

## Voorwoord

Nu je stage is begonnen beschouwen wij jou als een lid van ons multidisciplinair team, met je eigen deskundigheden en doelstellingen. Als organisatie trachten wij steeds beter te worden door aandacht te besteden aan onze patiënten en aan onze medewerkers. Daarom zullen wij ons best doen opdat jij je zo snel mogelijk thuis voelt binnen ons team en het beste kan maken van je stage. Deze brochure is opgesteld om je al een eerste zicht te geven in de werking van onze zorgeenheid. Je vindt er meer informatie over ons team, de patiënten, de dagdagelijkse activiteiten maar ook wat wij van jou verwachten tijdens je stage. Zo kan je jezelf al oriënteren binnen onze organisatie. De brochure zal niet al je vragen kunnen beantwoorden, daarom staan je collega's voor je klaar om jouw stage zo leerrijk mogelijk te maken. Aarzel dus zeker niet om vragen te stellen aan de verpleegkundigen. Zo ontstaat er een dialoog waar niet enkel jij van ons kan leren, maar ook wij van jou, enkel zo blijven wij evolueren als een 'leerrijke organisatie'

Wij hopen dat je eerste kennismaking met ons ziekenhuis een ervaring wordt die je zal bijblijven, zodat we je later terug kunnen verwelkomen als volwaardige collega.

Wij wensen je veel leerplezier en veel succes.

Kris Vaneerdewegh  
Hoofd Nursing

## Inleiding

Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem is een pluralistische en vraaggestuurde organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg in de regio Oost-Limburg, die professionele interdisciplinaire antwoorden biedt op individuele zorgbehoeften, een belangrijke bijdrage levert aan de Vlaamse forensische zorg en een toonaangevende partner wil zijn in het ontwikkelen van zorgvernieuwing.

OPZC Rekem, dat 470 bedden en plaatsen telt, behandelt en verzorgt jaarlijks een groot aantal personen. Om deze opvang te kunnen realiseren kan het ziekenhuis rekenen op de inzet van 650 personeelsleden actief op drie campussen: Rekem, Lanaken en Antwerpen.

## Een beknopte geschiedenis

De instelling ontstond in 1891 in het kasteel van het Graafschap Rekem. Door de jaren heen evolueerde OPZC Rekem naar een moderne psychiatrische zorginstelling op een groene campus. Dankzij de infrastructuur en de samenwerkingsverbanden binnen een uitgebreid netwerk, kan OPZC Rekem kwalitatieve en gevarieerde antwoorden bieden op zorgvragen van patiënten en bewoners, voornamelijk uit de regio.

## Onze organisatie

Het zorgcentrum bestaat uit een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis. In het **psychiatrisch ziekenhuis** krijgt elke opgenomen persoon een zorgprogramma op maat afgestemd op de zorgvragen. Hoofddoelstelling is het behandelen van de problemen na diagnosestelling in een zo kort mogelijke tijdspanne waarbij de rollen in de maatschappij maximaal worden behouden. Er zijn verschillende zorgeenheden die elk zich richten naar een specifieke doelgroep. De zorgeenheden die met identieke hoofddoelgroepen werken zijn samengebracht in het cluster. Binnen de reguliere psychiatrie kunnen patiënten terecht in de clusters Acute zorg, Langdurige zorg en Ouderenzorg. Daarnaast is OPZC Rekem ook gespecialiseerd in Forensische zorg en beschikt het over een kenniscentrum dat wetenschappelijk onderzoek voert op vlak van forensische psychiatrie (KeFor). Het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen op de campus in Rekem. Het **psychiatrisch verzorgingstehuis**, biedt voor chronisch gestabiliseerde psychiatrische bewoners al dan niet met een forensische statuut en personen met een mentale beperking een permanente 24/24uurs ondersteuning en begeleiding aan afgestemd op de specifieke noden van de diverse doelgroepen. Het psychiatrisch verzorgingstehuis situeert zich op drie campussen: in Rekem, Lanaken en Antwerpen.

