

Beste student,

**Van harte welkom in het Crisis & Observatieteam
van de forensische eenheid van het OPZC Rekem.**

**Om je stage goed te beginnen maakt deze introductiebrochure je alvast wat wegwijs binnen
onze afdeling en patiëntenpopulatie.**

Je vindt er ook onze verwachtingen naar studenten in terug.

Uiteraard is deze introductiebrochure niet allesomvattend.

Naast deze algemene informatie kan je op deze afdeling heel wat leren.

Aarzel dan ook niet om zelf op ontdekking te gaan.

Mocht je vragen hebben, dan willen wij graag je de nodige informatie verstrekken.

Namens alle teamleden wensen we je een aangename en leerrijke stage-ervaring!

1. BEHANDELKADER
 - 1.1. WAT IS FORENSISCHE PSYCHIATRIE?
 - 1.2. WAT IS INTERNERING?
 - 1.2.1. VOORWAARDEN
 - 1.2.2. PROCEDURE
 - 1.2.3. COMMISSIE TOT BESCHERMING VAN DE MAATSCHAPPIJ (CBM)
 - 1.3. FORENSISCHE OPNAME
 - 1.3.1. VRAAG TOT OPNAME
 - 1.3.2. INTAKE
 - 1.3.3. OPNAMEVOORWAARDEN DOOR DE AFDELING GESTELD

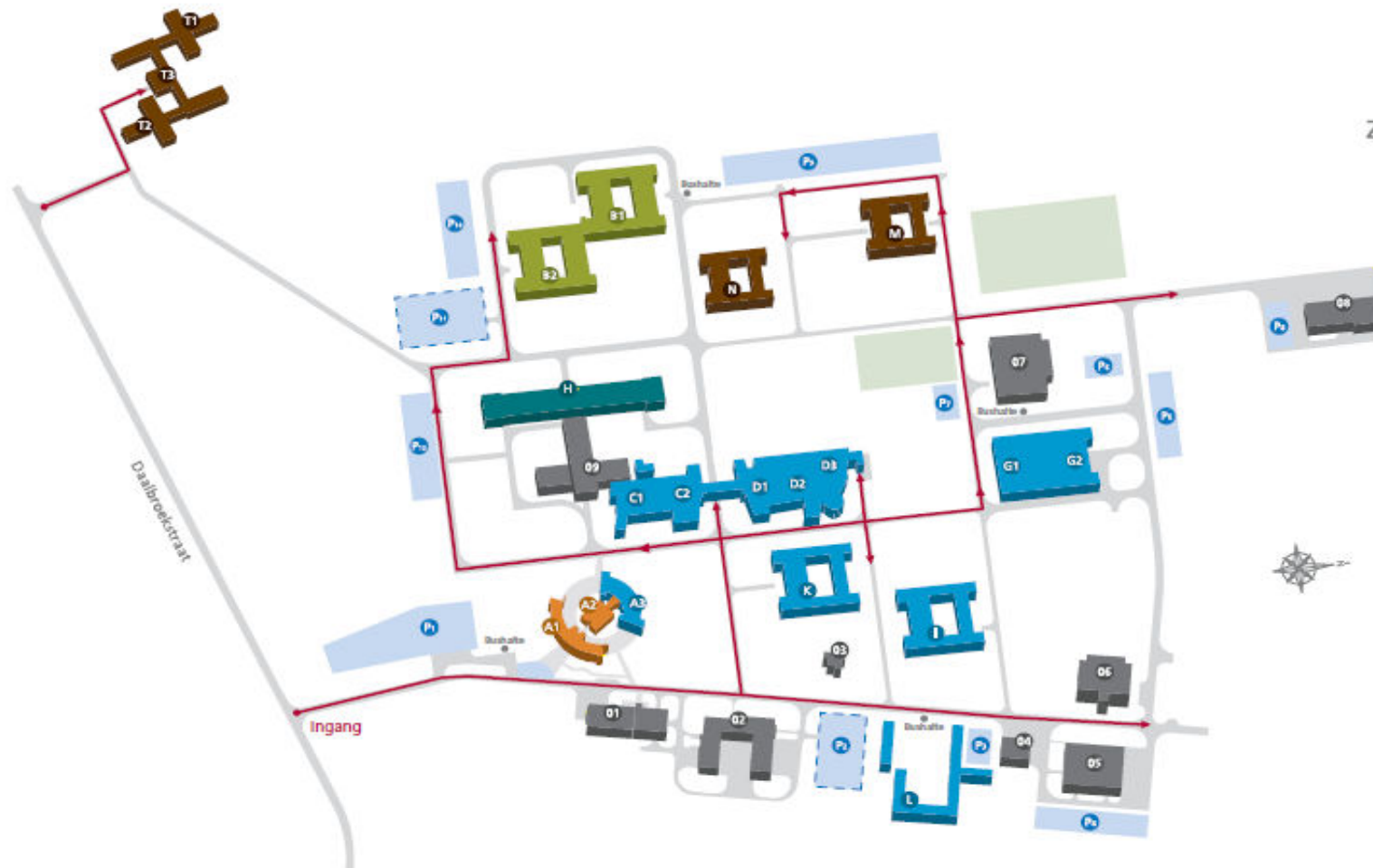
2. HET THERAPEUTISCH KADER
 - 2.1. BASISFILOSOFIE
 - 2.2. HET THERAPEUTISCH MILIEU

