

FORENSISCHE ZORG 2

**Welkom op de afdeling Forensische Zorg 2
van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem.**

Wij hopen dat je hier een aangename en leerrijke stage zal hebben.

**Iedereen van het team zal klaarstaan om je vragen te beantwoorden en je op weg te helpen
met je opdrachten moest dit nodig zijn.**

Wij wensen jou veel succes en een aangename stage!

Het team van Forensische Zorg 2.

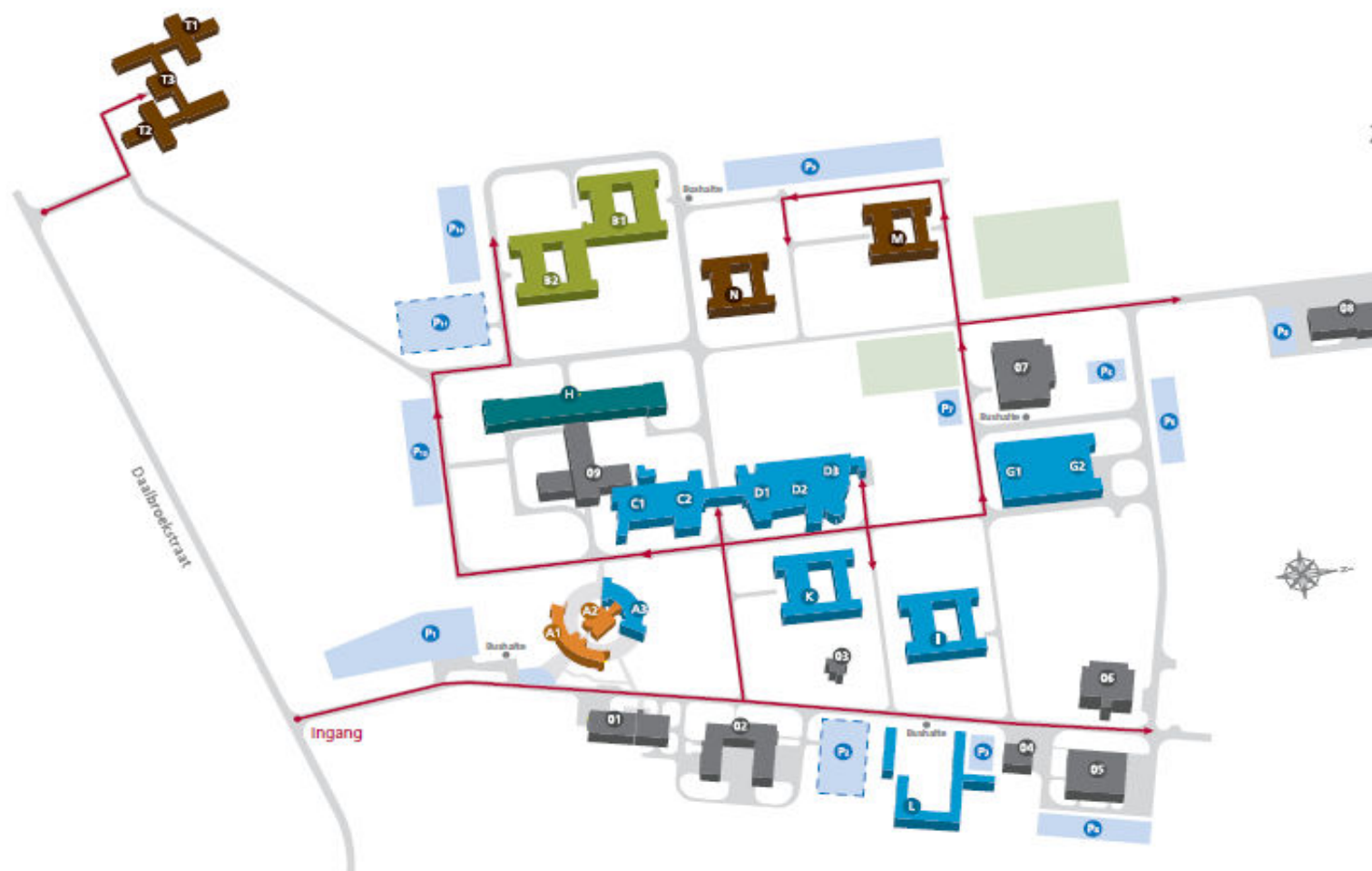
1. BEHANDELKADER
 - 1.1. WAT IS FORENSISCHE PSYCHIATRIE?
 - 1.2. WAT IS INTERNERING?
 - 1.2.1. VOORWAARDEN
 - 1.2.2. COMMISSIE TOT BESCHERMING VAN DE MAATSCHAPPIJ (CBM)
 - 1.3. FORENSISCHE OPNAME
 - 1.3.1. VRAAG TOT OPNAME
 - 1.3.2. INTAKE
 - 1.3.3. OPNAMEVOORWAARDEN DOOR DE AFDELING GESTELD