## **Kernwaarden**

- Zorgzaamheid
  - Patiënt- en bewonersgericht
  - Zorgzaam voor elkaar
- Verbondenheid
  - Solidariteit
  - Samenwerking
- Integriteit
  - Volgens sociale, ethische en wettelijke normen
  - Verantwoordelijkheidszin
- Innovatie
  - Ontwikkelingsgericht
  - Voortdurend verbeteren

**Namens het team willen wij je graag verwelkomen op onze zorgenheid**

## **Acute Zorg 1**

**Wij zijn een opnameafdeling met een gesloten deur en hebben een heel divers cliënteel.**

**Je kan dan ook veel leren op onze zorgenheid 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 je kan verwachten op stage.**

**Wij wensen je alvast een fijne en leerzame stage.**

1. BEHANDELKADER
  - 1.1. MULTIDISCIPLINAIR TEAM
    - 1.1.1. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES
      - 1.1.1.1. DE PSYCHIATER
      - 1.1.1.2. DE PSYCHOLOOG
      - 1.1.1.3. VERPLEEGKUNDIGEN (VNL. MENTOR EN CO-MENTOR)
      - 1.1.1.4. SOCIALE DIENST
      - 1.1.1.5. PSYCHOMOTORISCHE THERAPEUTEN
      - 1.1.1.6. ERGOTHERAPEUT
    - 1.1.2. ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG
  - 1.2. ZORGEENHEIDSVISIE 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. VERWACHTINGEN NAAR DE STUDENTEN
  - 4.1. WAT VERWACHTEN ZE NU VAN MIJ ALS STUDENT
    - 4.1.1. KENNISVERWERVING
    - 4.1.2. DE RELATIE MET HET TEAM
    - 4.1.3. DE RELATIE MET ONZE PATIËNTEN
    - 4.1.4. VERANTWOORDELIJKHEID EN INITIATIEFNAME
    - 4.1.5. OBSERVEREN EN RAPPORTEREN
    - 4.1.6. ATTITUDE
    - 4.1.7. BEROEPSGEHEIM
    - 4.1.8. RECHTEN VAN DE PATIËNT
    - 4.1.9. SAMENWERKING IN TEAMVERBAND
5. STAGEMENTORENWERKING
  - 5.1. BEGELEIDING VAN DE STUDENTEN DOOR DE STAGEMENTOREN

- 5.2. BEGELEIDING DOOR DE STAGEBEGELEIDERS
- 5.3. DIENSTREGELING
- 5.4. EVALUATIE VAN DE STUDENTEN



## **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
  
- Logistiek medewerker
  
- Administratief bediende
  
- Sociale dienst: Maatschappelijk assistent.
  
- de therapeutische equipe
  - creatieve therapeuten;
  - psychomotorische therapeuten;
  - ergotherapeuten
  - muziektherapeut.

Deze teamleden zal je haast dagelijks op de zorgenheid tegenkomen.



## **1.1.1. TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE DISCIPLINES**

### **1.1.1.1 DE PSYCHIATER**

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.

#### **Psychiatrische anamnese**

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

#### **Formuleren hulpvraag**

#### **Medicatie instellen/aanpassen**

### **1.1.1.2 DE PSYCHOLOOG**

De psycholoog is verantwoordelijk voor het therapeutische luik van de behandeling. Er vinden individuele gesprekken plaats met de psycholoog.

Op vraag van het team worden er eventueel psychologische testen afgenomen die kunnen helpen bij de diagnosestelling en het behandelplan, dit gebeurt in het psycho-diagnostisch centrum ( PDC) op het domein. Wanneer een psychotherapeutische begeleiding nodig is, kan dit aan het behandelprogramma toegevoegd worden. Familieleden kunnen een afspraak maken of uitgenodigd worden voor een gesprek ( familiegesprek). Bij een gedwongen opname probeert men om de familie uit te nodigen voor de zitting van de vrederechter dit owv een hetero-anamnese.

#### **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.

#### **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.

## **Psychodiagnostiek**

Er komen vier basisvragen aan bod:

- onderkenning (wat zijn de problemen? Wat lukt nog en wat gaat mis?):
- verklaring (waarom zijn de problemen er en waarom blijven ze bestaan?);
- indicatiestelling (hoe kunnen de problemen verholpen worden?);
- evaluatie (zijn de problemen door de interventie afdoende verholpen?).

### **Heteroanamnese bij familie**

De partner of andere familieleden worden uitgenodigd wanneer hier toestemming is voor gegeven.

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, verpleegkundigen, sociale dienst,...

### **1.1.1.3 VERPLEEGKUNDIGEN (VNL. MENTOR EN CO-MENTOR)**

Het verpleegkundig team staat in voor de dagdagelijkse begeleiding op de zorgeenheid. Bij opname wordt er een verpleegkundige toegewezen aan de nieuwe patiënt.

### **Gesprekken met volgpatiënt**

- doel van de gesprekken;
- autoanamnese;
- bieden van ondersteuning en begeleiding;
- aftasten van de probleemgebieden;
- situering van de probleemgebieden.