3. VOORSTELLING OBSERVATIE & CRISIS
 - 3.1. OBSERVATIE
 - 3.1.1. DOELEN VAN DE OBSERVATIEMODULE
 - 3.1.2. WAT GEBEURT ER TIJDENS DE OBSERVATIEPERIODE?
 - 3.2. CRISIS
 - 3.2.1. DOELEN VAN DE CRISISMODULE

4. DE BEHANDELMODULEN KORT TOEGELICHT
 - 4.1. ZORGPROGRAMMA FORENSISCHE CLUSTER
 - 4.2. INTENSIEVE BEHANDELING
 - 4.3. VOORTGEZETTE BEHANDELING
 - 4.4. WOONTRAINING
 - 4.5. DAGKLINIEK

5. VERWACHTINGEN NAAR DE VERPLEEGKUNDIGE STUDENT
 - 5.1. 2^{DE} JAAR A1 PSYCHIATRIE, 2^{DE} JAAR A2 PSYCHIATRIE
 - 5.1.1. NIET-PATIËNTGEBONDEN
 - 5.1.2. PATIËNTGEBONDEN
 - 5.2. 3^{DE} JAAR A1 PSYCHIATRIE, 3^{DE} JAAR A2 PSYCHIATRIE
 - 5.2.1. NIET-PATIËNTGEBONDEN
 - 5.2.2. PATIËNTGEBONDEN

De zorg eenheid FORENSISCHE ZORG 1 is op het PLAN terug te vinden onder de H (zoals beneden vermeld in de index).



PLAN URGENTIEDIENSTEN - LEGENDE

→ Rijrichtingen voor Urgentiediensten

- 01 Stookplaats / trefcentrum
- 02 Aankoopdienst / administratie
- 03 De Villa
- 04 Garage
- 05 Dienst onderhoud en techniek

- 06 Manège
- 07 Sporthal
- 08 Keuken
- 09 Administratie
- A1 Onthaal
- A2 Vergaderzalen

- A3 Dagbehandeling 1
- B1 Ouderenzorg 1
- B2 Ouderenzorg 2 & 3
- C1 Neurozorg
- D1 Psychozorg - resocialisatie
- D2 Psychozorg - opname

- D3 Crisisopname
- G1 Therapie - dagbehandeling 2
- G2 Wegwijzer Wonen
- H Forensische zorg
- K Rehabilitatie
- L Verslaafdenzorg

- M Ter Bosch 4
- N Ter Bosch 3
- T1 Ter Bosch 1
- T2 Ter Bosch 2
- T3 Ter Bosch - diensten
- P Parking bezoekers: P1

1. BEHANDELKADER

1.1. WAT IS FORENSISCHE PSYCHIATRIE?

De term forensisch betekent “verbonden aan de wet en aan het strafrechtstelsel”. De forensische psychiatrie bekommert zich om patiënten die enerzijds een psychiatrische problematiek hebben en anderzijds te maken hebben met rechtspleging en de gevolgen daarvan.