2. HET THERAPEUTISCH KADER
 - 2.1. BASISFILOSOFIE
 - 2.2. DE UITGANGSPUNTEN VAN HET FORENSISCH CLUSTER

3. VOORSTELLING BEHANDELMODULEN
 - 3.1. OBSERVATIE
 - 3.1.1. WAT GEBEURT ER TIJDENS DE OBSERVATIEPERIODE?
 - 3.2. BEHANDELMODULE I EN II
 - 3.2.1. ALGEMEEN
 - 3.2.2. BEHANDELMODULE I
 - 3.2.2.1. DOELGROEP BEHANDELMODULE I
 - 3.2.2.2. DOELSTELLINGEN BEHANDELMODULE I
 - 3.2.2.3. ORGANISATIE VAN HET LEEFKLIJMAAT
 - 3.2.3. BEHANDELMODULE II
 - 3.2.3.1. DOELGROEP BEHANDELMODULE II
 - 3.2.3.2. DOELSTELLINGEN BEHANDELMODULE II
 - 3.2.3.3. ORGANISATIE VAN HET LEEFKLIJMAAT
 - 3.3. KORTE VOORSTELLING CRISISMODULE
 - 3.3.1. ALGEMEEN
 - 3.3.2. DOELEN VAN DE CRISISMODULE
 - 3.4. KORTE VOORSTELLING WOONTRAINING EN DAGVERPLEGING
 - 3.4.1. WOONTRAINING
 - 3.4.2. DAGVERPLEGING

 4. VERWACHTINGEN NAAR DE VERPLEEGKUNDIGE STUDENT TOE
 - 4.1. KENNISVERWERVING
 - 4.2. DE RELATIE MET HET TEAM
 - 4.3. DE RELATIE MET ONZE CLIËNTEN
 - 4.4. VERANTWOORDELIJKHEID EN INITIATIEFNAME
 - 4.5. OBSERVEREN EN RAPPORTEREN
 - 4.6. ATTITUDE
 - 4.7. BEROEPSGEHEIM

De zorgeenheid FORENSISCHE ZORG 2 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 mensen 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. 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;
- Advocaat;
- psychosociale dienst van de gevangenis;
- selectiecomité FOD justitie;
- andere vb. forensische projecten.

Meestal wordt de aanvraag ingediend door de geïnterneerde zelf.

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 geïnterneerde 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 kandidaten 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” of motivatie. Het verblijf op de afdeling is niet vrijblijvend, het mag voor de patiënt niet gewoon “ de kortste en de 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 cliënt is geen high risk.