### **Observatie**

Eerste gesprek:

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

De verpleegkundige gegevens worden verzameld en ingegeven in een patiëntenbespreking(voorbereiding).

Elke discipline voert zijn eigen observaties in een patiëntenbespreking. Je verzamelt deze gegevens al pratend met de patiënt terwijl je vooral hem/haar aan het woord laat; je houdt de diverse levenspatronen tijdens het opnamegesprek in het achterhoofd; je gaat evenwel niet puntsgewijs alle punten opsommen tijdens het gesprek. Bij mogelijke probleemgebieden vraag je verder door en heb je daarbij aandacht voor zowel de verbale als de non-verbale boodschappen van de patiënt. Je neemt notitie van de wensen van de patiënt en zijn/haar verwachtingen, ook al komen deze niet overeen met jouw persoonlijke mening (beschrijving versie van mentor enerzijds, beschrijving versie patiënt anderzijds); je doet bij opname een bondige probleeminventarisatie; je maakt hierbij onderscheid tussen de problemen die de patiënt aangeeft en de problemen die je vanuit jouw eigen professionele observaties formuleert.

Vervolggesprekken:

Het gesprek is geïnspireerd vanuit ondersteuning en begeleiding van de aan jouw toegewezen patiënt. Je overloopt samen met jouw toegewezen patiënt de diverse probleemgebieden; je overlegt met de patiënt welke patiënten best weerhouden kunnen worden. Je legt met andere woorden prioriteiten vast binnen de verschillende probleemgebieden. Je peilt bij uw volgpatiënt wat de oorzaak of oorzaken zijn van het probleem en schrijft deze uit; je bekijkt samen met de patiënt wat zowel wenselijk als haalbaar is en stelt zo jouw behandeldoelen voorop; vervolgens overloopt je wat er nodig is om de vooropgezette doelen te bereiken; je 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 hoofddoel kan hierbij een hulpmiddel zijn. Zo ontstaat er een systematische manier in jouw verpleegkundig handelen ter voorbereiding op de patiëntenbespreking. Geef aan jouw volgpatiënt ook aan dat je samen met de patiënt voorstellen uitwerkt ter verdere bespreking met de andere disciplines op de patiëntenbespreking.

#### **1.1.1.4 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;
- vrijetijdsbesteding;
- financiële en maatschappelijke omstandigheden.

##### **Toelichten patiëntenrechten**

Patiëntenrechten worden toegelicht

#### **1.1.1.5 PSYCHOMOTORISCHE THERAPEUTEN**

##### **Sessies PMT**

Patiënten kunnen hieraan deelnemen vanaf statuut 0', na bezoek van vrederechter in geval van gedwongen opname. Zij geven verbale en non-verbale sessies met opdrachten om je een beter inzicht in jezelf te doen krijgen. De nadruk hier ligt vooral op lichaamservaring en beweging.

### 1.1.1.6 ERGOTHERAPEUT

#### Sessies ergo per week

- vanaf 2<sup>e</sup> dag, op voorwaarde dat toestandsbeeld dit toelaat
- gestructureerde opdrachten
  - collage zelfvoorstelling;
  - drieluik verleden, heden en toekomst;
  - levenslijn.
- opdrachten indien mogelijk in groep
- individuele nabespreking

## **1.1.2. 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.

Een meer gedetailleerde beschrijving vind je terug onder het doel en de filosofie van de zorgeenheid.

## **1.2. ZORGEENHEIDSVISIE EN CONCRETE UITWERKING**

### **DOELGROEP**

Acute zorg 1 is een psychiatrische intensieve zorgeenheid voor opname en crisisbehandeling met gesloten deur. Acute zorg 1 richt zich tot volwassenen ( 18-65 jaar) met een acute en/of ernstige psychiatrische problematiek waarbij intensieve observatie en begeleiding nodig is.

Opnames gebeuren zowel op vrijwillige basis ( na verwijzing door de huisarts, spoeddienst, intake,...) als via gedwongen opname.

### **Gedwongen opname**

Het grootste gedeelte van de gedwongen opnamen bij OPZC Rekem, komt binnen op de zorgeenheid Acute Zorg 1. 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 15 dagen 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.

### **MISSIE**

Het doel van een opname is het herwinnen en/of versterken van de regie over het eigen functioneren. Er wordt hierbij gestreefd naar een zo kort mogelijke behandeling die zo weinig mogelijk ingrijpend is voor hen en de omgeving.

