfcontrole gerichte benaderingen. Het is een hulpverleningshouding die op een niet-moraliserende wijze het zelforganiserend vermogen van de patiënt aanspreekt. Behalve een aantal specifieke gesprekstechnieken bestaat de motiverende gespreksvoering vooral uit een accepterende, constructief confronterende houding waarbij de verantwoordelijkheid voor het gedrag bij de patiënt gelaten wordt.

HET THERAPEUTISCH AANBOD

In zowel de diagnostiek als in de behandeling wordt aandacht besteed aan de diverse aspecten van het alcohol- en/of medicatieprobleem, dwz lichamelijke, psychologische als sociale factoren, die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en voortbestaan van middelenmisbruik.

Doorbreken van de afhankelijkheid van het middel betekent derhalve het aanleren van copingstrategieën in die situaties waarin normaliter het middel gebruikt wordt. Deze alternatieve gedragsstrategieën werken bekrachtigend op de veranderingen in het middelengebruik.

Belangrijke invalshoeken voor ons therapeutisch programma zijn: inzichtbevorderende technieken (psycho-educatie), vaardigheidstrainingen (sociale vaardigheden, terugvalpreventietraining, relaxatie), cognitieve technieken (cognitieve herstructurering) en levensstijlinterventies (dagstructuur, planning, voeding, beweging, slaappatroon).

Hieronder belichten we enerzijds de specifieke inbreng vanuit de diverse disciplines naar de individuele patiënt toe en anderzijds de accenten in het groepsprogramma.

Bijzondere aspecten bij de individuele begeleiding

Complementair met en aanvullend op het groepsbehandelingsprogramma begeleiden psychiater, psycholoog, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, therapeuten en maatschappelijk werker vanuit hun eigen discipline de patiënt individueel.

De *psychiater* beslist tot de opname van de patiënt op basis van ambulante raadplegingen, telefonisch contact met patiënt en/of de patiëntomgeving, of gerichte doorverwijzingen door externe personen of instanties. Er wordt een internistisch, neurologisch en psychiatrisch bilan opgemaakt; een medisch-fysische begeleiding wordt opgestart. De psychiater verzorgt de psychiatrische follow-up (tijdens en zo mogelijk na de behandeling) en de procesbegeleiding en kan in de vorm van gesprekken met patiënt (eventueel in aanwezigheid van partner of andere gezinsleden) bijdragen tot de individueel psychologische begeleiding.

De *psycholoog* staat in voor de psychologische en psychotherapeutische begeleiding van de patiënten. Ook het inschatten en testen van een aantal (neuro)psychologische functies dmv testdiagnostiek (geheugen, concentratie, IQ, executieve functies) behoort

tot de taak van de psycholoog, dit op indicatie. Er is ook aandacht voor co-morbide psychische stoornissen. Model van de psychotherapeutische begeleiding is dat van de cognitieve gedragstherapie. In individuele gesprekken met de patiënt luistert de psycholoog naar het levensverhaal dat de patiënt brengt en zoekt naar een probleemsamenhang. Het centrale onderdeel van de cognitief-gedragstherapeutische aanpak is de functie-analyse. Hiermee krijgt de patiënt inzicht in de uitlokkende en in stand houdende factoren van het probleemgedrag en wordt gezocht naar alternatieve copingstrategieën. Soms gebeurt dit zoeken ook in gesprek met patiënt en partner samen, of met patiënt en gezin. Naast individuele begeleiding zijn er ook de verbale groepsessies (zie verder).

De *maatschappelijke assistent* probeert eerst en vooral een goed overzicht te krijgen van de sociaal-maatschappelijke situatie van de patiënt en hier vervolgens een plan op te maken alles terug in orde te krijgen. Naast de sociaal-administratieve en de sociaal-juridische begeleiding, staat ook het contact met de familie, steunfiguren of verwijzers centraal. Naast het inwinnen van sociale gegevens door de heteroanamnese scheidt de maatschappelijk werker ruimte voor familie en verwanten van de patiënt. Deze contacten vormen de noodzakelijke voorwaarde om een vertrouwensrelatie op te bouwen waarbij opnieuw een realistische hoop en hernieuwde motivatie ontstaat. Evaluatiegesprekken met familieleden, de partner en/of kinderen, koppelgesprekken geven inzicht in het functioneren van het gezinssysteem, de rol van de verslaving daarin en de evolutie naar gezonder functioneren. Wekelijks geeft de maatschappelijk assistent een infosessie rond sociaal-administratieve zaken aan de patiëntengroep.