2. HET THERAPEUTISCH KADER

2.1. BASISFILOSOFIE

De basisfilosofie berust op drie basisprincipes:

1. Afspraak is afspraak: er zijn afspraken i.v.m. roken, GSM-gebruik, gevaarlijke voorwerpen, bezoek,...
2. Een sfeer van wederzijds respect: respect betekent eerbied hebben voor jezelf, voor de ander en de dingen om je heen. Respect betekent ook: uitgevoerde taken respecteren; mensen niet onder druk zetten om bijv. sigaretten of geld, jezelf respecteren door je te verzorgen, kledij, respect door de muziek niet te luid te zetten....
3. Vrijheid voor verantwoordelijkheid: dit is het derde basisprincipe. Het heeft niet alleen te maken met zelfstandig zijn maar veel meer nog met "verantwoording kunnen afleggen" voor wat je doet, met handelen op een verantwoorde manier. Wij vinden het opnemen van verantwoordelijkheid zo belangrijk dat we onder andere de vrijheden eraan koppelen. Hoe meer verantwoordelijkheid je kan dragen (bijv. of je genoeg zelfcontrole hebt, je betrouwbaar bent rond afspraken) hoe meer vrijheid we de cliënten toevertrouwen.

2.2. DE UITGANGSPUNTEN VAN HET FORENSISCH CLUSTER

- De missie van het forensisch cluster zijn delictpreventie, het behandelen van de pathologie en resocialisatie;
- Een dynamische inschatting maken van het terugvalrisico. De daaraan gekoppelde mogelijkheden en beperkingen zijn voortdurend een punt van aandacht;
- Behandeling in groep waar mogelijk, maar iedereen is ook een individu met mogelijkheden en beperkingen;
- Iedere cliënt is meer dan zijn ziekte en /of zijn delict. Ook wonen, werken, vrije tijd en ontspanning geven een betekenis aan het dagelijks leven.

3. VOORSTELLING BEHANDELMODULEN

3.1. OBSERVATIE

Wanneer een cliënt 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 cliënt, 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 cliënt een positieve ervaring kan opdoen en zich welkom kan voelen. Hij wordt uitgenodigd om zich de basisprincipes, de afspraken, het huishoudelijk reglement, het vrijhedenbeleid eigen te maken.

Om de geschikte sfeer te verkrijgen zijn zowel de infrastructuur als de bejegening door het personeel zeer belangrijk. We trachten de cultuur van de gevangenis te doorbreken: een huiselijke sfeer creëren waarin de nieuwe cliënt een positieve ervaring kan opdoen en zich welkom kan voelen en tenslotte kan breken met het "gevangenisyndroom".

3.1.1. 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 8 weken volgt er een behandelplanbespreking in de observatiemodule.

Tijdens deze behandelplanbespreking wordt gekeken of de cliënt naar een behandelmodule kan gaan.

Elke behandelmodule is opgebouwd in een intensieve behandeling en een voortgezette behandeling.

3.2. BEHANDELMODULE I EN II

3.2.1. ALGEMEEN

Intensieve behandeling

Hierbij ligt de focus vooral op het groepsgebeuren. Op een constructieve manier leren omgaan met jezelf, met anderen en met problemen. De groep is een leefgemeenschap waarin cliënten leven met elkaar, waar gewerkt wordt aan het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf en de ander en op een zo groot mogelijke zelfstandigheid.

De intensieve behandeling omvat een weekprogramma.

Dit weekprogramma omvat:

- Een aantal verplichte sessies en activiteiten die bij die groep horen bijv. PMT, hippotherapie, werkpunten vergadering, groepsvergadering,...;
- Een aantal sessies aangepast aan de specifieke problemen bijv. drugsgroep, relaxatietraining;
- Een aantal vrije sessies die in overleg met het team ingepland en die gaan door in het centrale therapiegebouw bijv. crea, computer, hout..

Voortgezette behandeling

Nadat men met de groep en zichzelf aan de slag is geweest wordt gewerkt aan de resocialisatie. Het is vooral ontslagvoorbereiding, het terug leren inpassen in de samenleving krijgt meer de nadruk. Er wordt met de cliënt een nieuw weekprogramma opgesteld dat gaat in de richting van werk, dagstructuur en zinvolle tijdsbesteding en het verder ontwikkelen van gezonde hobby's. Het is de bedoeling dat de zaken die eerder aangeleerd zijn ook vastgehouden en verder verdiept worden.

