

Welkomstwoord in naam van het team.

**Namens het team willen wij u graag verwelkomen op onze afdeling
Psychosezorg Opname en Crisis.**

**Aangezien wij een opnameafdeling zijn met een gesloten deur hebben wij een heel divers
cliënteel.**

**U kan dan ook veel leren op onze afdeling over verschillende soorten pathologie, medicatie
en therapeutische behandelingen.**

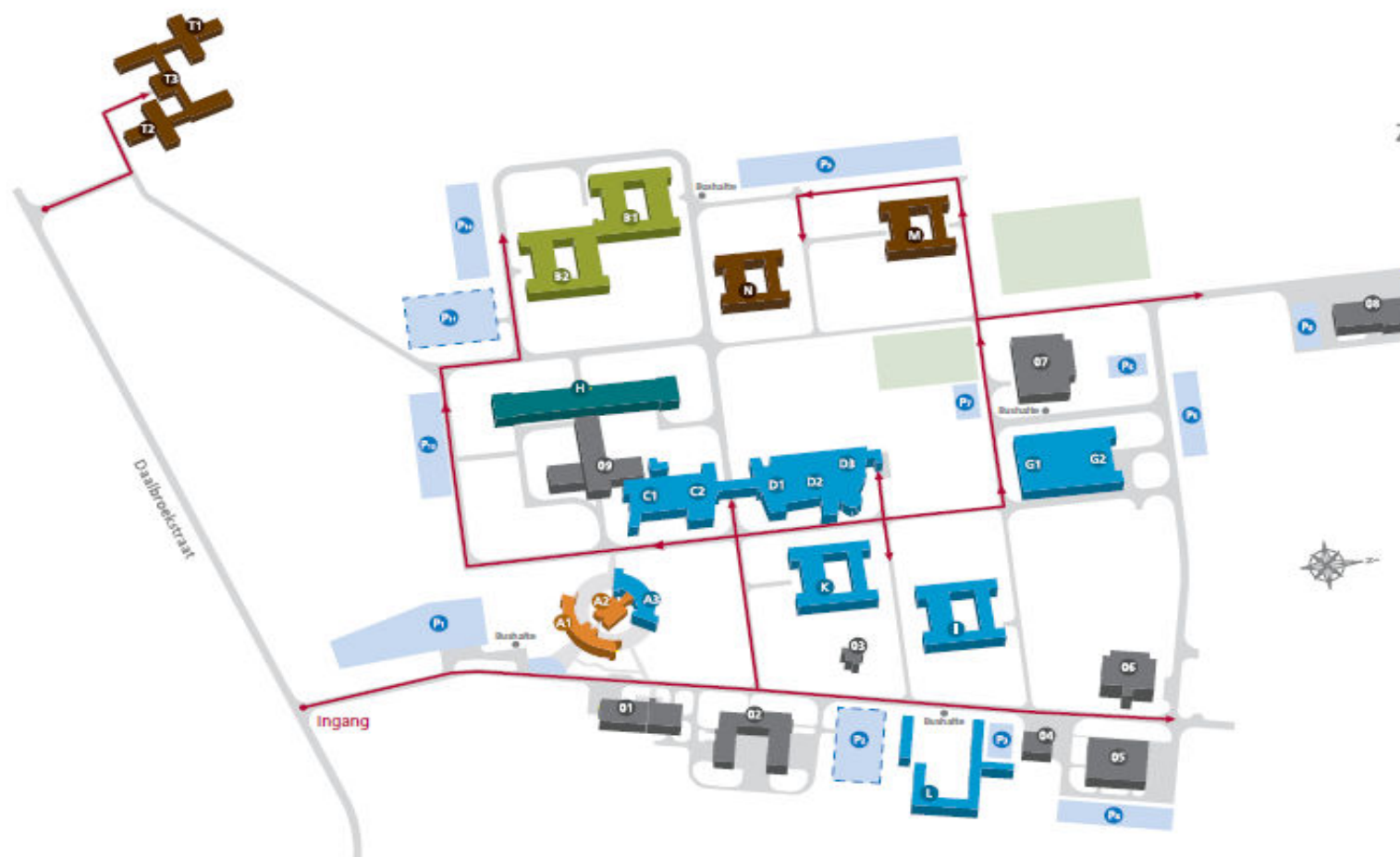
**Wij werken met verschillende groepen die later
in deze introductiebundel verder uitgelegd zullen worden.**

**Het is belangrijk deze introductiebundel goed door te nemen alvorens op stage te komen
om zo een goed beeld te hebben van hetgeen u kan verwachten op stage.**

Wij wensen u alvast een fijne en leerzame stage.

1. BEHANDELKADER
 - 1.1. MULTIDISCIPLINAIR TEAM
 - 1.1.1. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES
 - 1.1.2. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES BIJ EEN OPNAME
 - 1.1.2.1. DE PSYCHIATER
 - 1.1.2.2. DE PSYCHOLOOG
 - 1.1.2.3. VERPLEEGKUNDIGEN (VNL. MENTOR EN CO-MENTOR)
 - 1.1.2.4. SOCIALE DIENST
 - 1.1.2.5. PSYCHOMOTORISCHE THERAPEUTEN
 - 1.1.2.6. ERGOTHERAPEUT
 - 1.1.3. ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG
 - 1.2. AFDELINGSVISIE EN CONCRETE UITWERKING
 - 1.2.1. INLEIDING
 - 1.2.2. DEFINITIE ACUTE PSYCHIATRIE
 - 1.2.3. OPDRACHT
 - 1.2.4. CONCRETE UITWERKING
 - 1.2.4.1. BASISHOUDING
 - 1.2.4.2. HUIDIGE ORGANISATIE EN THERAPEUTISCH KLIMAAT
 - 1.2.4.3. DE PROCESMATIGE BENADERING VAN DE PATIËNT
 - 1.3. ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG
 - 1.3.1. SOMATISCH
 - 1.3.2. NIET-SOMATISCH
2. HET THERAPEUTISCH KADER
 - 2.1. HET THERAPEUTISCH BEHANDELINGSPROGRAMMA
 - 2.2. DE RESIDENTIËLE SETTING
 - 2.2.1. DAGINDELING VAN DE PATIËNTEN EN PERSONEEL
 - 2.2.1.1. PATIËNTEN
 - 2.2.1.2. PERSONEEL
3. COMMUNICATIEKANALEN (OVERLEGSTRUCTUREN)
 - 3.1. VERGADERINGEN EN OVERLEG MOMENTEN VAN HET TEAM
 - 3.2. VERGADERINGEN EN OVERLEG MOMENTEN VAN DE PATIËNTEN
 - 3.2.1. DAGOPENING
 - 3.2.2. DAGAFSLUITING
 - 3.2.3. BEWONERSRAAD
4. TAAKGEBIEDEN VAN DE PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE
 - 4.1. ALGEMEEN VERPLEEGKUNDIGE TAKEN, INTERVENTIES
5. VERWACHTINGEN NAAR DE STUDENTEN
 - 5.1. WAT VERWACHTEN ZE NU VAN MIJ ALS STUDENT
 - 5.1.1. KENNISVERWERVING
 - 5.1.2. DE RELATIE MET HET TEAM
 - 5.1.3. DE RELATIE MET ONZE PATIËNTEN
 - 5.1.4. VERANTWOORDELIJKHEID EN INITIATIEFNAME
 - 5.1.5. OBSERVEREN EN RAPPORTEREN
 - 5.1.6. ATTITUDE
 - 5.1.7. BEROEPSGEHEIM
 - 5.1.8. RECHTEN VAN DE PATIËNT
6. SAMENWERKING IN TEAMVERBAND
7. STAGEMENTORENWERKING
 - 7.1. BEGELEIDING VAN DE STUDENTEN DOOR DE STAGEMENTOREN
 - 7.2. BEGELEIDING DOOR DE STAGEBEGELEIDERS
 - 7.3. DIENSTREGELING
 - 7.4. EVALUATIE VAN DE STUDENTEN

De zorgenheid PSYCHOSEZORG OPNAME EN CRISIS is op het PLAN terug te vinden onder D2 en D3 (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 Manege
- 07 Sporthal
- 08 Keuken
- 09 Administratie
- A1 Onthaal
- A2 Vergaderzalen

- A3 Dagbehandeling 1
- B1 Ouderenzorg 1
- B2 Ouderenzorg 2 & 3
- C1 Neurosezorg
- D1 Psychosezorg - resocialisatie
- D2 Psychosezorg - 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. MULTIDISCIPLINAIR TEAM

Het multidisciplinair bestaat uit:

- De geneesheer – psychiaters;
- De verpleegkundige equipe;
 - Gegradueerd psychiatrisch verpleegkundigen:
 - Gebrevetteerde psychiatrisch verpleegkundigen:
 - Opvoeders:
 - Zorgkundigen:
- De psychologen;
- De therapeutische equipe;
 - Creatieve therapeuten:
 - Psychomotorische therapeuten:
 - Maatschappelijk assistenten:
 - Muziektherapeut.

Deze teamleden zal u haast dagelijks op de afdeling tegenkomen.

1.1.1. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES

De psychiater: is de eindverantwoordelijke voor de behandeling. Hij of zij bespreekt met het team en patiënt welke de best mogelijke behandeling is en schrijft, waar nodig, medicatie en aangepaste therapieën voor. De patiënt kan bij de verpleging een afspraak maken voor een consult. De verpleging is bij dat gesprek aanwezig.

De psycholoog: is verantwoordelijk voor het therapeutische luik van de behandeling. Wekelijks vinden individuele gesprekken plaats met iemand van de psychologische dienst. Op vraag van het team worden er eventueel psychologische testen afgenomen die kunnen helpen bij de diagnosestelling en het behandelplan. Wanneer een psychotherapeutische begeleiding nodig is, kan dit aan het behandelprogramma toegevoegd worden. Familieleden kunnen een afspraak maken of uitgenodigd worden voor een gesprek.