De *verpleegkundigen* zorgen voor een dagdagelijkse begeleiding. Patiënten krijgen bij opname ook een verpleegkundige als individueel begeleider toegewezen, die als vertrouwenspersoon fungeert doorheen de opname. Verpleegkundigen moeten intensief observeren, gepast therapeutisch interveniëren en ook professioneel rapporteren in functie van de behandelingsdoelstellingen. Zij zijn voor familieleden en andere steunfiguren een centraal aanspreekpunt. Een andere opdracht is de bijdrage van de verpleegkundigen in het therapieprogramma. Zij zijn medeverantwoordelijk voor sessies psycho-educatie, terugvalpreventie, Goldsteintraining en nazorg.

De *teamcoördinator* coördineert de praktische zorg voor alle patiënten die op de afdeling verblijven. Mensen kunnen met problemen mbt hun verblijf of behandeling bij hem terecht. Tijdens de wekelijkse leefgroepvergadering worden afdelingsregels verduidelijkt en wordt de sfeer van de leefgroep besproken.

Naast het invullen van een groot deel van het therapeutisch activiteiten aanbod, richten de ergotherapeuten hun aandacht vooral op het inschatten van de mogelijkheden en beperkingen op vlak van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning van de individuele patiënt. Tevens helpen zij patiënten door het stimuleren en/of aanleren van een geschikte zinvolle tijdbesteding. In de ergotherapie worden activiteiten aangeboden waarbij de patiënt tot rust kan komen, piekeren kan doorbreken en kan leren genieten. De ergotherapeuten zien patiënten hoofdzakelijk in groepsverband maar hebben ook individuele gesprekken met hun IB patiënten. Focus ligt op zinvolle tijdstraining en opbouwen van gezonde levensstijl.

Ook de bewegingstherapeut ziet de patiënten hoofdzakelijk in groep (de groepen worden opgesplitst volgens graad van activiteit en de lichamelijke mogelijkheden van de

patiënt). Daarnaast, op indicatie van de dokter, organiseert hij individuele kiné-oefeningen en massage.

De huishoudtherapeute tenslotte beoordeelt, aanvullend bij de groepsessies, de individuele huishoudelijke vaardigheden van de deelnemers en tracht zich een beeld te vormen of ze al dan niet zelfstandig hun huishouden aankunnen en gezond kunnen koken.

Accenten in het groepsprogramma

Het groepsbehandelprogramma bepaalt de weekstructuur van de patiëntengroep. De ontwenningafdeling biedt patiënten een hoofdzakelijk sociaaltherapeutisch milieu. De groepsgerichte sessies bieden veel leermogelijkheden: feedback krijgen van anderen, interpersoonlijk leren, uitwisselen van ervaringen. De behandelingsmethoden zijn voornamelijk een combinatie van cognitieve therapie, inzichtgevende therapie en vaardigheidstrainingen. In het programma-aanbod zitten diverse non-verbale en verbale sessies, patiënt kan ook eigen keuzes maken in functie van persoonlijke doelstellingen.

Huishoudtherapie, bewegingstherapie en atelier uren zijn enkele voorbeelden van activiteiten waarbij een zinvolle tijdsbesteding wordt aangeboden. In de sessie zinvolle tijdstraining leren patiënten een haalbare planning opstellen met aandacht voor evenwicht tussen werk en vrije tijd. Via vragenlijsten worden persoonlijke interesses nagegaan, patiënt wordt gestimuleerd om terug zinvolle en plezierige activiteiten te ondernemen.

Tijdens de terugvalpreventietraining leert de patiënt zicht krijgen op mogelijke valkuilen en leert vaardigheden om deze te herkennen en anders te reageren. Om de motivatie voor verandering te verhogen krijgt patiënt de opdracht om de voor- en nadelen van gebruik en van verandering op een rijtje te zetten. Daarna leert de patiënt zijn persoonlijke “hoge risicosituaties” herkennen en zoekt hij naar gezonde manieren om er anders op te reageren. Disfunctionele afhankelijkheidsgedachten worden in vraag gesteld en patiënt leert deze te vervangen door realistische, helpende gedachten.

Via psycho-educatieve sessies wordt een breed scala van informatie mbt middelenafhankelijkheid aangeboden (lichamelijke en psychische gevolgen, slaapproblemen, medicatie,...). Dit gebeurt via powerpoint voorstellingen, videomateriaal, interactieve groeps gesprekken, externe sprekers, enz.