1.2. WAT IS INTERNERING?

Internering is geen straf, maar een beveiligingsmaatregel die kan opgelegd worden door een rechtbank op basis van de Wet tot Bescherming van de Maatschappij tegen geestesgestoorde delinquenten en gewoontemisdadigers van 1 juli 1964. Het is een maatregel van sociaal verweer met curatieve doeleinden voor de geïnterneerde. Enerzijds is er de beveiligingsgedachte: men wil de maatschappij beschermen door te voorkomen dat geestesgestoorde delinquenten nog verder schade veroorzaken en/of slachtoffers maken. Anderzijds is er het behandelingsidee: een geïnterneerde wordt ontoerekeningsvatbaar verklaard en als een zieke beschouwd. Hij of zij heeft het recht behandeld te worden. Door middel van de maatregel krijgt deze behandeling een juridisch afdwingbaar karakter.

1.2.1. VOORWAARDEN

1. Een bewezen wanbedrijf of misdaad.
2. Ontoerekeningsvatbaar als gevolg van hetzij staat van krankzinnigheid hetzij een ernstige staat van geestesstoornis of zwakzinnigheid, die betrokkene ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden.
3. Een staat van sociale gevaarlijkheid.

1.2.2. PROCEDURE

De interneringsprocedure verloopt in drie fasen, namelijk:

1. Het onderzoek

Wanneer iemand verdacht wordt van een misdrijf en er wordt een gerechtelijk onderzoek ingesteld, kan de onderzoeksrechter een deskundige aanstellen om een psychiatrisch deskundigenonderzoek uitvoeren.

Na afronding van het onderzoek legt de deskundige een rapport neer bij de rechter. Dit heeft de waarde van een advies. De rechter beslist autonoom over het al dan niet overgaan tot internering.

2. Beslissing

De beslissing tot internering over te gaan, behoort in de eerste plaats toe aan de rechtbank. Afhankelijk van het al dan niet toerekenbaar zijn van de verdachte, op het moment van de feiten en op het moment van berechting, zijn er vier beslissingsmogelijkheden:

- Toerekeningsvatbaar op het moment van de feiten, niet op moment van berechting --> internering.
- Toerekeningsvatbaar op het moment van de feiten, op moment van berechting --> veroordeling.
- Niet toerekeningsvatbaar op het moment van feiten, wel moment van berechting --> buitenvervolginstelling.
- Niet toerekeningsvatbaar op het moment van de feiten en niet op moment van berechting --> internering.

3. Uitvoering

Na de beslissing tot internering wordt de geïnterneerde doorverwezen naar een CBM (Commissie ter Bescherming van de Maatschappij), die vervolgens bepaalt hoe de maatregel zal worden uitgevoerd. De interneringsmaatregel is van bepaalde duur. Bij de eerste verschijning voor de CBM, beslist deze waar de internering zal plaatsvinden. Dit kan in een residentiële rijksinstelling, psychiatrische annex van een strafinrichting of in een klassiek cellulair regime. Sommige kunnen naar een privé-instelling of ambulante zorgvoorziening. Dit laatste gebeurt meestal na verloop van tijd.

De betrokkene heeft het recht om iedere zes maanden te verschijnen voor de CBM, met de vraag tot invrijheidsstelling, op proef of definitief.

1.2.3. COMMISSIE TOT BESCHERMING VAN DE MAATSCHAPPIJ (CBM)

De CBM heeft een uitgebreide bevoegdheid bij de uitvoering van de interneringsmaatregel. Momenteel zijn er 8 in België en er is één hoge CBM, die functioneert als beroepscommissie. Een geïnterneerde valt onder de bevoegdheid van de CBM van de regio waar het hoofdmisdrijf werd gepleegd.