De hoofdverpleegkundige: heeft de verpleegkundige eindverantwoordelijkheid op de afdeling. Ze staat in voor praktische, organisatorische en inhoudelijke regelingen in verband met het verpleegkundig handelen op de zorgeenheid en voor het beheer van de infrastructuur. Problemen of vragen die niet met de mentor of een verpleegkundige besproken kunnen worden, kunnen hier, na afspraak, aan bod komen.

De verpleging: de verpleegequipe staat garant voor een continue zorgverlening. Hierbij denken we allereerst aan een grondige observatie. Elke patiënt zal een verpleegkundige toegewezen krijgen die de patiënt persoonlijk zal begeleiden (=mentor), bijgestaan door 1 of 2 co-mentoren. De mentor bereidt samen met patiënt het zorgplan (= het schriftelijk document met betrekking tot de geplande zorg) voor. De verpleging staat tevens de familie te woord, geeft hen uitleg over de afdeling en kan de familie extra informatie vragen, mits akkoord van de patiënt.

De verpleging staat bovendien in voor de medicatiebedeling en zal patiënten aanmoedigen om naar therapie te gaan als de patiënt het hiermee moeilijk heeft. Zij zullen de aanvraag voor een doktersconsultatie noteren en deze consultatie ook bijwonen, zodanig dat zij bij eventuele wijzigingen in de behandeling onmiddellijk op de hoogte zijn. Om het therapeutisch klimaat op de afdeling te bewaken, houden zij toezicht op het naleven van de verschillende gemaakte afspraken.

Verpleegkundigen staan ook in voor de fysische verzorging zoals onder andere het nemen van de bloeddruk, lichaamstemperatuur of polsslag, het verrichten van wondverzorgingen, ADL begeleiding, ...

De geneesheer-internist en de geneesheer-omnipracticus: onderzoeken van de algemene lichamelijke conditie en helpen bij lichamelijke klachten. Tijdens de eerste week van elke patiënt zijn verblijf op deze afdeling zal er een algemeen lichamenlijk onderzoek plaatsvinden.

De maatschappelijk assistente: helpt bij allerlei problemen van sociale, familiale, financiële en administratieve aard.

De therapeuten: staan in voor de begeleiding in de creatieve, de bewegings-, de arbeids-, de huishoudelijke en de sociotherapie. Meer uitleg hierover vindt u verderop in deze introductiebrochure.

1.1.2. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES BIJ EEN OPNAME

1.1.2.1. DE PSYCHIATER

Psychiatrische anamnese:

Op een gestructureerde manier wordt psychiatrische symptomatologie nagevraagd. Een aantal verschijnselen betreffende patiënt zijn conditie, zoals aandacht, oriëntatie en waarneming worden onderzocht.

Voorbeeld:

- Algemene indruk en interviewgedrag (houding, optreden, uiterlijk, contact,...);
- Bewustzijn (verhoogd of verlaagd, verruimd of vernauwd);
- Aandacht (verhoogd, verminderd, concentratiemoeilijkheden, verstrooid,...);
- Oriëntatie (t.a.v. tijd, ruimte, eigen persoon en andere mensen);
- Waarneming (illusies, hallucinaties, sensorische vervormingen: hyperesthesie, kleurvervorming, paresthesie, microscopie, macroscopie, synesthesie);
- Geheugen (kwantitatief: registratie, retentie, productie → hyperamnesie, (retrograde, anterograde amnesie. Kwalitatief: paramnesie, dysamnesie, geheugenvervalsing, confabulatie);
- Intelligentie;
- Denken (formeel: neologismen, privaatsymboliek, concretistisch denken, magisch taalgebruik, autistisch denken, overgeneraliseren, overinclusief denken, ideeënlucht, inhibitie van gedachtegang, perseveratie, incoherentie, chaotisch denken, associatief denken, inhoudelijk: obsessies, over waardige ideeën, wanen);
- Stemming (euforie, hypomaan, extase, exaltatie, angst, depressiviteit, neerslachtigheid, boosheid, ontstemming, wantrouwen, achterdocht, jaloezie, schuld, schaamte, verlegenheid, onzekerheid, machteloosheid, hulpeloosheid, eenzaamheid, verveling, gevoel van leegte, nutteloosheid, gevoel van vervreemding);
- Affect (over affectiviteit, affectlabiliteit, affectincontinentie, dwang lachen, dwang huilen, affectvervlakking, apathie, anhedonie, alexithymie, affectverstarring, ambivalentie, disharmonie of dissociatie in gevoelsuiting, affect discordantie);
- Motoriek/handelen (onrustig, beweeglijk,...);
- Spraak (chaotisch, hak op de tak,...);
- Inzicht/oordeelsvermogen (ziektebesef, ziekte-inzicht, ziektegedrag).

Formuleren hulpvraag

Medicatie instellen / aanpassen

1.1.2.2. DE PSYCHOLOOG

Eerste gesprek

- Klachtenanamnese: Probleem helderende fase
Eerste contact wordt met de patiënt gelegd. Men tracht een beeld te krijgen van hoe de patiënt zijn klachten omschrijft en beleeft.
 - Exploratie van de klachten/problemen, hoofdklacht (inhoud, ernst, sinds wanneer, aanleiding/oorzaak, wat lokt de klachten uit/inhibeert ze, wat is er al aan gedaan);
 - Beleving van de klachten;
 - Aanleiding om nu juist hulp te zoeken;
 - Ideeën van patiënt over ontstaan van de klachten;
 - Eigen pogingen om klachten te verminderen en de resultaten;
 - Exploratie van hulpvraag, therapieverwachtingen;
 - Ziektetheorie van de patiënt.

Toelichting therapieaanbod:

- Uitleg bij (standaard) observatieprogramma
- Mogelijkheid individuele psychologische begeleiding

Tweede (en evt. volgende) gesprek

- Klachtenanamnese: Speciale anamnese:
Uitdiepen van de hoofdklacht, die door patiënt naar voor wordt gebracht.
 - Uitdiepen van de hoofdklacht, die door patiënt naar voor wordt gebracht;
 - Uitdiepen aard en intensiteit van de klachten;
 - Hoe en wanneer zijn de klachten ontstaan;
 - Factoren en omstandigheden die gerelateerd zijn aan het ontstaan;
 - Beloop van de klachten sinds het ontstaan;
 - Factoren en omstandigheden gerelateerd aan vermindering of verergering van de klachten;
 - Het verloop van de klachten doorheen de dag;
 - Hulpverleningsgeschiedenis en resultaten;
 - Medicijn- en druggebruik;
 - Lichamelijke ziektes, operaties;
 - Vergelijkbare klachten bij de familie;
 - Premorbide persoonlijkheid en mogelijke veranderingen hierin volgens patiënt of familie

Diagnostiek:

Standaard: SCL-90 (klachtenlijst)		
Op basis van observatiegegevens en verhogingen op SCL-90:		
Angst	STAI	
Depressie	Beck Depression Inventory	
Hostiliteit	BDHI-D	
Psychoticisme	PANS	
Alcohol	MALT	
...		
Op vraag		
Intelligentie	WAIS-III	
	NLV	
Persoonlijkheid	MMPI	
	UCL	
	MCMI	
	...	
Cognitief functioneren	Aandacht	Trailmaking
		Stroop
	Geheugen	Benton 1-2
		15 woorden
		PRM
		CFT
	Structuratie	CFT
		Bender
		Grassi

1.1.2.3. VERPLEEGKUNDIGEN (VNL. MENTOR EN CO-MENTOR)

Observatie

Verpleegkundige observatieschalen worden nog gezocht /uitgetest.

Biografische anamnese:

Levensgeschiedenis wordt in kaart gebracht. Men probeert een beeld te krijgen van lichamelijke, psychische, intellectuele, seksuele en sociale ontwikkeling.

In kaart brengen van de 11 gezondheidspatronen van Gordon:

- Probleemsituering binnen de 11 levensdomeinen;
- Etiologie;
- Symptomatologie;
- Formuleren van doelen, subdoelen;
- Voorstellen tot interventies

Iedere opname begint uiteraard met het verzamelen van de nodige gegevens.

De verpleegkundige gegevens worden verzameld aan de hand van de 11 levenspatronen volgens Gordon die beschreven staan in de verpleegkundige voorbereiding in het voorbereidend onderdeel van het behandelplan. U verzamelt deze gegevens al pratend met de patiënt terwijl u vooral hem/haar aan het woord laat; u houdt de diverse levenspatronen tijdens het opnamegesprek in het achterhoofd; u gaat evenwel niet puntsgewijs alle punten opsommen tijdens het gesprek. Bij mogelijke probleemgebieden vraagt u verder door en heeft daarbij aandacht voor zowel de verbale als de non-verbale boodschappen van de patiënt. U neemt notitie van de wensen van de patiënt en zijn/haar verwachtingen, ook al komen deze niet overeen met uw persoonlijke mening (beschrijving versie van mentor enerzijds, beschrijving versie patiënt anderzijds); u doet bij opname een bondige probleeminventarisatie; u maakt hierbij onderscheid tussen de problemen die de patiënt aangeeft en de problemen die u vanuit uw eigen professionele observaties formuleert.

Gesprekken met volgpatiënt (2x/week)

- Doel van de gesprekken:
- Autoanamnese;
- Bieden van ondersteuning en begeleiding;
- Aftasten van de probleemgebieden;
- Situering van de probleemgebieden binnen de 11 levensdomeinen volgens Gordon.