Na stabilisatie van de crisis staat (her) oriëntering naar ambulante of residentiële therapie (intern of extern) centraal. Gepaste nazorg of behandeling wordt samen met de patiënt en de omgeving besproken. Het is belangrijk om de mensen die nauw bij de patiënt betrokken zijn (familie, naasten en ambulante zorgverleners) deelgenoot te laten uitmaken van de zorg en de behandeling op de zorgzaamheid. De hulpverleners gaan samen met de patiënt op pad om hiervoor de fundamenten te leggen.

### **VISIE**

Op Acute zorg 1 wordt er uitgegaan van de herstelgedachte. Dit is een patiënt gestuurde behandeling waarbij de eigen krachten van de patiënt centraal staan. Het gaat over de manier waarop de patiënt omgaat met zijn psychische kwetsbaarheid en de patiënt het leven in invult en richting geeft. Dit proces is voor iedereen verschillend en is afhankelijk van zijn eigen zorgbehoeften.

We proberen dit proces te ondersteunen door een gezond dag- en nachtritme te stimuleren en therapie op maat van de patiënt aan te bieden.

Een professionele samenwerking tussen de patiënt en het team staat hierbij voorop. De patiënt en de omgeving worden zoveel mogelijk betrokken tijdens de opname. Om de privacy en autonomie te bewaken, wordt hiervoor uiteraard eerst de toestemming van de patiënt gevraagd.

De eerste periode van opname heeft als doel om samen met de patiënt de zorgbehoeften af te stemmen en te komen tot een gemeenschappelijk zorgplan met duidelijke doelstellingen. Op regelmatige tijdstippen zal de patiënt uitgenodigd worden om het zorgplan mee te helpen evalueren en bij te sturen waar nodig.

Motivatie bevorderend werken krijgt een centrale rol. Motivatie is geen personeigenschap. Motivatie is iets wat voorduren in beweging is en beïnvloed kan worden. Vaak kan de patiënt gemotiveerd zijn voor het één maar niet voor iets anders. Als hulpverlener brengen we dit in kaart zodat we een beeld krijgen van de mate waarin de patiënt gemotiveerd is om een bepaald aspect van het leven van de patiënt te veranderen. Vervolgens kijken we welke interventies passend zijn om zijn motivatie aan te wakkeren of vast te houden.

De behandelvisie is gebaseerd op het stresskwetsbaarheidsmodel en het crisisonwikkelingsmodel. Het stresskwetsbaarheidsmodel beschrijft dat naast een aangeboren kwetsbaarheid ook omgevingsfactoren (stressoren) een rol spelen bij het uitbreken van een psychische stoornis. Tijdens de opname worden deze stressoren in kaart gebracht. Op die manier kan gekeken worden hoe de draagkracht van de patiënt kan versterkt worden en de draaglast kan worden verminderd.

Het crisisonwikkelingsmodel stelt de evolutie van een crisis voor door deze in fasen in te delen. Hierdoor verdwijnt het gevoel dat een crisis plots ontstaat. Tijdens de opname worden deze fasen voorafgaand aan de crisis samen met de patiënt in kaart gebracht en kan er een signaleringsplan opgesteld worden. De verschillende fasen zijn gekoppeld aan specifieke interventies voor zowel de hulpverlener als de patiënt met als doel een crisis te voorkomen.

## 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. 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.

### BEHANDELAANBOD

Tijdens de opname kan de patiënt zowel aan groeps- als individuele sessies deelnemen.

Naast psychomotorische therapie, ergotherapie, hippotherapie, creatieve therapie, fitness, psycho-educatie,... vinden er wekelijks gesprekken plaats met je (co-) mentor. Ook vinden er regelmatig gesprekken plaats met de psychiater en afhankelijk van de noden van de patiënt worden er gesprekken met de psycholoog of maatschappelijk assistent voorzien.

In het kader van het herstelproces is het van belang om de omgeving van de patiënt ( familie, vrienden en/ of hulpverleners) te betrekken bij de behandeling. Op de zorgeenheid wordt dit gedaan door netwerkgesprekken te organiseren en door hen de mogelijkheid te bieden om deel te nemen aan patiëntenbesprekingen. Dit uiteraard met de goedkeuring van de patiënt.

#### *Therapieprogramma:*

Een van de eerste dagen van de opname ontvangt de patiënt een therapieprogramma. Dit programma wordt samen met de patiënt opgesteld, rekening houdend met de doelstellingen en voorkeuren van de patiënt. Aanpassingen in het therapieprogramma kunnen steeds besproken worden.