Beslissingen van de CBM kunnen gaan van verwijzing naar een instelling waar de internering zal plaatsvinden, toekenning van een verlof, aanstelling van een bewindvoerder tot invrijheidsstelling (op proef of definitief).

De geïnterneerde kan na een eerste verschijning om de zes maanden terug verschijnen met de vraag tot invrijheidsstelling. Invrijheidsstelling op proef gaat gepaard met bepaalde voorwaarden.

In België zijn er momenteel drie forensische psychiatrische afdelingen nl. OPZC Rekem, Centrum St.-Jan Baptist Zelzate en U.P.Z.C. Sint-Kamillus te Bierbeek.

1.3. FORENSISCHE OPNAME

De groep geïnterneerden die in aanmerking komen voor behandeling worden doorgaans onderverdeeld in drie categorieën, afhankelijk van waarin zij een “storend element” zijn of een gevaar opleveren voor hun naaste. Het begrip “risk” heeft te maken met het risico dat iemand opnieuw een misdrijf pleegt. De patiënten van deze forensische afdeling zijn low- of mediumrisk.

1.3.1. VRAAG TOT OPNAME

Gebeurt door:

- Geïnterneerde zelf;
- Familie, partner of vriendin;
- Advocaat;
- psychosociale dienst van de gevangenis;
- selectiecomité FOD justitie;
- andere vb. forensische projecten.

De vraag van, de geïnterneerde zelf is het grootst.

1.3.2. INTAKE

Vooraleer opname kan gebeuren vindt er een intake plaats in de gevangenis afhankelijk van waar patiënt op dat moment verblijft.

1. Eerst is er een schriftelijk verzoek tot opname. Dit kan door de patiënt zelf, van zijn advocaat, zijn familie, de CBM, de psychosociale dienst van de strafinrichting waar hij op dat moment nog verblijft of andere vb. forensische projecten.
2. De sociaal assistente vraagt vervolgens nadere gegevens op zoals het deskundig psychiatrisch verslag en andere recente sociale, psychologische en psychiatrische gegevens.
3. Aan de hand daarvan gebeurt een eerste selectie, in de praktijk vooral gebaseerd op de draaikracht van de afdeling. De geselecteerde kandidaat-patiënten worden dan door een afvaardiging van het team de psychiater samen met de sociaal assistent en de criminoloog, bezocht in de strafinrichting (Merksplas, Turnhout,...) Daarbij wordt gepeild naar hun motivatie rond behandeling, hun ziektebesef, de attitude t.o.v. het gepleegde delict.
4. Daarna heeft een 2^{de} selectie plaats. De geselecteerde kandidaat-patiënten komen op een wachtlijst en kunnen na verloop van tijd effectief opgenomen worden.

1.3.3. OPNAMEVOORWAARDEN DOOR DE AFDELING GESTELD

- de patiënt vertoont minimum aan “behandelbereidheid” . Het verblijf op de afdeling is niet vrijblijvend, het mag voor de patiënt niet gewoon “ de kortste en gemakkelijkste weg naar de vrijheid” betekenen.
- De patiënt moet op proef vrijgesteld zijn. Bij zware overtredingen kan hij teruggestuurd worden naar de gevangenis.
- Hij/zij moet zich akkoord verklaren zijn inkomen te laten beheren door vzw Patiënten goederenbeheer in het OPZC.
- Akkoord gaan met het afdelingsreglement.

De patiënt is geen high risk.

2. HET THERAPEUTISCH KADER

2.1. BASISFILOSOFIE

De basisfilosofie berust op drie pijlers:

- Afspraak is afspraak;
- No-nonsens aanpak;
- Vrijheden naar verantwoordelijkheid.

De aanpak is een patiëntgerichte aanpak. Dit is een algemeen kader met als trefwoorden:

Echtheid, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie.