Het gesprek is geïnspireerd vanuit ondersteuning en begeleiding van uw toegewezen patiënt

U overloopt samen met uw toegewezen patiënt de diverse probleemgebieden; u overlegt met de patiënt welke patiënten best weerhouden kunnen worden; u legt met andere woorden prioriteiten vast binnen de verschillende probleemgebieden. U peilt bij uw volgpatiënt wat de oorzaak of oorzaken zijn van het probleem en schrijft deze uit; u bekijkt samen met de patiënt wat zowel wenselijk als haalbaar is en stelt alzo uw behandeldoelen voorop; vervolgens overloopt u wat er nodig is om de vooropgezette doelen te bereiken; u formuleert dan samen met uw volgpatiënt voorstellen hoe deze doelen te bereiken in een planningsvoorstel. Formuleer de doelen duidelijk, eenvoudig en haalbaar; het formuleren van subdoelen op weg naar een hoofdoel kan hierbij een hulpmiddel zijn. Alzo ontstaat er een systematische manier in uw verpleegkundig handelen ter voorbereiding op de interdisciplinaire bespreking. Geef aan uw volgpatiënt ook aan dat u samen met de patiënt voorstellen uitwerkt ter verdere bespreking met de andere disciplines op de behandelplanbespreking. Het spreekt voor zich dat al dit werk pas echt kan renderen wanneer de mentor dan ook op de interdisciplinaire bespreking aanwezig is; zodoende kan de mentor alle verpleegkundige observaties in hun context plaatsen en de bevindingen van de andere disciplines beluisteren; in het geval de mentor belet is (ondanks de planning vooraf van deze bespreking), zo laat de mentor zich vervangen door de co-mentor; slechts zeer uitzonderlijk als de co-mentor ook zou verhinderd zijn, is er sowieso tenminste de grondige schriftelijke voorbereiding met een mondelinge briefing van de verpleegkundige vervanger noodzakelijk; dit laatste is echter alleen bij hoge uitzondering en in overleg met de leidinggevende te organiseren!

1.1.2.4. SOCIALE DIENST

Sociale anamnese

Men probeert een beeld te krijgen van aard en omvang van het sociale netwerk van de patiënt. De maatschappelijke situatie wordt ook in kaart gebracht.

- Analyse van sociaal netwerk van de patiënt: welke contacten, wat betekenen ze
 - Verwanten;
 - Vriendschappelijke betrekkingen: vrienden, kennissen, burens, collega's;
 - Maatschappelijke diensten: huisarts, onderwijzer, OCMW;
- Beschrijving van patiënt zijn huidige gezin en patiënt zijn rol in het gezin;
- Arbeidssituatie en –satisficatie;
- Vrijtijdsbesteding;
- Financiële en maatschappelijke omstandigheden.

Heteroanamnese bij familie

De partner of andere familieleden worden uitgenodigd. Dit gebeurt door de sociaal assistente samen met een verpleegkundige. Doel van dit gesprek is informatie verzamelen van de familie, informatie geven aan de familie, inschatten wat de hulpvraag van de familie is + eventuele doorverwijzing naar psychiater, psycholoog,

Toelichten patiëntenrechten

Patiëntenrechten worden toegelicht

Brochure patiëntenrechten wordt overhandigd

1.1.2.5. PSYCHOMOTORISCHE THERAPEUTEN

Sessies PMT

Patiënten kunnen hieraan deelnemen vanaf statuut 0', na bezoek van vrederechter in geval van gedwongen opname.

Bij voorkeur onder begeleiding van extra teamlid.

Observatie

LODIPT schaal invullen na elke sessie.

1.1.2.6. ERGOTHERAPEUT

Sessies ergo per week voor patiënten in de observatiegroep

- Vanaf 2^e dag, op voorwaarde dat toestandbeeld dit toelaat;
- Gestructureerde opdrachten:
 - Collage zelfvoorstelling;
 - Drieluik verleden, heden en toekomst;
 - Levenslijn;
- Opdrachten indien mogelijk in groep;
- Individuele nabespreking.

1.1.3. ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Iedere verpleegkundige staat in voor de totaalzorg van de patiënt, zowel wat betreft het somatische als het psychische zorgaspect. Dit impliceert dat duidelijke afspraken en strategieën door elk teamlid gekend zijn en gerespecteerd worden.

De verpleegkundige staat als individuele mentor centraal als bemiddelaar tussen patiënt, multidisciplinair team, familie en externe diensten. Een transparante en vlotte communicatie verdienen alle aandacht. Voor het verpleegkundig team zijn er op regelmatige tijdstippen overlegmomenten ingebouwd om tot een goed resultaat te komen.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving verwijs ik naar het doel en de filosofie van onze afdeling.

1.2. AFDELINGSVISIE EN CONCRETE UITWERKING

1.2.1. INLEIDING

In 2008 werd de werking van de zorgeenheid opname en crisis uitgebreid geëvalueerd. De uitdaging bestond er in om de begeleiding verder uit te bouwen en aangepaste zorg voor iedere patiënt te verfijnen.

In onderstaande tekst wordt de visie t.a.v. van acut psychiatrische patiënten uitgewerkt. Wanneer verwezen wordt naar patiënt, wordt hiermee de patiënt, alsook zijn onmiddellijke omgeving bedoeld.

De tekst begint met wat precies verstaan wordt onder acute psychiatrie. Daarna volgt een omschrijving van de groep patiënten die terechtkomen op de zorgeenheid psychosezorg opname en crisis. In het derde punt wordt dieper ingegaan op de uitwerking van de begeleiding van deze psychiatrische patiënten vanuit een gedragtherapeutisch denkkader. Hierbij wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de basishouding, het therapeutisch klimaat en de procesmatige benadering van de patiënt. Tenslotte komen de toekomstperspectieven aan bod.

1.2.2. DEFINITIE ACUTE PSYCHIATRIE

'Acute psychiatrie is de vorm van hulpverlening, die bestaat uit sociaal psychiatrische diagnostiek en interventies ten behoeve van mensen, die door plotseling optredende gebeurtenissen in een crisis zijn geraakt. Deze gaat gepaard met psychiatrische symptomen van het individu en een tijdelijke verstoring van het lichamelijk, emotioneel en sociaal evenwicht van de mensen die het betreft. De hulpverlening is gericht op het zo spoedig mogelijk herstellen van dit evenwicht. Hierbij wordt de oplossende kracht van mens en omgeving aangesproken.' (Gersons, 1987, bewerkt door B.Venneman, 2003)

Een implicatie van deze definitie is dat de patiënt centraal geplaatst wordt, waarbij verder wordt gebouwd op de vaardigheden die worden beheerst en er ondersteuning wordt voorzien voor die vaardigheden, die de patiënt gedeeltelijk of niet beheerst.

Uit de gehanteerde definitie volgt eveneens dat de behandeling als een procesmatig begrip moet beschouwd worden. Dit proces kan opgedeeld in 3 fasen: de diagnostische fase, de therapeutische fase en de transferfase. Voorafgaand aan dit proces kan er een voorwaardenscheppende fase nodig zijn. Hierin wordt de crisis aangepakt. Reeds tijdens het aanpakken van de crisis wordt de diagnostische fase opgestart met als doel tot een ruime probleemstelling te komen, die uitmondt in het formuleren van een behandelplan. Op basis van dit behandelplan wordt de therapeutische fase aangevat. De transferfase wordt ook reeds van bij aanvang opgenomen en blijft gedurende het hele verblijf een rode draad.

1.2.3. OPDRACHT

Opname en crisis is een gesloten zorgeenheid die een onderdeel is van de zorglijn psychosezorg en het cluster volwassenen. De patiënten komen uit de regio. Naast opname heeft de zorgeenheid een opdracht naar crisisopvang waarvoor het over een aangepaste accommodatie beschikt. De zorgeenheid heeft ook een behandelopdracht binnen de zorglijn psychosezorg waarvoor het een aantal modules ondersteunt. De zorgeenheid staat samen met neurosezorg (open zorgeenheid) in voor de opnamen van volwassenen. Dit betekent dat alle patiëntengroepen met een zeker risico opgenomen worden op de zorgeenheid psychosezorg opname (gedwongen opname, suicidegevaar, psychotische stoornissen...).

Het grootste gedeelte van de gedwongen opnamen bij OPZC Rekem, komt binnen op de zorgeenheid opname en crisis. Afhankelijk van de diagnose worden patiënten vervolgens doorverwezen naar andere zorgeenheden, residentieel of in dagbehandeling.

De gedwongen opname wordt geregeld door de wet betreffende de persoon van de geesteszieke (26 juni 1990). Een gedwongen opname is een wettelijk opgelegde beschermingsmaatregelen die gehanteerd wordt bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit.

Bij de gedwongen opname in een psychiatrische instelling worden 2 fasen onderscheiden: de observatie (maximum 40 dagen) en het verder verblijf (maximaal twee jaar verlengbaar). Er zijn drie voorwaarden waaraan voldaan moet worden vooraleer iemand kan gedwongen worden opgenomen:

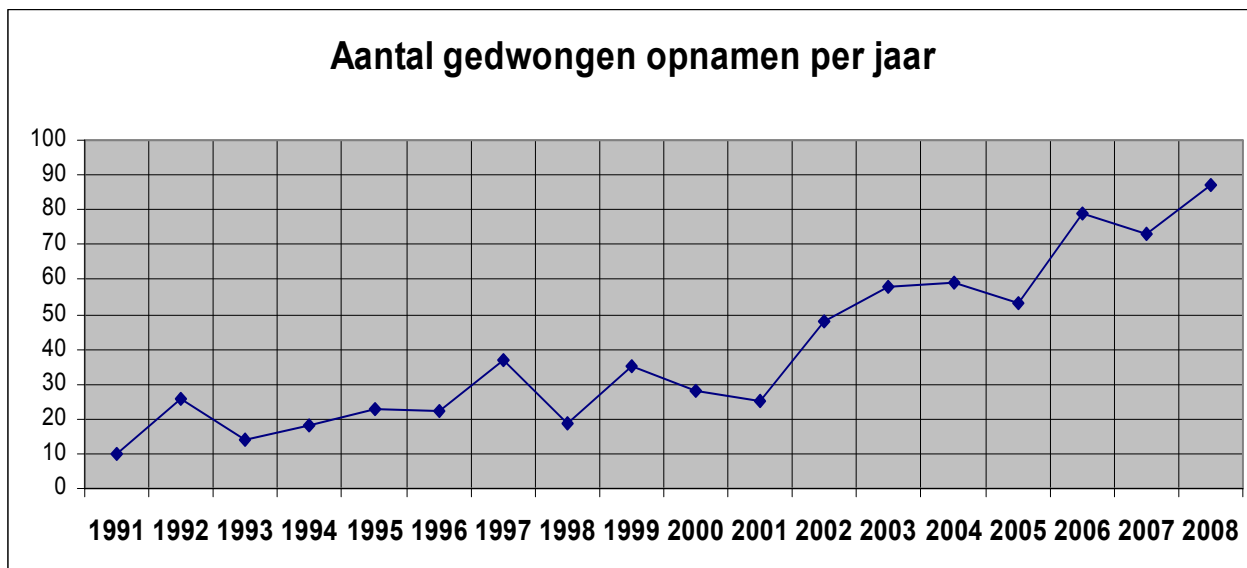
- er moet sprake zijn van een geestesziekte;
- er moet voldaan worden aan het gevaarcriterium: omdat de persoon zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit;
- er is geen andere geschikte maatregel voor handen (men wil zich niet vrijwillig laten behandelen of de vrijwillige behandeling is ontoereikend).