Dagstructuur van de afdeling:

- 06:30: overdracht met nachtdienst
06:45: controleren van medicatie
07:00: labo's prikken
07:20: patiënten wekken
07:30: medicatie delen
kamerbedieningen : opdienen en afdienen
hulp bieden waar nodig + toeren
overdracht de Boeg (verdieping 3) om 8:15
overdracht het Anker (verdieping 2) om 8:15
overdracht de Vlonder (verdieping 3) om 8:30
overdracht de Kiel (verdieping 2) om 8:30
overdracht de Bolder (gelijkvloers) om 8:30
⇒ volg enkel de overdracht van uw leefgroep
- 08:45: ev. hulp bij hygiënische zorgen (overleg met de verpleegkundige of verzorgende)
ev. hulp bij beddenopmaak
- 09:00: opvang dagpatiënten in de living (uitgenomen Bolder)
09:30: begeleiden patiënten naar therapie (Vlonder 9:15, Bolder 9:00)
10:15: soeppauze
patiëntenbesprekingen met de verschillende disciplines:
Boeg op dinsdag om 9:30
Anker op donderdag om 10:15
Kiel op dinsdag om 10:30
Vlonder op woensdag om 9:00
Bolder op dinsdag om 11:00 en donderdag op 13:15
Overleg met uw mentor of u de vergadering kan bijwonen.
- 10:30: vervolg therapie
11:30: medicatie delen
11:45: opdienen en afdienen middagmaal + toeren
kamerbedieningen ronddelen en afdienen
- 12:00: afspreken middagpauze, half uur
12:30: afspreken middagpauze, half uur
13:00: toeren
13:15: overdracht met laaidienst : volg enkel die overdracht van uw leefgroep.
Na het bespreken van de patiënten , kunt u weer wat toezicht houden op de afdeling.
- 14:00: druppels, medicatie controleren, begeleiden in therapie, ...
14:30: koffiepauze (Bolder 15:15)
15:00: vervolg therapie
16:00: einde therapie dagpatiënten
17:00: einde therapie opgenomen patiënten
17:30: medicatie delen
17:45: opdienen avondmaal + toeren
kamerbediening opdienen en afdienen
zelf avondmaal nuttigen bij patiënten
- 18:30: tussen de patiënten vertoeven / praktisch werk / Zinvolle vrijetijdsbesteding
20:00: toeren + eventueel hulp bieden voor de avondverzorging
nachtboek invullen
20:45: overdracht aan nachtdienst

Algemene verwachtingen:

- De student heeft een respectvolle houding ten aanzien van patiënten en hun familie.
- De student treedt in contact met patiënten, ontwikkelt communicatieve vaardigheden.
- De student heeft een open houding wat behandeling, werking, visie en team betreft.
- Hij/zij is gemotiveerd en geïnteresseerd.
- De student kan explorerend werken, zelfstandig de info zoeken waar ze te vinden is: de patiënt blijft de belangrijkste informatiebron.
- De student heeft een oplossingsgerichte ingesteldheid: zelf zaken kunnen oplossen of overleg vragen teneinde problemen op te lossen.
- Initiatief nemen: ook in de kleine activiteiten van de afdeling.
- De student kan communiceren met het team, deelt zijn ervaringen, bevroegt wat hij ziet of hoort,...
- Leer omgaan met feedback en vraag er ook naar. Kritiek geven is veel gemakkelijker dan er krijgen. Leer daar mee omgaan.
- Respectvolle benadering met aandacht voor ieders eigenheid is de professionele basis van hulpverlening. Van een psychiatrische hulpverlener wordt verwacht dat hij met een positieve kijk naar de persoon in crisis toe stapt. We verwachten respect t.o.v. iedere patiënt wat ook zijn probleem of voorgeschiedenis is. De hulpverlener zal de privacy van de patiënten bewaken. Respecteer het beroepsgeheim: informatie m.b.t. patiënten mag niet verspreid worden binnen en buiten het ziekenhuis.
- De verpleegkundige is binnen het multidisciplinair team de aangewezen persoon om extra aandacht te hebben voor een aantal fysische klachten en noden.
- De student is werklustig en ziet werk. Kan zelfstandig werken en neemt zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de toegewezen taken, doet dit op een correcte en professionele, deskundige wijze. Op 'dode' momenten vraagt hij wat hij nog kan doen, blijft niet in het bureau hangen.
- De student is vriendelijk en behulpzaam in de omgang, kan luisteren zowel naar collega's, alsook naar alle andere personen waarmee hij/zij tijdens de uitoefening van zijn/haar taak in contact komt.
- De student is verzorgd qua voorkomen.
- Neemt inzake verwerven van informatie geen afwachtende houding aan, maar informeert zich op actieve wijze over alle gegevens die hij/zij nodig heeft voor de uitoefening van zijn/haar eigen taak.
- Men is bereid om nieuwe werkmethoden aan te leren.
- De student neemt op actieve wijze deel aan de vergaderingen.
- De student neemt een open kritische en constructieve houding aan.
- De student volgt de veiligheidsinstructies nauwgezet: gebruikt handschoenen, naaldcontainers, correcte techniek.
- Werken op de afdeling aan de stageopdracht kan als de dagelijkse werkzaamheden voorbij zijn. Bevroeg dit steeds aan de verpleegkundige.