Daarnaast hechten we ook belang aan “**serieus nemen, vertrouwen en begrijpen**”.

Dit betekent dat men niet uitgaat van de voorstellingen over hoe patiënten horen te zijn, maar dat men uitgaat van hoe patiënten daadwerkelijk zijn en van de mogelijkheden die ze hebben. Samen met desbetreffende personen problemen oplossen, projecten ontwikkelen en beslissingen nemen. Rekening houden met hun verschillende bekwaamheden, behoeften en inzichten. Belangrijk is om de mogelijkheden van de patiënten waar te nemen en te bevorderen.

2.2. HET THERAPEUTISCH MILIEU

De regels, het weekprogramma, het gebouw, de campus zijn middelen ter bescherming en ondersteuning van de patiënt. Hij moet in een veilig klimaat kunnen leren omgaan met grenzen en zoveel mogelijk positieve, constructieve ervaringen opdoen. Het zorgcentrum is in feite één groot oefenterrein met daarin experimenteer- en faalruimte waarin aan de lijve ondervonden wordt wat de grenzen van de realiteit betekenen, waar de patiënt leert de grenzen van zichzelf en anderen te accepteren. Waarin hij ook zijn mogelijkheden kan verkennen op vlak van wonen, werken en vrije tijd en waar hij zich kan ontwikkelen en nieuw gedrag kan aanleren, een andere manier van omgaan met zichzelf, met anderen en met problemen.

3. VOORSTELLING OBSERVATIE & CRISIS

3.1. OBSERVATIE

Wanneer een patiënt wordt opgenomen binnen het forensisch zorgcircuit start zijn opname in de observatiegroep. Hier zal hij 2 tot 3 maanden verblijven. Het doel is voornamelijk observeren en inschatten van mogelijkheden, inzichten, motivatie, copingmechanismen, hechting, sociale vaardigheden ...

Het komt er op neer dat we nieuwsgierig zijn: wie is deze persoon en waarom stelt hij dit gedrag? Wanneer bij de intake getwijfeld wordt of ons behandelaanbod geschikt is voor de patiënt, komt hij drie maanden op proef. Na deze proef/observatieperiode zal hij terug naar de strafinrichting gaan. Na overleg zal er dan beslist worden of hij effectief zijn behandeling kan starten.

We streven ernaar een huiselijke sfeer te creëren waarin de nieuwe patiënt een positieve ervaring kan opdoen en zich welkom kan voelen. Hij wordt uitgenodigd om zich de basisprincipes, afspraken, huishoudelijk reglement, vrijhedenbeleid eigen te maken. Om de geschikte sfeer te verkrijgen zijn zowel de infrastructuur als de bejegening door het personeel zeer belangrijk.

3.1.1. DOELEN VAN DE OBSERVATIEMODULE

- Het optimaal vaststellen van risico's ten aanzien van betreffende forensische problematiek en het daarbij aangeven van een passend beveiligingsadvies.
- Kennismaking met basisregels, afspraken, huishoudelijk reglement, vrijhedenbeleid.
- Het bevorderen van positieve (eerste) ervaringen van de patiënt met forensisch-psychiatrische hulpverlening
- Onthaal, ontvangst, welkom, acclimatisatie. Kennismaking met de verschillende disciplines
- Het initieel inschatten van probleembesef en behandelmotivatie
- Eerste keuzemoment (instapcontract)
- Het adequaat indiceren (en eventueel herindiceren) voor één van de specifieke forensisch zorgprogramma's met een specifiek behandel- en bejegeningadvies: intensieve behandeling, long stay of doorverwijzing naar reguliere zorg: oriëntatie naar het voor de betrokkene meest passende therapeutisch milieu.