3.2.2. BEHANDELMODULE I

3.2.2.1. DOELGROEP VOOR BEHANDELMODULE I

In deze groep komen cliënten met een psychotische kwetsbaarheid die zich in meerdere of mindere mate toont in een gestoorde realiteitstoetsing, wanen en/of hallucinaties.

Deze cliënten hebben vaak beperkte mogelijkheden, ze hebben een beperkte intelligentie en kunnen weinig druk aan. Het zijn cliënten die vooral problemen hebben met hun identiteit en gebruik maken van primitieve afweermechanisme. Vaak is er comorbiditeit met verslaving en/of persoonlijkheidsstoornissen en hebben ze delicten gepleegd. Vaak is er sprake van een blijvende kwetsbaarheid waardoor ze bij teveel druk in crisis kunnen gaan.

3.2.2.2. DOELSTELLINGEN VAN BEHANDELMODULE I

Behandeling

- Ik-versterking verstevigen en uitbouwen mogelijkheden, symptoomreductie, copingstrategieën aanleren, psychische weerbaarheid in het dagelijks functioneren. Dit door in het begin van de behandeling veel samen te doen/ondersteunen, deel uit maken van het dagelijks leven door het aanbrengen van een dagstructuur, mogelijkheden en beperkingen inschatten, activeren en stimuleren, duidelijk en concreet zijn, aanwezig te zijn en beschikbaar te zijn.
- Verduidelijken van kwetsbaarheden en functieverlies en helpen bij de acceptatie van beperkingen;
- Leren omgaan met afspraken, respect, vrijheid en verantwoordelijkheid naar draagkracht. Dit door het opvolgen van een aantal vaste regels zoals het gebruik van drugs, dealen;
- Leren omgaan met structuur en grenzen;
- Behandeling van psychose.

Resocialisatie

- De nodige vaardigheden op het vlak van woonst, werk en vrije tijd in kaart brengen en trainen, zoeken om het maximale te bereiken op het niveau van zelfstandigheid, op vlak van daginvulling, op vlak van wonen zodat men terug naar de maatschappij kan;
- Een sociaal netwerk uitbouwen en ondersteunen;
- Delictpreventie;
- Risicotaxatie.

3.2.2.3. ORGANISATIE VAN HET LEEFKLIMAAT

Een therapeutisch klimaat

We bieden een therapeutisch klimaat dat structuur en voorspelbaarheid en op die manier veiligheid biedt. We bieden een klimaat waarin men samen leeft, waarin men voldoende leersituaties tegen komt om “aangepast” gedrag te oefenen en te leren. Interacties met begeleiding zijn erop gericht gedrag en omgangsvormen te benoemen/te duiden en waar nodig te sturen.

De leefgroep

De leefgroep is een leefgemeenschap waarin cliënten leren leven met elkaar, waar de nadruk ligt op het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor de anderen en op een zo groot mogelijke zelfstandigheid.

In het samenleven liggen de therapeutische kanten van een groep, momenten en gebeurtenissen waarbij men met andere te maken heeft bijv. bij de maaltijd, tijdens de groepsvergadering, tijdens de dagopening...

Organisatie van een leefgroep is niets anders dan afspraken met bewoners over grenzen van tijd en ruimte. Afspraken over wat er moet gebeuren en wanneer iets moet gebeuren (dagindeling die is opgezet).

Afspraken liggen vast over ruimte en tijd: tijd van opstaan, tijd van ontbijten, het bezoeken van verschillende therapieën, groepsbijeenkomsten, middag- en avondmaal.