De gedwongen opname kan via twee procedures verlopen: de gewone procedure of de procedure bij dringendheid.

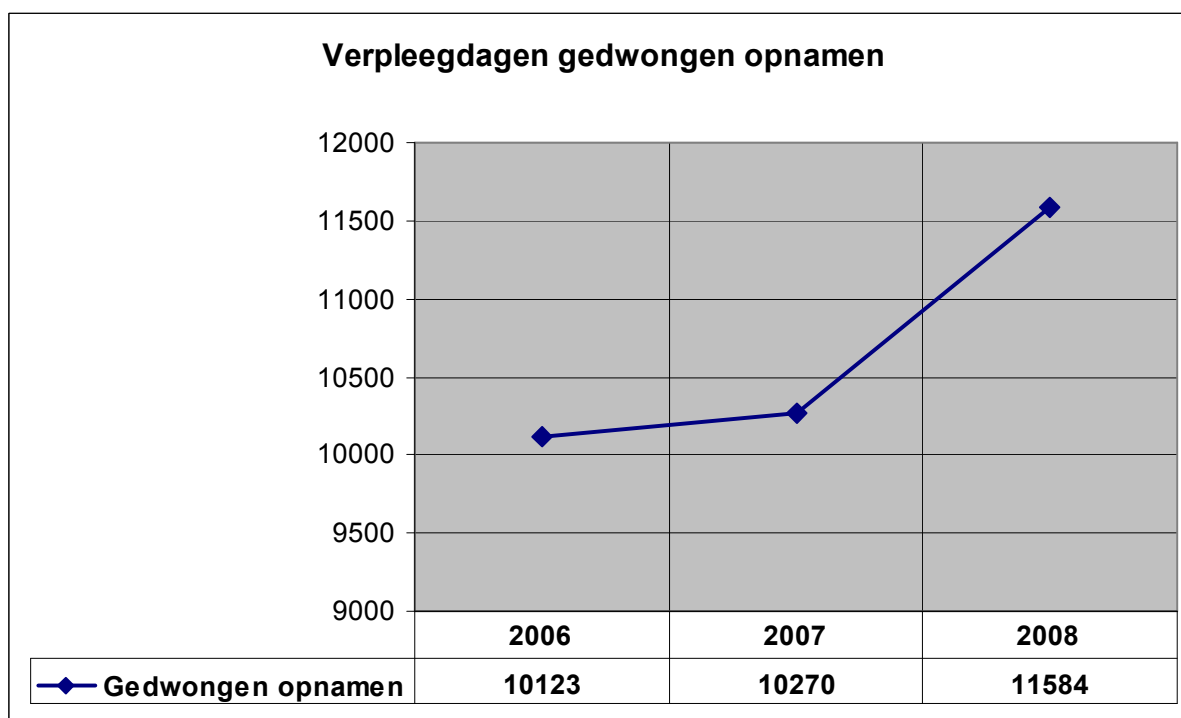
- De gewone procedure start met een indiening van een verzoekschrift bij de vrederechter. Het initiatief daartoe kan worden genomen door iedere belanghebbende. Een belanghebbende moet niet noodzakelijk familie zijn. Aan het verzoekschrift moet een omstandig geneeskundig verslag worden toegevoegd, op basis van een onderzoek dat ten hoogste 15dagen oud is. Binnen de 24 uur na de indiening van het verzoekschrift bepaalt de vrederechter bij een beslissing de dag en het uur van zijn bezoek aan de persoon wiens opname wordt gevraagd en van de zitting.
- In spoedeisende gevallen kan de procureur des Konings beslissen dat een persoon wordt opgenomen in een psychiatrische dienst die hij aanwijst, ter observatie. De procureur moet bij zijn verzoek een *omstandig geneeskundig verslag* toevoegen. Deze beslissing moet binnen de tien dagen door de vrederechter bevestigd worden. Deze begeeft zich ter plaatse om te oordelen of de gedwongen opname gegrond is.

Er bestaat ook nog een procedure voor verder gedwongen verblijf. De observatieperiode van 40 dagen kan, indien nodig, volgens een soortgelijke procedure verlengd worden (maximaal voor 2 jaar). Indien de toestand van de zieke een verder verblijf in de instelling (of een andere dienst) vereist, dan dient de directeur van de instelling een omstandig verslag over te maken aan de vrederechter, ten minste vijftien dagen voor het verstrijken van de observatieperiode. De vrederechter doet uitspraak over de verlenging en de eventuele duur van het verder verblijf, maar deze termijn mag maximaal twee jaar belopen.

Gegevens m.b.t. gedwongen opname



De wet van 26.06.1990 is in voege vanaf 1991. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gedwongen opnamen in OPZC Rekem over de periode 1991 tot 2008. Er is een sterke stijging van het aantal gedwongen opnamen vanaf 2002. Het merendeel van de gedwongen opnamen gebeurt via de spoedprocedure (beslissing tot opneming ter observatie in spoedeisende gevallen door de procureur des Konings). Het aantal procedures dat niet bevestigd wordt (ongegrond verklaard) door de vrederechter stijgt eveneens.



Bij de verpleegdagen gedwongen opnamen is er een sterke stijging in 2008, hetgeen samenhangt met de stijging van het aantal opnamen onder gedwongen statuut.

1.2.4. CONCRETE UITWERKING

1.2.4.1. BASISHOUDING

Als basishouding streeft de zorgeenheid naar een respectvolle houding. Mensen dienen, als persoon, onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden. Maximale verantwoordelijkheid en autonomie worden bij ieder individu gelegd (cfr. volgend punt). Naast de eerder vanzelfsprekende aandacht voor beperkingen bij patiënten wordt voldoende aandacht geschonken aan sterktes en weerbaarheid. Mensen maken deel uit van een context. Het is belangrijk dat de verbinding met deze context aan bod komt, met respect voor een correcte invulling van het beroepsgeheim. Een niet normerend klimaat wordt nagestreefd. Het is geenszins de bedoeling (ver)oordelend te zijn over levensstijlen die niet aansluiten bij die van de gemiddelde zorgverlener. Het is erg belangrijk dat elke patiënt als autonoom wezen gekend wordt in het behandelplan.

Gezien de problematiek van gestoorde realiteitstoetsing is het echter wel vaak nodig duidelijk structurerend te zijn, normen op te leggen, beschermende maatregelen te nemen, medicatie toe te dienen...

Zeker bij gedwongen opgenomen patiënten bestaat daarenboven een duidelijke geformaliseerde verplichting ten opzichte van het gerecht en de maatschappij: gedurende de periode van gedwongen opname wordt de zieke bewaakt, grondig onderzocht en behandeld.

1.2.4.2. HUIDIGE ORGANISATIE EN THERAPEUTISCH KLIMAAT

Patiënten maken deel uit van een context buiten het ziekenhuis: familie, vrienden en ambulante hulpverleners. Deze mensen worden door het aanbieden van gesprekken en overlegmomenten betrokken bij het verblijf binnen het ziekenhuis.

Een duidelijke structuur wordt aangeboden door middel van regels van de zorgeenheid, therapieprogramma's, mentorschap, vaste behandelende psychiater. Voor de opbouw van vrijheid/autonomie wordt gewerkt met welomschreven statuten. Vanzelfsprekend geldt dat regels er zijn voor mensen en niet omgekeerd.

Er wordt gebruik gemaakt van het crisisontwikkelingsmodel. Dit model is een houvast voor patiënt en therapeut, verschaft duidelijkheid over symptomen, aanpak en stadium van controle(verlies). Bij het crisisontwikkelingsmodel worden de verschillende stadia behandeld die een crisis in theorie kan doorlopen, met daarnaast de verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt ervan uitgegaan dat er een toenemend gevaar voor controleverlies is bij een verandering in het normale gedrag. In de zin van crisisinterventie moeten gedragsveranderingen een waarschuwingsteken zijn. Indien men de ander goed kent, is men in staat om preventief te werken, door al in een vroeg stadium op gedragsveranderingen te reageren, om zodoende escalatie te voorkomen. Er wordt getracht zo vaak als mogelijk te werken met signaleringsplannen gebaseerd op dit model.

De observatie en de eigenlijke behandeling van de psychiatrische problemen gebeuren in modules. De term module verwijst naar de verzameling van zorgactiviteiten die aangeboden wordt als behandeling voor een bepaalde doelgroep. Simpelweg kan men zich dit voorstellen als het therapieprogramma voor die groep mensen.

De zorgeenheid beschikt over een uitgebreid therapeutisch zorgaanbod, binnen een integratief therapeutisch kader. Dit kader is voornamelijk gedragtherapeutisch onderbouwd. Met deze wetenschappelijke onderbouw wordt de verandering in het gedrag van de patiënt en tegelijk in de relatiepatronen binnen het systeem beoogd.

De term 'module' verwijst naar de verzameling van zorgactiviteiten die aangeboden wordt als behandeling voor een bepaalde pathologie. Simpelweg kan men zich dit voorstellen als het 'therapieprogramma' voor die groep mensen.

Dit behandelaanbod is binnen de psychoselijn voornamelijk cognitief – gedragstherapeutisch van aard.