3.1.2. WAT GEBEURT ER TIJDENS DEZE OBSERVATIEPERIODE?

- Observeren;
- Anamnese en hetero-anamnese;
- Somatische check-up;
- Opstellen van een instapcontract;
- Psychologische testen en gesprekken;
- Opstellen signaleringsplan;
- 2 behandelplan besprekingen;
- Opstarten van therapie;
- Opstarten eerste vrijheden (volgens stappenplan);
- Inschatting van het recidive risico;
- Op punt stellen van medicatie indien nodig;
- ...

Na deze observatieperiode kunnen patiënten, naar gelang hun mogelijkheden, doorschuiven naar een behandel eenheid (therapeutisch pad) of transferpad.

3.2. CRISIS

Patiënten in crisis zijn patiënten die op één of andere manier niet meer kunnen functioneren binnen de leefgroep of andere woonsituatie. Die niet meer in staat zijn eigen functioneren te handhaven. Zij kunnen overkomen vanuit een behandel eenheid, forensische PVT, hotel MIN beschut wonen... Tevens kan het hier ook gaan om patiënten die hervallen zijn in strafbare feiten, of bij (dreigende) ernstige ontsporing en/of ontremming in één of andere vorm: agressie, impulsiviteit, seksueel gedrag, middelengebruik, manipulatie, dreigementen, acute psychose.

De duur van de opname van een patiënt in crisis wordt bepaald door de mate waarin de toestand van de patiënt toelaat terug te keren naar een behandel eenheid of voormalige woongelegenheden.

3.2.1. DOELEN VAN DE CRISISMODULE

Op een zo kort mogelijke termijn trachten de patiënt te stabiliseren en doorstroming mogelijk maken naar de behandelgroep of de verwijzende of een andere instantie:

door:

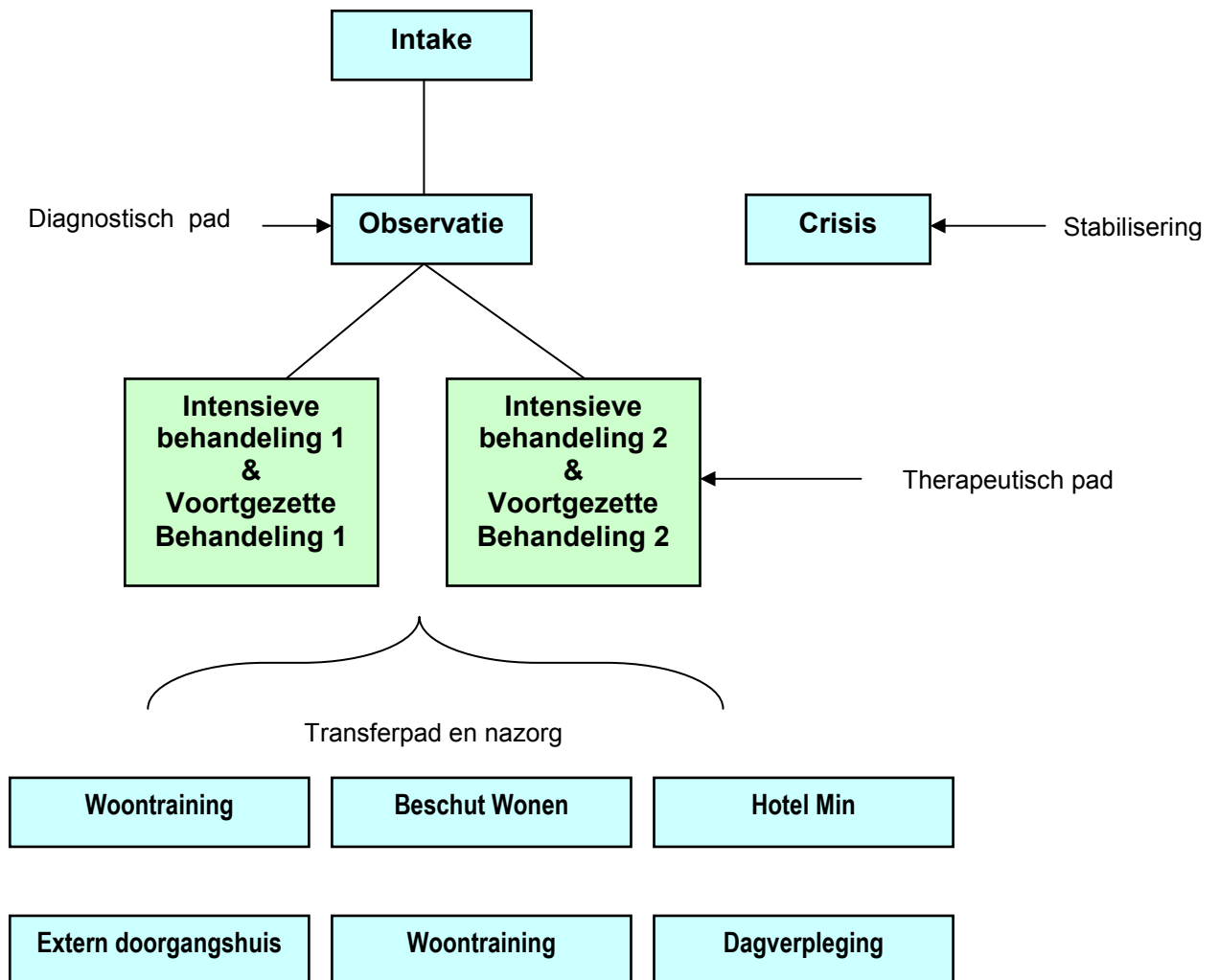
- De patiënt rust te bieden, alsook zijn leefomgeving.
- Medicatie op peil te stellen;
- In kaart brengen en behandelen van ontwrichtende factoren;
- “Bezinning” & heropkrikken motivatie en hernieuwde keuze tot behandeling.