Een leefgroep is ook een huishouden. De zorg is de kerntaak van de verpleegkundige. Samen zorg besteden aan de woonkamer – keuken - de was - het eten - vrije tijd en andere dagdagelijkse activiteiten. Op deze manier kan de verpleegkundige zich in het dagelijkse leven van de cliënt opstellen i.p.v. ernaast.

Supportief milieu

Supportief betekent een ondersteunende, “dragende” behandeling. Zij omvatten een zeer breed scala van technieken waarin het leren, oefenen en trainen centraal staat. Het scala van technieken beweegt zich op twee polen:

- Technieken die de cliënt helpen zelfstandig te worden en met volledig herstelde uitvoerende en adaptieve ik- functies door het leven te gaan (ik-opbouw);
- Technieken die cliënten helpen te leren leven met hun beperkingen, met hun psychische invaliditeit (ik- versterking).

Het supportieve model heeft 2 belangrijke kenmerken:

- het is individugericht (behandeling op maat) en
- antiregressief (individuele hand in hand begeleiding).

Dit milieu staat op de voorgrond in de behandelgroep I.

Dit doen we door:

- Voorspelbare structuur (therapie/weekprogramma);
- Hand –in handbegeleiding;
- Duidelijk en concreet zijn;
- Laagdrempelig te zijn;
- In het hier en nu te werken;
- Veel samen te doen met de cliënt/ondersteunen;
- Door aanwezig te zijn in de groep;
- Door prikkelreductie.

Sociaal therapeutisch milieu

Is gericht op het verbeteren van de sociale adaptatie. Het doel is het verstevigen en uitbouwen van een passende sociale identiteit. We streven naar een actieve aanpassing d.w.z. dat de cliënt in staat wordt gesteld om zichzelf aan te passen aan de omgeving en anderzijds, waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze aan te passen aan de eigen wensen en behoeften.

Dit milieu is belangrijk te vernoemen daar wij als verpleegkundigen een belangrijke rol vervullen als voorbeeldfunctie/rolmodel om de bewoner dingen aan te leren of om de stap naar de maatschappij te verlagen.

3.2.2.4. DE BEJEGENING VAN DE CLIËNTEN IN DEZE BEHANDELMODULE

- De verpleegkundige dient de cliënt op een cliëntgerichte manier te benaderen: empathie, onvoorwaardelijke positieve aanvaarding, echtheid;
- De verpleegkundige dient te kunnen omgaan met chaos, met de bizarre leefwereld van mensen met een psychotische kwetsbaarheid;
- De verpleegkundige moet voortdurend beschikbaar kunnen en willen zijn en hierbij een evenwicht zien te vinden tussen afstand- nabijheid;
- De verpleegkundige dient de cliënt voortdurend naar het hier en nu te brengen/te situeren;
- De verpleegkundige dient rekening te houden met de mogelijkheden van de cliënt, de cliënt willen ondersteunen in dagdagelijkse activiteiten;
- De verpleegkundige dient geduldig te zijn;
- De verpleegkundige dient enthousiast te zijn;
- De verpleegkundige dient duidelijk te zijn naar de regels toe, toch omwille van gestoorde realiteitstoetsing minder streng te sanctioneren. Veiligheid voor de cliënten van deze module wordt niet zozeer via basisregels gerealiseerd wel door preventief in te grijpen en zo escalatie te voorkomen;
- De verpleegkundige dient de cliënt te motiveren! Opletten voor teveel druk/te hoge verwachtingen naar de cliënt want dit kan stress induceren. Je eigen verwachtingen als verpleegkundige heb je in deze module best onder controle. De enige verwachting (bij wijze van spreken) is dat de cliënt aanwezig kan zijn;
- De verpleegkundige dient zich bewust te zijn van gevoelens van tegenoverdracht die
- Deze cliënten kunnen veroorzaken en dit bespreekbaar te maken.