Taken en leerkanen omtrent ...

- Medicatie: Kunnen toepassen in de praktijk van wat u reeds in theorie geleerd hebt. Zorg ervoor dat je zicht krijgt op nieuwe info. Je mag medicatie (onder toezicht van een verpleegkundige) bedelen aan de patiënten, maar je dient te weten wat je geeft, wat de werking ervan is en welke eventuele nevenwerkingen je mag verwachten. Probeer daarnaast ook te begrijpen waarom die patiënt (met die problematiek) juist die specifieke medicatie krijgt. Medicatiewijzigingen aanbrengen in pdp gebeurt enkel door verpleegkundigen.
- Overdrachtmomenten: Een goede info-uitwisseling is voor ons cruciaal. We verwachten ook van jou een actieve inbreng. Er kan ook aan jou gevraagd worden een overdracht te geven. Belangrijk is ook dat je gehoorde info begrijpt en kunt kaderen, vandaar: bevraag wat je niet kent of begrijpt.
- Therapie: Zicht krijgen op het aanbod. 'Volg' zelf ook therapie, wanneer je zelf Deelneemt ontwikkel je een band met de patiënten, we vragen dus een actieve deelname. Stel je de vraag waarom patiënten therapie volgen of juist niet. Geef ook jouw feedback over de geboden sessies. Voor derdejaars is het voorbereiden en geven van een eigen sessie eveneens een unieke kans om uw functioneren in en met een groep te optimaliseren. Hou rekening met de aanvangsuren en kom niet binnen midden in een sessie.
- Vergaderingen: probeer zeker een patiëntenbespreking te volgen waar jouw volgpatiënt besproken wordt.
- Omgang met patiënten: echtheid, vriendelijkheid, respect en empathie zijn steeds belangrijk om een vertrouwensband te vormen. Zoek de contacten op, begeef je tussen de patiënten, leer mensen kennen, leer een onderscheid maken tussen vriendschapsrelatie en hulpverlenerrelatie (afstand bewaken tussen jou en de patiënt). Vraag feedback over uw attitude ! Luisteren is geen evidentie : laat patiënt uitspreken.
- Hygiëne: heb aandacht voor de hygiëne bij de patiënten en indien gewenst doe er iets aan, motiveer ze, help ze,.....maar steeds rekening houdend met hun zelfstandigheid, privacy en mogelijkheden. We verwachten een actieve houding wat betreft verzorging van patiënten (bedbad, begeleiding naar douche of andere hygiënemomenten,...).
- Werking: ken de dagindeling, wat doen verpleegkundigen op onze afdeling. Krijg zicht op de multidisciplinaire werking van onze afdeling, wat is dit, wat houdt dat in, wie neemt eraan deel, wat is de functie van iedereen? Bevraag ook de verschillende betrokken disciplines. Wat is je plaats als verpleegkundige in een multidisciplinaire werking. Probeer de routine van de afdeling vlug te kennen.
- Situering: Waar situeert onze afdeling zich in het geheel van de kliniek, waarin verschillen wij van andere instellingen, welke lijnszorgfunctie bekleden wij, welke maatschappijfunctie hebben wij, wat is onze plaats in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg,....