Soms betekent een opname in de crisismodule ook op zoek gaan naar een andere leefomgeving.

We bieden een prikkelarme en rustgevende omgeving aan waarin de nadruk ligt op hoop, herstel en een eventuele nieuwe start. Rust en duidelijkheid worden geboden via de basisprincipes, en het algemene kader van regels en afspraken, alsook door de duidelijke structuur en consequente basisattitude van personeel.

4. DE BEHANDELMODULEN KORT TOEGELICHT

4.1. ZORGPROGRAMMA FORENSISCHE CLUSTER



4.2. INTENSIEVE BEHANDELING

Na observatie en overeenstemming wat betreft het behandelcontract starten patiënten in één van beide modules voor intensieve behandeling.

Het programma is vooral een groepsgebeuren met de focus op het anders (constructiever) leren omgaan met zichzelf, met anderen en met problemen. De groep is een “leefgemeenschap” waarin de patiënten leren leven met elkaar, waar de nadruk ligt op het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor de ander en op een zo groot mogelijke zelfstandigheid.

4.3. VOORTGEZETTE BEHANDELING

Nadat de patiënt in de vorige fases vooral met zichzelf en met de groep aan de slag is gegaan, wordt er in de voortgezette behandeling gewerkt naar resocialisatie en is het weekprogramma opgesteld in functie van ontslagvoorbereiding.

Het zich weer inpassen in de samenleving krijgt meer en meer de nadruk via specifieke training van allerlei huishoudelijke vaardigheden, het ontwikkelen van “onschadelijke” hobby's, arbeidstraining en mogelijk tewerkstelling buiten het ziekenhuis, uitbreiding van bezoeken aan het familiaal netwerk, eventueel deelname aan externe zelfhulpgroepen zoals de AA...

In de lijn van toenemende vrijheden en verantwoordelijkheden wordt het accent verlegd naar arbeid en activiteiten buiten de afdeling (centrale therapieën), buiten het domein en in contact met andere patiënten dan het vertrouwde afdelingspersoneel en de geïnterneerde collega's.