3.2.3. BEHANDELMODULE II

3.2.3.1. DOELGROEP VOOR BEHANDELMODULE II

Cliënten waarbij een persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond staat. Een eventueel onderliggende psychotische problematiek is onder controle. Vaak is comorbiditeit met verslaving en ze hebben ook een delict gepleegd. Zij zijn in staat om (te leren) in groep te functioneren. De cliënten in deze groep bezitten enig introspectief vermogen en voldoende ik-sterkte die hen in staat stelt om enige ontregeling te verdragen.

3.2.3.2. DOELSTELLING VAN BEHANDELMODULE II

Behandeling

- Behandelen van psychische problematiek maar steeds in relatie tot de feiten en hervulpreventie. (realiteitsconfrontatie);
- Opgeven van destructieve strategieën en het ontwikkelen van adaptieve vaardigheden;
- Eigen keuzes maken en positie kiezen tegenover de basisprincipes (respect, afspraak is afspraak, vrijheid voor verantwoordelijkheid). Het is een voortdurend aandachtspunt dat regels en afspraken gemanipuleerd, misbruikt en overtreden kunnen worden. Dit gedrag wordt niet geduld, maar dynamiek die dit gedrag doet ontstaan is steeds gespreksstof in de therapie.

Resocialisatie

- De nodige vaardigheden op vlak van werk, woonst en vrije tijd in kaart brengen en trainen. Doel is het bereiken van een optimaal, individueel aangepast niveau van zelfstandigheid;
- In kaart brengen en ondersteunen van het sociaal netwerk;
- Risicotaxatie (hervul) wordt op punt gesteld en delictpreventie.

3.2.3.3. ORGANISATIE VAN HET LEEFKLIMAAT

Een therapeutisch klimaat

In deze behandelmodule streven we naar een therapeutisch klimaat waar de cliënten zoveel mogelijk verantwoordelijkheid voor nemen. Ze staan in voor de dagelijkse organisatie van het samenleven. Zo kunnen ze zelf een milieu creëren - steeds met hulp en begeleiding van de verpleegkundige waar nodig – waarin ze kunnen experimenteren met gedrag en positievere alternatieven kunnen zoeken om met probleemsituaties om te gaan.

De leefgroep

De leefgroep is een leefgemeenschap waarin cliënten leren leven met elkaar, waar de nadruk ligt op het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor de anderen en op een zo groot mogelijke zelfstandigheid. In het samenleven liggen de therapeutische kanten van een groep, momenten en gebeurtenissen waarbij men met andere te maken heeft bijv. bij de maaltijd, tijdens de groepsvergadering, tijdens de dagopening...

Organisatie van een leefgroep is niets anders dan afspraken met bewoners over grenzen van tijd en ruimte. Afspraken over wat er moet gebeuren en wanneer iets moet gebeuren (dagindeling die is opgezet). Afspraken liggen vast over ruimte en tijd: tijd van opstaan, tijd van ontbijten, het bezoeken van verschillende therapieën, groepsbijeenkomsten, middag en avondmaal.

Een leefgroep is ook een huishouden. De zorg is de kerntaak van de verpleegkundige, samen zorg besteden aan de woonkamer – keuken - de was - het eten - vrije tijd en andere dagdagelijkse activiteiten. Op deze manier kan de verpleegkundige zich in het dagelijkse leven van de cliënt opstellen i.p.v. ernaast.

Reconstructief milieu

Het woord reconstructief heeft betrekking op afbreken en opnieuw opbouwen van het defensief systeem (=geheel van afweermechanismen). Afweermechanismen hebben enerzijds de functie te voorkomen dat een mens wordt overspoeld door emoties, driften, en impulsen van "binnen uit".

Anderzijds helpen de afweermechanismen het midden te vinden tussen aan de ene kant de eigen gevoelens en strevingen op biopsychosociaal vlak en aan de andere kant tussen de beperkingen die de omgeving oplegt.

Reconstructieve behandeling is dus een reconstructie van de afweermechanismen. Het leren los maken van meestal onbewuste denk-, gevoel-, en gedragspatronen die afkomstig uit de vroegkinderlijke perioden. Dit milieu staat op de voorgrond in groep II.