Naast de behandeling in de module, die bestaat uit sessies die geïndiceerd zijn voor alle mensen van een bepaalde doelgroep, wordt de behandeling op maat gesneden door gebruik te maken van het centrale therapiegebouw. Zo zal bijvoorbeeld de éne psychotische patiënt nood hebben aan een relaxatietraining, terwijl de andere hulp nodig heeft bij een herinschakeling op de arbeidsmarkt, Dit noemen we het 'individuele traject'.

Wat kunnen we ons hierbij voorstellen?

Aan de éne kant is er nood aan een aantal zeer gespecialiseerde sessies zoals, sociale vaardigheidstraining, relaxatie, omgaan met agressie, arbeidstrajectbegeleiding, cardiotraining, Aan de andere kant is er ook nood aan meer laagdrempelige sessies, die nodig zijn om de patiënt een dagstructuur te bieden, of om iemand terug leuke dingen te leren doen, om zo een goed gevoel over zichzelf te krijgen. Hiertoe kunnen behoren: handambachtelijke, shop voetbal, activiteiten van de dienst vrije tijd,

De verschillende modules binnen de zorgenheid zijn:

Voorwaardenscheppende modules:

- Crisismodule:
Deze module richt zich op mensen die door hun psychiatrisch toestand acute hulp nodig hebben en eigen of andermans fysieke en/of psychische integriteit in gevaar brengen. De aanpak is sterk geïndividualiseerd, met intensieve medische, sociale en psychologische observaties en interventies met als doel het stabiliseren van de crisissituatie;
- Detoxmodule:
Deze module richt zich op personen die vertoeven in een middelengerelateerde medisch-psychiatrische crisis (intoxicaties, ontwenningen, middelengerelateerde psychische stoornissen...) die zich acuut manifesteert. Behandeling is gericht op detoxificatie en het onder controle krijgen en houden van de ontwenningssymptomen.

Diagnostische modules:

- Observatiemodule psychose (groep A):
De module richt zich op personen met een psychotische problematiek die nood hebben aan een gesloten setting. Observatie, diagnose- en indicatiestelling staan centraal;
- Observatiemodule neurose (groep AN):
De observatie, diagnose- en indicatiestelling richt zich op personen, die door hun psychiatrische problematiek (niet psychotische problematiek) nood hebben aan een gesloten setting.
- Observatiemodule middelen (groep AM):
De module richt zich op personen met een verslavingsprobleem, alsook dubbeldiagnoses, die nog onvoldoende psychiatrisch gestabiliseerd zijn en/of die vanuit een gering ziekte-inzicht geen blijk geven van intrinsieke motivatie tot continuering van de behandeling. De nadruk van begeleiding ligt op het verschaffen van zo veel mogelijk objectieve informatie over middelengebruik, behandelmogelijkheden en het opmaken van een balans tussen positieve en negatieve gevolgen van het gebruik vanuit het gezichtspunt van de patiënt.

Therapeutische modules:

- Structurerende module (groep B):
Deze module staat open voor patiënten met acute psychotische symptomatologie en richt zich in de eerste plaats op stabilisatie. Het behandelaanbod is voornamelijk structurerend, gedragstherapeutisch van aard.
Als theoretische achtergrond hanteren we het stress-kwetsbaarheid-copingmodel, dat uitgaat van een basale kwetsbaarheid waarbij zowel erfelijke als omgevingsfactoren zijn betrokken. In de behandeling wordt zowel ingewerkt op de stress als op het copingaspect. Er is een stabiel dag- en weekritme en we streven een zo groot mogelijke voorspelbaarheid na. Er wordt gezocht naar een individueel evenwicht tussen rust en activiteit.

De belangrijkste componenten van de behandeling zijn:

- Psychotische symptomatologie verminderen via medicatie;
 - Aanleren van copingstrategieën (symptoommanagement);
 - Ondersteuning van en voorlichting aan het gezin;
 - Verhogen ziekte-inzicht door psycho-educatie;
 - Ontslag of doorverwijzing naar psychotherapeutische module.
- Behandelmodule neurose (groep N):
Deze module is gericht op mensen die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis en nood hebben aan een intensieve verblijf in een residentiële gesloten setting. De nadruk ligt op het verwerven van inzicht in eigen problematiek, symptoommanagement en het verbeteren van het algemeen functioneren.

Patiënten maken tevens deel uit van een leefgroep met medepatiënten, verpleegkundige equipe, therapeuten, psycholoog en psychiaters. Dit impliceert de mogelijkheid tot een zekere verbondenheid en betrokkenheid.

Deze context is erg bepalend voor het therapeutisch klimaat dat gekenmerkt dient te worden door reeds vernoemde eigenschappen als respect, acceptatie...

De meeste patiënten hebben nood aan rust, veiligheid en voorspelbaarheid. Hiermee rekening houdend wordt een optimaal milieu gecreëerd dat het therapeutisch proces faciliteert.

Deze principes worden zowel binnen de modulaire werking, als binnen het leefgroepgebeuren geïntegreerd.

Een goed therapeutisch klimaat biedt:

- Voorspelbaarheid;
- Controleerbaarheid;
- Transparantie;
- Veiligheid;
- Nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Voorspelbaarheid:

Het leven op de zorg eenheid verloopt gestructureerd. Er is een vaste dag- en weekindeling. Afwijkingen van het vaste ritme worden op voorhand medegedeeld. Mensen weten op elk moment wat er hen te wachten staat.

De huisregels zijn duidelijk voor iedereen en worden consequent toegepast door de begeleiding.

Controleerbaarheid:

Patiënten ervaren dat ze invloed hebben. Een gemeenschappelijke noemer bij een groot deel van de patiëntenpopulatie is een zekere aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1968). Patiënten hebben dikwijls het gevoel dat ze geen vat hebben op de dingen. Ze hebben de indruk dat problemen hen overkomen en dat ze zelf niets kunnen ondernemen om hun situatie te veranderen. Eigenlijk wordt patiënten geleerd operant te denken. (D.w.z. leren dat door iets te doen, er in de omgeving iets kan veranderen; leren controleren van de omgeving. Beslissingen worden expliciet genomen en in de mate van het mogelijke, beslist de patiënt mee.)

Transparantie:

Om patiënten gemotiveerd te krijgen moeten ze weten:

- waar zijn we mee bezig?;
- waarom doen we dit?;
- waar werken we naartoe?

De behandeling wordt gedemystificeerd: de begeleiding is open over wat ze doet en waarom ze dat doet. Het behandelingsverloop voltrekt zich niet aan een passief toekijkend individu.

Integendeel: de patiënt wordt actief in de behandeling betrokken en is voortdurend op de hoogte van de stappen die in de behandeling gezet worden.

Veiligheid:

Tijdens de opname verblijft men in een beschermd milieu. Men is uit de probleemsituatie gestapt, weg van externe stressoren. Binnen dit beschermd klimaat kan men alternatief gedrag aanleren en uitproberen.

Nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt:

De benadering is niet betuttelend. Mensen krijgen inspraak en verantwoordelijkheid in hun behandeling. Hulpverleners gaan niet de problemen van de patiënt oplossen. Het is belangrijk dat mensen probleemoplossend gedrag aanleren. Mensen kunnen leren om in de toekomst problemen zelf aan te pakken. De begeleiders ondersteunen en fungeren min of meer als richtingaanwijzer: mogelijkheden en alternatieven worden aangegeven, maar het eigenlijke werk ligt bij de patiënt zelf.

Bij het begin van de opname zijn een aantal mensen niet meer in staat om eigen verantwoordelijkheid op te nemen. Aanvankelijk wordt de verantwoordelijkheid dan (deels) overgenomen door het team (vooral de mentor) en progressief komt de verantwoordelijkheid terug meer bij de patiënt terecht.

1.2.4.3. DE PROCESMATIGE BENADERING VAN DE PATIËNT

Zoals al eerder aangegeven, is de eerste stap het in kaart brengen van de vaardigheden, mogelijkheden, probleemgebieden, behoeften en mogelijke bronnen van steun van de individuele patiënt. Op basis van deze analyse worden doelstellingen geformuleerd en wordt een behandelingsplan uitgewerkt. Van hier uit worden interventies georganiseerd en neemt de patiënt (al dan niet met steun) de nodige stappen om deze doelstellingen te bereiken. Op regelmatige tijdstippen gebeurt een evaluatie van het functioneren van de patiënt m.b.t. de eerder uitgewerkte doelstellingen.

Dit hele proces wordt opgevolgd en begeleid door de psychiater en persoonlijke begeleider of mentor.

1.3. ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG

1.3.1. SOMATISCH

Bij een nieuwe opname wordt de patiënt medisch onderzocht door een algemeen geneesheer van het ziekenhuis. Tevens wordt er een bloedonderzoek gedaan, dit om eventuele afwijkingen in het bloed op te sporen. Daarnaast wordt er ook nog een RX-thorax gedaan en een EKG.

Indien een opgenomen patiënt medische problemen heeft, wordt dit gemeld aan de verpleging, waarna dit doorgegeven wordt aan de afdelingspsychiater die een behandeling voorstelt of de patiënt doorverwijst naar de algemeen geneesheer van het ziekenhuis.

Sommige patiënten hebben medicatie nodig ter behandeling van hun psychische problemen. In overleg met de patiënt wordt deze door de psychiater ingesteld.

1.3.2. NIET-SOMATISCH

Iedere patiënt krijgt tijdens de observatieperiode een mentor (individueel verpleegkundige). Dit is een verpleegkundige die gesprekken met de patiënt heeft. De mentor heeft een coördinerende rol binnen de behandeling. Hij wordt de vertrouwenspersoon van de patiënt. De mentor legt het eerste contact met de patiënt en is de belangenbehartiger binnen de organisatie. Hij bewaakt de optimale afstemming tussen de patiënt en het behandelingsplan, bij het opmaken, uitvoeren, bijsturen en het evalueren tot en met het ontslag. Hij houdt toezicht op de continuïteit van de zorg aan de individuele patiënt, onderhoudt de contacten met de andere disciplines en beheert het patiëntendossier en brengt hierover een periodieke rapportage tijdens de teamvergadering. Hij kan ook de contactpersoon zijn voor de familie.