- Begeleiding van patiënten: Indien noodzakelijk wordt gevraagd in te staan voor de begeleiding van patiënten tijdens consultaties in AZ of ECT, dit vereist de nodige kennis en info betreffende de te begeleiden patiënt en het onderzoek.
- Ziektebeelden: kennis verwerven en inzicht in de verschillende psychiatrische ziektebeelden, specifieke karakter ervan bekijken, kunnen linken van de verschillende behandelingsaspecten aan het ziektebeeld. Nut van medicatie, psychotherapie, andere therapie sessies,.....
- Contacten: regelmatig gesprekken voeren met patiënten over hun belevingen, toestand, visie,... Frequent en uitvoerig de opgedane info delen met andere teamleden, zowel via mondelinge als schriftelijke rapportage.
- Opnamegesprek: je kunt in overleg met een vpk een opname zelf doen als derdejaars student. Alle administratief werk doe je samen met een vpk. Als student doe je geen administratie op de computer (mpg, transfers, menu, ...)
- Verantwoordelijkheidzin : Omgaan met belangwekkende info : geeft de patiënt signalen om het ziekenhuis te verlaten, suïcideboodschappen, belangrijke info vanuit het thuisfront en dergelijke meer. Signaleer dit professioneel aan het team. Probeer zicht te krijgen op de vrijheidscodes van de diverse patiënten. De Bolder is een gesloten afdeling : het binnen en buiten laten van bezoek en patiënten gebeurt enkel door verpleegkundigen.
- Verpleegtechnische vaardigheden: In een psychiatrisch ziekenhuis zijn de technieken geen hoofdaandeel van de zorg. Vraag toch gerust na of er geen bloedafnames, wondzorg of inspuitingen zijn die u kunt uitvoeren.

Gedragscode als leidraad voor alle gebruikers van PDP:

Grondbeginselen

Het geautomatiseerd patiëntdossier is zo opgebouwd dat medewerkers aan relevante informatie kunnen via het netwerk. De patiënten moeten echter kunnen rekenen op discretie over de toevertrouwde informatie en discretie over hun aanwezigheid in het ziekenhuis

Een aantal afspraken geven een correct en verantwoord gebruik van PDP aan

- Enkel die informatie waar men nood aan heeft vanuit de hulpverlenersrelatie kan nagekeken worden.
Van de hulpverleners wordt verwacht dat zij het beroepsgeheim eerbiedigen en enkel die informatie opvragen die zij nodig hebben om hun werk te kunnen doen. Dit betekent dat men geen toegang probeert te krijgen tot zaken waar men niet omwille van de hulpverlenersrelatie nood aan heeft.
- Verantwoordelijkheid voor het eigen paswoord.
Iedere gebruiker is verantwoordelijk voor zijn eigen paswoord. Paswoorden worden niet doorgegeven aan een andere gebruiker. Mocht dit door toeval of andere reden toch bekend gemaakt worden dan is de hulpverlener verplicht om van paswoord te veranderen.
- Zorgzaamheid
Iedere gebruiker dient zorgzaam met het geautomatiseerd patiëntdossier om te gaan. Dit betekent dat PDP niet open blijft staan in diens afwezigheid om te voorkomen dat anderen onder zijn toegangsrechten gegevens kunnen opvragen.
- Het is niet toegestaan informatie uit het elektronisch dossier te printen , mailen of kopiëren.

Duur van deze plichten

Deze verplichting is naar tijdsduur onbeperkt. Ook na het einde van de stage of arbeidscontract blijven deze verplichtingen gelden.

Controle

Steekproefsgewijze zal een controle gebeuren rond het openen van het dossier. Het ongepast openen van een dossier wordt als zware fout aanzien. Het niet naleven van voormelde gedragscode kan leiden tot onmiddellijke stopzetting van de stage en eventueel tot klacht wegens inbreuk op de wet van de privacy, afhankelijk van de graad van de grensoverschrijding.

Brandprocedure

Wat doe je als je een brand ontdekt?

- Brandglasje breken
- Patiënt(en) in veiligheid brengen
- Eventueel een eerste bluspoging
- Verlaat het lokaal en sluit de deur
- Volg de instructies van de verpleegkundigen

Hoe belt u de brandweer?

- Tel 9100 van op ieder ziekenhuistoestel
- Tel 112 van op ieder ziekenhuistoestel of GSM
- U zegt:
 1. Plaats van de brand (PZ H Familie)
 2. Verdieping
 3. Aard van de brand (rook of uitslaande brand, ...)
 4. Aantal slachtoffers
 5. Uw naam

Evacuatieplaatsen?