4.4. WOONTRAINING

De woontraining is in feite een doorgedreven vorm van de voortgezette behandeling met vooral nog meer zelfstandigheid, vrijheid en verantwoordelijkheid. Bedoeld is deze module voor patiënten die enerzijds deze tussenstap nog nodig hebben of anderzijds door externe omstandigheden (bvb. CMB) nog niet met ontslag kunnen nadat ze het eigenlijke behandelprogramma afgerond hebben.

4.5. DAGKLINIEK

Hoewel het de bedoeling is tot volledige maatschappelijke reïntegratie en rehabilitatie te komen, blijkt in de realiteit dat dit voor een aantal patiënten moeizaam verloopt wanneer de breuk met het intussen vertrouwd geworden ziekenhuis en afdelingspersoneel bruusk gebeurt. Vaak is de draagkracht dan net niet groot genoeg om te voldoen aan alle vereisten voor een “normaal” leven: dagstructuur, werk, een huishouden runnen, dagdagelijkse problemen het hoofd bieden, attent blijven voor risicosituaties en valkuilen etc.

Een minimale band met de afdeling blijkt in die situatie vaak net het verschil te kunnen maken. Deze patiënten maken op individuele basis variabel gebruik van het aanbod van de dagkliniek. Sommigen komen nog één dag per week, anderen zeven dagen op zeven.

De focus op de afdeling ligt niet meer op behandeling, maar op contact en structuur. Activiteiten hebben vooral hun plek in de centrale gebouwen en zijn voornamelijk gericht op de verdere exploratie rond vrijetijdsbesteding, arbeid(straining), het gevoel van betekenis te kunnen zijn en betekenisvolle dingen te doen.

5. VERWACHTINGEN NAAR DE VERPLEEGKUNDIGE STUDENT

5.1. 2^{DE} JAAR A1 PSYCHIATRIE, 2^{DE} JAAR A2 PSYCHIATRIE

5.1.1. NIET-PATIËNTGEBONDEN

- Kennis & inzicht verwerven in de werking van de afdeling.
- Kennis verwerven over de basisfilosofie & het doel: oefenen van de basisattitude.
- Kennis verwerven over de patiënten en hun statuut.
- Inzicht verwerven in de pathologie.
- Kennis bezitten van en inzicht hebben in medicatie & deze uitdelen.
- Mondelinge en schriftelijke rapportage.
- Eigen handelingen en ervaringen reflecteren.
- Integratie in en samenwerken met het team.
- Overlegmomenten bijwonen, eigen observaties inbrengen.
- Bijwonen van afdelingsspecifieke taken zoals: opname, crisisopvang, procedures...
- Stageopdracht bespreken.
- Kennismaken met de therapieën en hun doel.
- Open staan voor feedback.
- Respect voor het beroepsgeheim.

5.1.2. PATIËNTGEBONDEN

- Verpleeg - technische vaardigheden & ADL begeleiding.
- Contacten met de patiënt kunnen leggen.
- Trachten patiëntgericht te handelen.
- Vrijtijdsbegeleiding.
- Veiligheidsvoorschriften in acht houden.
- Kennismaken met de therapieën en hun doel.
- De grens tussen personeel en patiënten helder kunnen houden.

5.2. 3^{DE} JAAR A1 PSYCHIATRIE, 3^{DE} JAAR A2 PSYCHIATRIE

5.2.1. NIET-PATIËNTGEBONDEN

- Idem 2^{de} jaar.
- Eigen mogelijkheden en beperkingen herkennen en bespreken: eigen emoties bespreekbaar stellen.
- Leermomenten herkennen en deze zelf aangrijpen.
- Overlegmomenten leiden.
- Linken leggen tussen wat men observeert en literatuur/theorie.
- Administratieve taken.
- Autonoom werken in het dagelijks gebeuren.

5.2.2. PATIËNTGEBONDEN

- Idem 2^{de} jaar.
- De eerste opvang verzorgen.
- De basisfilosofie toepassen.
- Indien nodig assisteren bij crisissituaties.
- Gespreksbegeleiding van de volgpatiënt (onder supervisie).
- Behandelplanbespreking van de volgpatiënt (onder supervisie).