Bij langdurige afwezigheid van de mentor wordt deze vervangen door de co-mentor.

Naast gesprekken met de mentor heeft de patiënt gesprekken met de psychologe en/of de psychiater.

2. HET THERAPEUTISCH KADER

2.1. HET THERAPEUTISCHE BEHANDELINGSPROGRAMMA

Afhankelijk van in welke groep dat de patiënt zit is er een aangepast therapieaanbod. Voor vragen hieromtrent kan je bij de psycholoog van de afdeling terecht.

2.2. DE RESIDENTIËLE SETTING

2.2.1. DAGINDELING VAN DE PATIËNTEN EN PERSONEEL

2.2.1.1. PATIËNTEN

7:15u.	Opstaan	
	Ochtendtoilet	
	Orde kamer	Bed opmaken.
		Niets laten rondslingeren.
		Alles op bed of bureel plaatsen.
		Badkamer netjes houden.
WC doorspoelen.		
Elke donderdag bedlinnenvervangen.		
7:30u.	Mensen van de keukenploeg zorgen ervoor dat de tafels gedekt zijn:	
	Borden en tassen.	
	Bestek.	
	Glazen en kannen water (voor medicatie).	
	Koffie, melk en suiker.	
	Beleg en toespijs voor op het brood.	
	Brood.	
08:00u.	Kamers worden gesloten.	
	Stipt om 07:45u. start voor iedereen het ontbijt.	
	Men blijft aan tafel zitten tot iedereen gedaan heeft of tot 08:10u. Nadien wordt medicatie gegeven (indien voorgeschreven) in de eetzaal. De mensen van de keukenploeg gaan verder met hun keukentaken na het uitdelen van de medicatie (zie keukenlijst). Om 08:30u. wordt de keuken gesloten.	
08:30u.	Start van <u>dagopening</u> in dagzaal: Mogelijkheid om consultaties of gesprekken aan te vragen. Mogelijkheid om zakgeld te vragen, indien beheerd door personeel. Aftekenen van therapieblad. Na dagopening, start de <u>ochtendwandeling</u> , niemand mag de afdeling verlaten voor 08:45u.	
09:00u.	Therapieën.	
12:00u.	Mensen van de keukenploeg zorgen ervoor dat de tafels gedekt zijn (de keuken gaat open vanaf 11:45u.). Bestek klaarleggen. Glazen en kannen water. Ketchup en mosterd flessen. Mayonaise (enkel als er frieten zijn en bij sla). Brood kan (geen vers, overschot van dag ervoor).	
	Personeel bezorgt de plateaus aan tafel. Men blijft zitten tot iedereen gedaan heeft of tot 12:20u. Nadien wordt medicatie gegeven (indien voorgeschreven) in de eetzaal. De mensen van de keukenploeg gaan verder met de keukentaken. Niemand verlaat de afdeling tussen 12:00u. tot 12:45u.	
12:50u.	Mensen die centraal therapie hebben verzamelen zich in de inkomhal om naar het therapiegebouw te vertrekken.	
13:00u. tot 16:00u.	Start van therapieën, behalve woensdag is vrije namiddag. Kamers gaan terug open na de dagsluiting op woensdag om 13:00u. na meting: bloeddruk, buikontrek en gewicht. Dagafsluiting vanaf 16:00u. (behalve op woensdag)	

PATIËNTEN-vervolg

16:45u.	Mensen van de keukenploeg zorgen ervoor dat de tafels goed gedekt zijn. Borden en tassen. Bestek. Glazen en kannen water (voor medicatie). Koffie, melk en suiker. Beleg en toespijs voor op het brood. Brood.
17:00u. tot 18:00u.	Stipt om 17:00u start het avondmaal. Men blijft aan tafel zitten tot iedereen gedaan heeft of tot 17:20u. Nadien wordt medicatie gegeven (indien voorgeschreven) in de eetzaal. De mensen van de keukenploeg gaan verder met hun keukentaken.
20:45u.	De keuken gaat terug open, er is de mogelijkheid om nog iets klein te eten. De medicatiebedeling is om 21:00u. aan het medicatielokaal of om 22:30u. De mensen van de keukenploeg gaan verder met hun keukentaken.
21:45u.	Men gaat om 22:30u. naar zijn eigen kamer. In het weekend gaat men ten laatste om 24:00u. naar de kamer.

2.2.1.2. PERSONEEL

07:00u.	Briefing met de nachtdienst.
07:15u.	Patiënten wekken, bloednames en controle medicatie.
07:30u.	Patiënten nogmaals wekken. Toezicht op controle van ochtendtoilet en kamerorde.
07:45u.	Keuken openen en toezicht op keukentaken.
08:00u.	Samen eten met patiënten.
08:20u.	Ochtendmedicatie uitdelen. Ontbijt voor de patiënten op het crisisgedeelte klaarmaken. Toezicht op keukentaken.
08:30u.	Bijwonen van dagopening en uitdelen van zakgeld.
08:45u.	Begeleiden van ochtendwandeling indien nodig. Controle kamerorde.
08:55u.	Kamerorde aftekenen.
09:00u.	Begeleiden van patiënten die somatisch onderzoek nodig hebben. Afwerken van taken in dagboek. Etenskar insteken. Eventueel verzorgingen, bloeddrukmetingen, begeleiden consultaties van de psychiater, maandag en vrijdag teamvergadering bijwonen, overige tijd met patiënten doorbrengen.
11:45u.	Keuken openen.
12:00u.	Begeleiden bij het middagmaal en samen eten met patiënten.
12:20u.	Uitdelen van medicatie. Klaarzetten van middagmaal voor de patiënten op het crisisgedeelte en toezicht en begeleiding van de keukenploeg.
13:00u. tot 16:00u.	Op woensdag parameters nemen van alle patiënten en gewichtsoopvolging. Zorgplanbespreking van volgpatiënten bijwonen. Consultaties van de psychiater bijwonen. Observaties van de dag intikken (minimum 1 observatie per patiënt). Briefing aan de late dienst. 15:00u. avond en nachtmedicatie controleren, koffie zetten. 16:00u. dagafsluiting. Donderdag weekendbespreking begeleiden.
16:45u.	Samen eten met de patiënten.
17:20u.	Uitdelen van avondmedicatie. Toezicht op keukentaken. Avondeten voorbereiden voor de patiënten op het crisisgedeelte.
18:00u.	Bezoek binnenlaten. Gesprekken met bezoek. Mentorengesprekken.
20:00u.	Controleren of alle patiënten binnen zijn.
20:30u.	Einde bezoek.
20:45u.	Keuken openen. Dagobservaties intikken (minimum 1 observatie per shift). Begeleiden van de keukenploeg.
21:00u.	Medicatie uitdelen, boterhammen smeren voor mensen op crisisgedeelte.
21:54u.	Briefing aan de nacht.

In het weekend kan men uitslapen tot 8u30. Om 9u00 wordt de medicatie uitgedeeld. De dagindeling blijft verder hetzelfde, maar zonder therapie. In de mate van het mogelijke worden er vrijetijdsactiviteiten aangeboden op de afdeling.

Verder zijn er nog tal van taken voor het personeel waar geen uur opgeplakt kan worden. Deze kunnen over heel de dag voorkomen. (zie verder 4.1- 4.2)

- Afhandelen van opnames, mutaties, en alles wat erbij hoort (kamers poetsen, klaar maken);
- Telefoons beantwoorden, doorschakelen zowel van patiënten als familieleden en vrienden;
- Bezoek en patiënten binnen en buiten laten; administratieve regelingen;
- Voorbereidingen van patiëntenbesprekingen.

COMMUNICATIEKANALEN (OVERLEGSTRUCTUREN)

2.3. VERGADERINGEN EN OVERLEGMOMENTEN VAN HET TEAM

- **Overdrachtmomenten.**
Dagelijks zijn er 3 briefingmomenten voorzien om 07:00 – 14:24u. – 21:54u.
Soms is er ook nog wel eens een extra briefing naar de arts toe.
- **Wekelijkse teamvergadering**
Doel: bespreking weekend van de patiënten, statuten, medicatieaanpassingen, nieuwe opnames.
Tijdstip: Maandagmorgen om 09:00u.
Aanwezigen: psychologen, therapeuten, verpleegkundige en verpleegkundig coördinator en de 2 psychiaters.
- **Wekelijkse teamvergadering**
Doel: bespreking week van de patiënten, statuten, medicatieaanpassingen, nieuwe opnames
Tijdstip: vrijdagmorgen om 09:00u.
Aanwezigen: psychologen, therapeuten, verpleegkundige en hoofdverpleegkundige en de 2 psychiaters
- **Wekelijkse zorgplanbesprekingen**
Doel: uitgebreide bespreking van enkele patiënten individueel
Tijdstip: maandag om 10:00u. en 13:30u. patiënten.
Aanwezigen: psycholoog, psychiater, therapeuten, mentor van de patiënt en hoofdverpleegkundige.
- **Maandelijks groepsbespreking**
Doel: bespreking werking verpleging en de rest van het team (knelpunten, vernieuwingen, verloffregeling, nieuwe richtlijnen van het beleid.
Tijd: 1x per maand, maar dit tijdstip staat niet vast.
Aanwezigen: psychologen, therapeuten, alle verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige en de 2 psychiaters.

2.4. HET THERAPEUTISCH MILIEU

2.4.1. DAGOPENING

Dagelijks is er een dagopening om +/-08:30. Daar worden alle patiënten op verwacht, daar krijgen ze de mogelijkheid om allerlei te brengen, of zakgeld te vragen, consultatie met dr. aan te vragen enz. Deze wordt door de psycholoog begeleid, bij afwezigheid wordt het door personeel van dienst overgenomen

2.4.2. DAGAFSLUITING

Dagelijks is er een dagafsluiting om 16u00 waar de patiënten hun therapieën en therapiedeelname wordt besproken. Indien er de avond voordien problemen waren met de keuze van de tv-programma's, wordt ook hier de keuze van die avond vastgelegd. Na de dagafsluiting is er ook weer een mogelijk om zakgeld te vragen.