We doen dit door:

- vaste structuur;
- realiteit toetsing /realiteitsconfrontatie;
- gevoelens van overdracht en tegenoverdracht bespreken;
- externe controle;
- stimuleren om problemen zelf op te lossen;
- nadruk op verantwoordelijkheid;
- werkpunten vergadering;
- nieuw gedrag aanleren.

Sociaal therapeutisch milieu

Is gericht op het verbeteren van de sociale adaptatie. Het doel is het verstevigen en uitbouwen van een passende sociale identiteit. We streven naar een actieve aanpassing d.w.z. dat de cliënt in staat wordt om zichzelf aan te passen aan de omgeving, en anderzijds, waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze aan te passen aan de eigen wensen en behoeften.

Dit milieu is belangrijk te vernoemen daar wij als verpleegkundigen een belangrijke rol vervullen als voorbeeldfunctie/rolmodel om de bewoner dingen aan te leren of om de stap naar de maatschappij te verlagen.

3.2.3.4. DE BEJEGENING VAN DE CLIËNTEN IN DEZE BEHANDELMODULE

- De verpleegkundige dient begrip op te brengen voor een cliënt maar hoeft destructief gedrag niet te aanvaarden;
- De verpleegkundige dient om te gaan met gevoelens van tegenoverdracht/uitstoting;
- De verpleegkundige dient contact met cliënten kunnen en willen in stand houden, ook al wordt je uitgestoten;
- De verpleegkundige dient het vermogen te hebben om goed te communiceren binnen je groep en splitsing tegen te gaan;
- De verpleegkundige dient woede te kunnen verdragen;
- De verpleegkundige dient duidelijk en consequent te handelen;
- De verpleegkundige dient doorzichtig en transparant te zijn;
- De verpleegkundige dient te werken in het hier en nu, gebaseerd op het samen willen leven;
- De verpleegkundige dient identificatie te kunnen bieden, een rolmodel zijn;
- De verpleegkundige dient een zo duidelijk mogelijke houding aan te nemen zonder rigide te zijn (de “geest van de wet” is belangrijker dan “de letter van de wet”);
- De verpleegkundige dient de cliënt positief te bekrachtigen en enthousiast te zijn;
- De verpleegkundige dient veel en open te communiceren, ook wat betreft veranderingen, door informatie en uitleg te geven ontstaat er betrouwbaarheid en duidelijkheid;
- De verpleegkundige dient praktische oplossingsstrategieën aan te bieden;
- De verpleegkundige dient zijn/haar interventies af te stemmen op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- De verpleegkundige dient autoritair te zijn zonder echt autoritair te zijn en bereid te zijn om niet in een machtspositie te staan;

3.3. VOORSTELLING VAN DE CRISISMODULE

3.3.1. ALGEMEEN

Cliënten in crisis zijn cliënten 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 cliënten 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 cliënt in crisis wordt bepaald door de mate waarin de toestand van de cliënt toelaat terug te keren naar een behandel eenheid of voormalige woongelegenheid.

3.3.2. DOELEN VAN DE CRISISMODULE

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

3.4. VOORSTELLING MODULE WOONTRAINING EN DAGVERPLEGING

3.4.1. WOONTRAINING

Woontraining is eigenlijk een doorgedreven vorm van voortgezette behandeling met vooral nog meer zelfstandigheid, vrijheid en verantwoordelijkheid.

Woontraining is bedoeld voor cliënten aan het einde van hun behandeltraject die in ontslagfase zijn:

1. maar nog nood hebben aan een bijkomende intensieve training in alle mogelijke woonaspecten en het leren omgaan met meer vrijheid, als voorbereiding op beschut of zelfstandig wonen;
2. die kunnen omgaan met vrijheid en voldoende zelfredzaam zijn maar die door omstandigheden nog in afwachting zijn van een transfer.