- Voor de open afdelingen A-dienst: op de parking voor het therapielokaal van Boeg of vlonder, of in die therapielokalen
- Voor de Bolder: idem, maar eventueel ook op het binnenkoertje
- Voor de K-dienst: koertje van Korbeel A of serviceflats GGZ2

Blusmiddelen?

- Bekijk de blusmiddelen op de afdeling
- Haspel
- Blusapparaten

EHBO?

Iedere verpleegpost is uiteraard uitgerust om de eerste zorgen te kunnen toedienen

**Het is de missie van de PZ H. Familie om gespecialiseerde en intensieve behandelprogramma's aan te bieden.
Deze opdrachtverklaring wil richting geven aan ons handelen**

Is het beseft dat onze voorziening gegroeid is vanuit de christelijke inspiratie en initiatieven van de Zusters van de Heilige Familie.
Is de evangelische inspiratie als basis nemen van onze waarden en onze grondhouding vertalen
Is warme medemenselijkheid voelbaar maken ten opzichte van patiënten en medewerkers
Is groeikansen bieden voor geloofsverdieping, spiritualiteit, en zingeving via pastoraal aanbod

Is geloven dat verscheidenheid tussen mensen een rijkdom kan zijn.
Is oog hebben voor de specifieke gevoeligheden van anderen
Is begrip tonen voor meningen en standpunten van anderen.
Is ingaan tegen vooroordelen en onverdraagzaam gedrag
Is het beroepsgeheim garanderen
Is de persoon achter de problemen zien
Is willen werken met sterktes en niet enkel de zwaktes
Is in een veilige sfeer ontwikkelingskansen bieden
Is vertrouwen en waardering kunnen uiten

Is een actieve bijdrage leveren aan een gezamenlijk doel, ook zonder dat dit een persoonlijk voordeel biedt,
Eigen kwaliteiten en belangen en die van de groep op elkaar afstemmen
Is geloven dat de samenwerking inspirerend is om nieuwe doelen te bereiken,
Is zoveel als mogelijk situaties creëren waarbij iedereen zich goed voelt.
Is vertrouwen hebben in andere medewerkers
Is echtheid in het opkomen voor eigen kunnen en niet kunnen,

Is een kritische, innovatieve ingesteldheid hebben
Is met een onderzoekende en nieuwsgierige geest zich creatief op de toekomst richten
Is inzicht verwerven in eigen identiteit, sterke en zwakke kanten, interessen, ambities
Is het eigen handelen voortdurend in vraag stellen met de bedoeling een steeds betere zorg te garanderen,
Is met originele oplossingen komen voor problemen in verband met de eigen functie.
Is informeren over opname, behandeling en begeleiding, rekening houdend met ieders privacy.
Is met de patiënt zijn behandel doelstellingen bepalen,
Is de patiënt een actieve rol in het behandelingsproces geven,

Is systematieken en methodes gebruiken.
Is levenslang leren en benchmarken.
Is symptomen leren te begrijpen.
Is zichzelf in vraag willen stellen.
Is ingaan op aanbod van supervisie.
Is op basis van wetenschappelijke fundamenten beslissingen nemen.

Is geloven in de krachten (gelijkwaardigheid) van ieder mens,
Is informeren over beslissingen
Is raadplegen
Is adviseren en advies bevragen
Is meningen formuleren en beluisteren
Is meedenken en voorstellen formuleren
Is anderen betrekken en betrokken worden
Is elkaar helpen om veranderingen te begrijpen,

Is elkaar actief opzoeken,
Is enthousiast anderen betrekken,
Is problemen willen aanbrengen,
Is kiezen voor de dialoog,
Is elkaar uitnodigen om meningen te uiten,
Is eerst naar elkaar luisteren vooraleer de eigen argumenten te brengen
Is verduidelijk vragen
Is samen probleemstelling en -analyse kunnen maken om tot een oplossing te

Is ten volle verantwoordelijkheid opnemen in de functie die iemand binnen de organisatie vervult,
Is zich richten op het bereiken van het gezamenlijk doel
Is deze inzet vertalen in beleidsplannen persoonlijke doelstellingen.
Is individuele mogelijkheden en potentiële capaciteiten afstemmen op de organisatiedoelen
Is uit eigen beweging nieuwe voorstellen doen
Is een gedrevenheid hebben om te verbeteren
Is "werk zien" en ernaar handelen
Is zich engageren om deze opdrachtsverklaring in praktijk te brengen.