2.4.3. BEWONERSRAAD

Wekelijks op vrijdag van 15u00 tot 16u00 is er een bewonersraad waarbij een varia van items wordt besproken. Er is telkens één iemand van de therapeuten aanwezig alsook wanneer de dienst het toelaat een verpleegkundige.

3. TAAKGEBIEDEN VAN DE PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE

3.1. ALGEMEEN VERPLEEGKUNDIGE TAKEN, INTERVENTIES

- **Medicatie:**
De medicatie wordt op deze afdeling door de vaste nachtverpleegkundigen klaargezet. Hier wordt strikte nauwkeurigheid bij vereist. Het is belangrijk om na te gaan welk product is voorgeschreven, welke de dosis is en het tijdstip van toedienen moet nagegaan worden. Wanneer er zich medicatiewijzigingen voordoen, dienen deze door de dagverpleegkundige worden aangepast. Deze doen ook telkens per shift een controle op de reeds klaar gelegde medicatie en tekenen af voor controle.
De medicatie wordt in het medicatielokaal uitgedeeld op de voorziene tijdstippen, er dient opgelet te worden dat de patiënten ook daadwerkelijk hun medicatie innemen aan de medicatiewagen.
Verder hebben ze nog een belangrijke taak nl. observatie:
 - verdraagt de patiënt de medicatie;
 - is er beterschap na enige tijd;
 - heeft de patiënt last van bijwerkingen en zo ja, welke?;De verpleegkundige heeft hier een taak als informant naar de psychiater toe.
Een degelijke kennis van de verschillende soorten psychofarmaca is zeker aangewezen aangezien de biomedische pijler een belangrijk onderdeel uitmaakt van onze behandeling.
- **Organisatie functie:**
Als verpleegkundige sta je in voor het realiseren van heel wat activiteiten zoals: administratieve formaliteiten, bijhouden en aanvullen van dossiers, regelen van afspraken met specialisten en intakes regelen bij allerlei externe en interne instanties.
- **Structurerende functie:**
Je bent verantwoordelijk voor het opvolgen van de afspraken en het goede verloop van de dagindeling. Deze zijn gestoeld op ons gedragstherapeutische basiskader.
- **Voorbeeldfunctie:**
Je dient de nodige professionaliteit uit te stralen en geeft het goede voorbeeld naar de patiënten toe.

De intake:

- De intake op onze afdeling is veelal afhankelijk van de wijze van aanmelding op deze afdeling. Bij een gedwongen opname, crisis (extern of intern), ter beschikkingstelling van de jeugdrechtbank of een andere manier van rechtstreekse opname slaan we vanzelfsprekend deze stap over maar wordt er tijdens de opname meer belang gehecht aan een duidelijke en degelijke informatieverschaffing.
- Bij een standaardintake wordt de patiënt de afdelingswerking en verwachtingen naar behandeling toe uitgelegd. Hierna keert de patiënt terug naar de plaats van herkomst waarna er in team wordt bekeken of deze patiënt kan aansluiten bij onze huidige doelgroep.

De opname:

Als verpleegkundige sta je in voor een goede ontvangst van de nieuwe patiënt.

Hierbij vervul je verschillende functies:

- **Onthaalfunctie:**
Je bent een gastheer/-vrouw, je verwelkomt de nieuwe patiënt en tracht om hem zich zo snel mogelijk thuis te laten voelen. Het is van groot belang dat je voldoende tijd neemt om hem te ontvangen.
- **Informatie functie:**
Je geeft de patiënt informatie over de afdeling en de werking ervan. De patiënt heeft meestal heel wat vragen in verband met de opname. Het is van belang dat je hem gerust stelt en de nodige informatie verstrekt.
- **Luister functie:**
De nieuwe patiënt wil vaak zijn verhaal vertellen en beleeft heel wat emoties rond de opname. Een empathische houding is van groot belang. Geef de patiënt ook voldoende tijd om zijn verhaal en beleving te verwoorden.
- **Organisatiefunctie:**
Je zorgt dat je voldoende tijd hebt voor een goede ontvangst, zorgt dat er een kamer in orde is, verwittigt de keuken, bestelt de medicatie, verwittigt sociale dienst,...
- **Bemiddelende functie:**
Je bent een klankbord voor de familie en gaat na hoe de partner/ kinderen/ andere familie tegenover de opname staat.
- **Informatiewinnende functie:**
Je probeert een eerste beeld te verkrijgen van de situatie waarin de patiënt zich verkeert. Dit gebeurt tijdens het eerste gesprek. Het kan wenselijk zijn om ook de familie aan te spreken. Je houdt rekening met de omstandigheden van de opname en de emoties van de patiënt.
- **Structurerende functie:**
Het is belangrijk om tijdens de opname duidelijke afspraken te maken met de patiënt en de afdelingsregels te overlopen met de patiënt . Je kan al dan niet reeds een eerste doelstelling overlopen met de patiënt.
- **Begeleidende functie:**
Je begeleidt de patiënt tijdens de opname continu. Bij opname maak je hem wegwijs, om de begeleiding te optimaliseren wordt er zo snel mogelijk een mentor en co-mentor aangeduid.

Observatie en rapportage:

Een goede gerichte observatie is nodig om een duidelijk beeld van de patiënt te verkrijgen en om alzo tot een goede diagnose – stelling en behandelingsplan te komen.

Observeren houdt in dat je de patiënt intensief en doelgericht waarneemt. Je verkrijgt hierdoor informatie over de patiënt waardoor je meer kennis verwerft en daaruit volgend meer begrip kan tonen en een goede efficiënte verpleegkundige aanpak kan starten.

Objectiviteit blijft belangrijk. Op onze afdeling gebeuren de observaties vanuit een systeemgerichte visie. Je bekijkt de patiënt als individu binnen het geheel van al zijn relaties.

Je observeert:

- Somatische aspecten: de huid, motoriek, de zintuigen, vitale functies,...
- Psychische aspecten: de stemming, het bewustzijn, aanwezigheid van angsten, het handelen, de relatie met de familie, medepatiënten, personeel, aanwezigheid van psychotische symptomen,....

Rapporteren is op een systematische wijze gegevens overdragen waardoor verdere actie in het kader van de hulpverlening bekomen wordt. De rapportage gebeurt zowel mondeling als schriftelijk. Een duidelijk taalgebruik, zakelijkheid, objectiviteit en volledigheid zijn erg belangrijk.

Gespreksbegeleiding:

Elke patiënt krijgt een mentor toegewezen die de patiënt regelmatig uitnodigt tot gesprekken. De patiënt kan steeds zelf een gesprek aanvragen bij de mentor. In crisissituatie kan een ander lid van het team een gesprek begeleiden. Ook is er mogelijkheid tot gesprekken met de afdelingspsychiater en de afdelingspsychologe.

Opvang van familie:

De mentor is de contactpersoon met de familie. De familie kan met vragen steeds bij hen terecht of kunnen een gesprek met de mentor hebben. Er is ook een mogelijkheid tot actieve deelname bij de behandeling d.m.v. relatietherapie en gezinsbegeleidende gesprekken op de afdeling. Dit gebeurt in samenspraak met de psychiater.

Begeleiden van therapeutische sessies:

Op het moment wordt er door de verpleging nog enkel de weekendplanning gedaan. Buiten dit kunnen er wel groepsuitstappen worden gedaan, die dan begeleid worden door zowel verpleegkundige als therapeuten. Op vraag van bewoners worden er ook wel eens vooral in het weekend kooksessie gedaan.

Kennisverwerving:

Hiermee wordt niet enkel kennisverwerving m.b.t. patiënten bedoeld maar ook het volgen van bijscholingen en opleidingen om zo de zorg aan patiënten te verbeteren en optimaliseren.

Mentorschap van studenten:

Een aantal verpleegkundige begeleiden studenten op de afdeling tijdens de stage: er wordt gezorgd voor opvang, uitleg, begeleiding, doelstellingen worden bekeken en geëvalueerd.

- Communicatie

De verpleegkundige neemt een belangrijke plaats in als communicatiekanaal tussen de patiënt en de andere disciplines.

4. VERWACHTINGEN NAAR DE STUDENTEN

4.1. WAT VERWACHTEN ZE NU VAN MIJ ALS STUDENT?

Alvorens je de eerste stagedag tegemoet gaat vinden wij het belangrijk dat jij als student onze afdelingsbrochure grondig kent en toch enige basiskennis bezit rond psychose en psychotische stoornissen!!

Op deze manier is het in ieder geval iets gemakkelijker om je in te leven in hun belevingswereld en weet je ook al voor een stuk waarom bepaalde gedragingen bij dit soort mensen kunnen voorkomen.

Gedurende de eerste week van je stage zal je stagementor je duidelijk maken wat hij specifiek van je verwacht.

Verder verwachten en toetsen wij van jou als student de volgende dingen rond:

4.1.1. KENNISVERWERVING

- Inzicht verwerven over de basisvisie van de afdeling.
- Inzicht verwerven over de taken die een verpleegkundige vervult.
- Inzicht verwerven over de meest voorkomende ziektebeelden.
- Inzicht verwerven over de meest gebruikte medicatie (groep, indicatie, nevenwerkingen, mogelijke gevaren,...)
- Iedere praktische handeling die je stelt moet onderbouwd kunnen worden.
 - Bijvoorbeeld: bij een inspuiting (welk product, waarom, welke gevaren);
 - Bijvoorbeeld: bij een bloedname (waarom, betekenis buisjes,).
- Alle leermomenten die je aangeboden worden ook gebruiken.
- Symptomen leren herkennen van een psychose, waterzucht, korsakoff, ...
- Afdelingsvisie / ziekenhuisbeleid; weten welke visie er op de afdeling heerst.
- Proberen de afdeling trachten te kaderen binnen het hele ziekenhuis.