3.4.2. DAGVERPLEGING

Hoewel het de bedoeling is tot volledige maatschappelijke reïntegratie en rehabilitatie te komen, blijkt in de realiteit dat dit voor sommige cliënten erg moeilijk verloopt wanneer de breuk met het intussen vertrouwd geworden ziekenhuis en afdelingspersoneel bruusk gebeurt.

Vaak is de draagkracht niet voldoende groot genoeg om te voldoen aan alle vereisten voor “normaal leven”: werken, huishouden runnen, dagdagelijkse problemen het hoofd bieden, attent blijven op risico situaties en valkuilen etc.

Een minimale band met de zorglijn blijkt in die situatie vaak net het verschil te kunnen maken.

Deze cliënten maken gebruik van het aanbod om in dagverpleging te komen.

Sommige komen zeven dagen per week, andere cliënten komen nog maar één dag per week.

Iemand die zeven dagen komt volgt vaak therapie in het therapie gebouw, sommige gaan toch ook één, twee of meer dagen werken. De focus ligt dan enkel nog op het behouden van structuur en contact met de zorglijn.

4. VERWACHTINGEN NAAR DE VERPLEEGKUNDIGE STUDENT

4.1. KENNISVERWERVING

Als je weet dat je stage gaat lopen bij ons op de forensische afdeling vinden wij het belangrijk dat je wat leest over psychose en persoonlijkheidsstoornissen. Op deze manier is het gemakkelijker je in te leven in de belevingswereld van onze cliënten en weet je ook al voor een stuk waarom bepaalde gedragingen bij dit soort mensen kunnen voorkomen.

4.2. DE RELATIE MET HET TEAM

- inzicht verwerven over de basisregels van de afdeling;
- inzicht verwerven in de taken van een verpleegkundige;
- inzicht verwerven over psychose of persoonlijkheidsstoornissen;
- inzicht verwerven over de meest gebruikte medicatie (groep, indicatie, nevenwerkingen,....);
- Praktische handeling onderbouwen bv als je inspuiting geeft (welk product, waarom, gevaren);
- Leermomenten die zich voordoen ook benutten (interesse);
- Symptomen en gedragingen die je ziet kunnen beschrijven, tegenoverdracht herkennen,....

4.3. DE RELATIE MET ONZE CLIËNTEN

- durf je plaats in te nemen maar behoud afstand;
- zorg dat je echt bent;
- licht het team in over dat genen wat je bezig bent;
- je visie wordt op prijs gesteld, je mag dit delen met het team;
- vraag ELKE DAG feedback over je eigen functioneren;
- stel vragen.

4.4. VERANTWOORDELIJKHEID EN INITIATIEFNAME

- volg gemaakte afspraken op;
- zorg dat alle deuren gesloten zijn terug gesloten worden na openen;
- vraag spontaan naar verpleeg technische activiteiten zoals bloedname, inspuitingen, medicatie uitdeling, wondverzorging...;
- neem informeel contact met de cliënten;
- neem deel aan therapie sessies;
- doe mee aan de briefing.

4.5. OBSERVEREN EN RAPPORTEREN

- aarzel niet om je bevindingen of observaties weer te geven;
- allen niets zeggen is fout;
- rapporteer zowel mondeling als schriftelijk.

4.6. ATTITUDE

- wees op tijd op dienst;
- breng een gezonde dosis leergierigheid mee, we dragen interesse erg hoog in het vaandel;
- zelfreflectie !!!!

4.7. BEROEPSGEHEIM

- het beroepsgeheim is een van de meest fundamentele principes waarop de gezondheidszorg stoelt. De cliënt geeft immers een stuk van zijn privacy prijs om zich te laten verzorgen;
- alles wat je in ons ziekenhuis HOORT of ZIET wordt NIET vernoemd buiten het ziekenhuis of Niet besproken met medestudenten,tenzij in het kader van de opleiding of supervisie.