4.1.2. DE RELATIE MET HET TEAM

- Durf je plaats in te nemen in het team maar behoudt de juiste afstand.
- Zorg dat je echt bent.
- Licht het team altijd in over datgene waarmee je bezig bent.
- Je moet kunnen samenwerken in teamverband. Ook jou visie wordt op prijs gesteld.
- Vraag de psycholoog elke dag feedback over je eigen functioneren!
- Vragen stellen

4.1.3. DE RELATIE MET ONZE PATIËNTEN

- Zoals eerder vermeld staat is het belangrijk basiskennis te hebben over psychose en psychotische stoornissen en de visie van de afdeling.
- Maak kennis met onze patiënten de eerste dagen.
- Zorg dat je de namen van onze patiënten goed kent na enkele dagen.
- Maak gebruik van de agogische kwaliteiten in gesprekken/omgang met onze patiënten.
- Hou de nodige therapeutische afstand.
- Help onze patiënten bij hun vrijetijdsinvulling, wandelen, motiveer hen voor allerlei activiteiten.

4.1.4. VERANTWOORDELIJKHEID EN INITIATIEFNAME

- Eenduidigheid is erg belangrijk, volg gemaakte afspraken stipt op!!
- Zorg dat alle deuren die gesloten zijn ook terug gesloten worden na openen!!
- Vraag spontaan naar verpleegtechnische verstrekkingen zoals bloednames, inspuitingen, medicatie uitdeling, wondverzorgingen, ...
- Neem initiatief op het gebied van gesprekken aangaan met onze patiënten.
- Neem deel aan therapieën.
- Zie er ook op toe dat onze patiënten hun therapieën volgen.
- Zorg dat je de briefing mee volgt alvorens je naar huis gaat en geef indien nodig/mogelijk ook je eigen inbreng.

4.1.5. OBSERVEREN EN RAPPORTEREN

- Aarzel niet om jou bevindingen of observaties weer te geven.
- Alleen niets zeggen is altijd fout.
- Rapporteer zowel mondeling als schriftelijk.
- Maak op een juiste manier gebruik van het verpleegdossier als je de observatie neerschrijft.
- Breng deze observaties ook ter sprake op de dagelijkse briefing.
- Tracht de juiste terminologie te gebruiken.
- Aarzel niet om hierbij hulp te vragen.

4.1.6. ATTITUDE

- Wees op tijd op dienst.
- Breng een gezonde dosis leergierigheid aan de dag.

4.1.7. BEROEPSGEHEIM

Het beroepsgeheim is een van de meest fundamentele principes waarop de gezondheidszorg stoelt. De patiënt geeft immers een stuk van zijn privacy prijs om zich te laten verzorgen. Alles wat je in ons ziekenhuis ziet of hoort wordt **niet** vernoemd buiten het ziekenhuis en mag **niet** besproken worden met medestudenten, tenzij in het kader van opleiding en supervisie. (bij deze laatste mogen dan nog steeds geen namen genoemd worden)
Nooit formulieren ondertekenen of informatie doorgeven aan personen die niet werkzaam zijn op onze afdeling, steeds doorverwijzen naar het vast personeel.

4.1.8. RECHTEN VAN DE PATIËNT

Het is belangrijk gedurende je stage en later op de werkvloer rekening te houden met de rechten van je cliënten.

Zo heeft onze patiënt recht op/om:

- Kwaliteitsvolle dienstverlening;
- Vrije keuze van zorgverstreker;
- Informatie;
- Inzage van zijn dossier;
- Privacy;
- Briefgeheim;
- Een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsdienst;
- Vertegenwoordiging indien zij zelf niet meer in staat zijn om hun eigen rechten uit te oefenen.

5. SAMENWERKING IN TEAMVERBAND

Om tot een goed gestructureerde afdeling te komen is het belangrijk dat er afdelingsregels opgesteld worden voor de patiënten, zodat ze enige duidelijkheid hebben over het gebeuren op de afdeling. Het is dan ook zeer belangrijk dat het team deze afdelingsregels dan ook bewaakt om indien nodig te kunnen bijsturen zodat we tot een gestructureerde afdeling komen. **(Deze worden nog regelmatig geëvalueerd en verbeterd.)**

Bevraag onze afdelingsregels in het begin van je stage op onze afdeling!!!

6. VERWACHTINGEN NAAR DE STUDENTEN

6.1. BEGELEIDING VAN DE STUDENTEN DOOR DE STAGEMENTOREN

De stagementor regelt samen met de stagebegeleider een aantal praktische zaken om de stage op een vlotte manier te laten verlopen zoals, diensturen, evaluaties, e.d..

De stagementor neemt het grootste gedeelte van de begeleiding op zich. Wanneer de stagementor afwezig is, kan een andere verpleegkundige zijn taak overnemen. Wanneer de student moeilijke vragen stelt, waarop de vervangende verpleegkundige zelf niet kan antwoorden, dan kan zij de student nog doorverwijzen naar een andere stagementor of de verpleegkundig coördinator. Op die manier ervaart de student het team ook als één groep, die samenwerkt. Wanneer een teamlid een probleem ervaart met de student (bvb. bij afwezigheid van de stagementor), moet hij dit steeds doorgeven aan de stagementor. De stagementor kan dit probleem dan later bespreken met de student.

Wanneer een stagementor zelf problemen heeft met een student, kan hij dit bespreken met de verpleegkundig coördinator.

*De stagementor heeft een aantal specifieke taken binnen de begeleiding van de student:
Zo o.a.:*

- De stagementor geeft een rondleiding en introductie op de afdeling wanneer de student aankomt. Hierdoor krijgt de student een globaal beeld van de afdeling.
- De eerste dag dat de student met zijn stagementor samenwerkt, maken ze een aantal afspraken. De stage wordt voor een stuk uitgestippeld en ingevuld met concrete activiteiten.
- Zo wordt samen met de student de dienstregeling opgemaakt.

In de mate van het mogelijke krijgt de student dezelfde werkuren als zijn stagementor of andere verpleegkundige.

- Op vraag van student krijgt de student een korte evaluatie van zijn stagementor of verpleegkundige waarmee hij samenwerkt. Dit gebeurt via het feedbackformulier dat de student van de school uit heeft en steeds op eigen vraag!
- De stagementor regelt tevens met de stagebegeleider een afspraak waarop de tussentijdse – en eindevaluatie plaatsvindt.
- Samen bekijken ze welke leersituaties van de afdeling kunnen worden gebruikt om de doelstellingen van de school en van de student zelf te bereiken. Ze overlopen samen de doelstellingslijst van het respectievelijke jaar van de student.
- De stagementor staat steeds open voor vragen en moeilijkheden die de student heeft. Het kan zijn dat ook de stagementor niet altijd een pasklaar antwoord heeft, ook de mentor leert dagelijks bij.

- De stagementor staat tevens in voor het nakijken van het stageboek. De stagementor bespreekt het stageboek naar "*inhoud*". Komt het geschrevene overeen met de realiteit? Heeft de student de reactie van de patiënt bvb. verkeerd geïnterpreteerd? De stagementor corrigeert de student meteen wanneer hij op een verkeerde denkpiste zit.

Het allerbelangrijkste is echter, dat de student vertrouwen krijgt in zijn stagementor en weet dat hij steeds bij hem terecht kan.

6.2. BEGELEIDING DOOR DE STAGEBEGELEIDERS

- De stagebegeleider bekijkt samen met de student welke leersituaties van de afdeling kunnen worden gebruikt om de doelstellingen van de school en van de student te bereiken.
- Ze overlopen samen de doelstellingenlijst van het respectievelijke jaar van de student.
- De stagebegeleider bekijkt tevens het stageboek nadat de mentor dit heeft gedaan en diept dit verder uit: vb. hoe beleefde jij die situatie? Hoe zou je anders/beter kunnen gereageerd hebben? Hoe ver sta je in jouw psychiatrisch handelen? Hoe ver reikt jouw kennis over de ziektebeelden, medicatie, enz..
- De stagebegeleider spreekt met de mentor en de student een datum af voor de tussentijdse –en eindevaluatie.
- De stagebegeleider zit regelmatig met de student samen om zijn handelen te bespreken en om feedback te geven. Ook zal er over de eventuele moeilijkheden, hinderpalen gepraat worden en zo mogelijk een oplossing gezocht worden. Hierbij vraagt ook de stagebegeleider de mening van de mentor over het functioneren van de student.

6.3. DIENSTREGELING

- De hoofdverpleegkundige zal erop toezien dat het uurrooster van de student, gekoppeld is aan de werkdagen en –uren van de stagementor.
- Men verdeelt de stage bvb. in 2/3 de vroege diensten en 1/3 de late diensten (tijdens de late dienst is het vaak rustiger en heeft de student meer tijd om zelf een activiteit te organiseren of eens met de patiënten uitgebreider te praten.)
- Op onze afdeling werken studenten niet in dagdienst tijdens hun stageperiode. Er wordt rekening gehouden met de privésituatie. Maar de student kan er niet buiten dat er in shifts gewerkt moet worden.

Men streeft ernaar dat de student zo veel mogelijk samen met zijn mentor werkt.

6.4. EVALUATIE VAN DE STUDENTEN

Als student word je officieel geëvalueerd d.m.v een tussentijdse en een eindevaluatie.

Tussentijdse:

Deze wordt gedaan in het bijzijn van je stagebegeleidster en je stagementor. Het tijdstip van de tussentijdse evaluatie wordt al enige tijd op voorhand vastgelegd en zal je ook tijdig worden medegedeeld. Aandachtspunten worden aangehaald om te kunnen verbeteren naar de eindevaluatie toe.

De tussentijdse evaluatie vindt meestal plaats in de tweede week van de stage. Als student krijg je tijd en ruimte genoeg om je aan te passen. Deze tussentijdse evaluatie dien je ook schriftelijk voor te bereiden alvorens de aanvang van de evaluatie.

Eindevaluatie:

Deze vindt meestal plaats in de laatste week van je stage samen met je stagementor en je stagebegeleidster. De sterke en minder sterke eigenschappen van de student worden dan besproken, kennis wordt getoetst, ...

Stageformulieren worden getekend door de student, stagebegeleidster en de stage+mentor. Ook deze evaluatie wordt schriftelijk voorbereid door de student.