Therapieën vinden plaats van maandag tot en met vrijdag van 9u tot 16u, behalve op woensdagnamiddag. Op woensdagnamiddag wordt er een vrijetijdsactiviteit aangeboden.

Een goed therapeutisch klimaat biedt:

- voorspelbaarheid;
- controleerbaarheid;
- transparantie;
- veiligheid;
- nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

## Voorspelbaarheid

Het leven op de zorgeenheid 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.

## 2.2 DE RESIDENTIËLE SETTING

### 2.2.1 DAGINDELING VAN DE PATIËNTEN EN PERSONEEL

#### 2.2.1.1 PATIËNTEN

<b>7 u</b>	Opstaan en ochtendtoilet.
<b>Tussen 7u45 en 8u15.</b>	Ontbijt. In het weekend van 8u tot 10u.
<b>08u15</b>	Medicatiebedeling. In het weekend om 9u.
<b>08.30 uur</b>	Dagopening.
<b>08u45</b>	Ochtendwandeling.
<b>09u tot 12u.</b>	Therapiesessies.
<b>Tussen 12u en 12u30.</b>	Middagmaal en medicatiebedeling.
<b>13u tot 16u</b>	therapiesessies
<b>Tussen 18u en 18u30</b>	Avondmaal en medicatiebedeling Het is dan ook mogelijk om een boterham te smeren voor in de avonduren.

<b>21u</b>	Nachtmedicatiebedeling aan het medicatielokaal
<b>22u30</b>	het medicatielokaal.
<b>23u</b>	Nachtrust. Op vrijdag en zaterdag om 24u.

### 3. COMMUNICATIEKANALEN (OVERLEGSTRUCTUREN)

#### 3.1 VERGADERINGEN EN OVERLEGMOMENTEN VAN HET TEAM

- **Overdrachtmomenten.**  
Dagelijks zijn er 4 briefingmomenten voorzien om 07.00 – 09.00 – 14.24 – 21.54 uur  
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, doestelling van de patiënt evalueren.  
**Tijdstip:** Maandagmorgen en vrijdagmorgen om 09.00 uur  
**Aanwezigen:** psychologen, therapeuten, verpleegkundige en verpleegkundig leidinggevende en de 2 psychiaters.
- **Wekelijkse patiëntenbespreking**  
**Doel:** uitgebreide bespreking van enkele patiënten individueel  
**Tijdstip:** dinsdag van 14.00 tot 15.30 uur en donderdag van 8.30 tot 10.00 uur  
**Aanwezigen:** psycholoog, psychiater, therapeuten, mentor van de patiënt en verpleegkundig leidinggevende.
- **Maandelijks groepsbespreking**  
**Doel:** bespreking werking verpleging en de rest van het team (knelpunten, vernieuwingen, verlofregeling, nieuwe richtlijnen van het beleid.)  
**Tijd:** 1x per maand, maar dit tijdstip staat niet vast.  
**Aanwezigen:** psychologen, therapeuten, alle verpleegkundigen en de verpleegkundig leidinggevende.
- **Wekelijkse intervisie**  
Elke woensdag tussen 14u en 15 u. Hier worden casussen besproken of worden incidenten toegelicht. Hier wordt rechtsreeks feedback gegeven en is hier ruimte om dit te bespreken.

## **3.2 VERGADERINGEN EN OVERLEGMOMENTEN VAN DE PATIENTEN**

### **3.2.1 DAGOPENING**

Dagelijks is er een dagopening om +/-08.30 uur 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 verpleegkundige begeleid.

### **3.2.2 DAGAFSLUITING**

Dagelijks is er een dagafsluiting om 16.00 uur waar de patiënten hun therapieën en therapiedeelname wordt besproken. Indien er de avond voordien problemen waren met de keuze van de tv-programma's, sfeer ed. wordt ook hier over gesproken. Na de dagafsluiting is er ook weer een mogelijk om zakgeld te vragen.

### **3.2.3 BEWONERSRAAD**

Wekelijks op vrijdag van 15u30 is er een PSM waarbij een varia van items wordt besproken. Al het mogelijke personeel probeert bij aan te sluiten. Dit wordt door verpleging gegeven. Items zijn: mentor, voeding, werkbonden, sfeer, vrije tijd,...

## **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 introductiebrochure grondig leest en enige basiskennis bezit .

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:

#### **4.1.1 KENNISVERWERVING**

- inzicht verwerven over de basisvisie van de zorgeenheid;
- 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, potomanie,depressie,manie, korsakov, ... ;
- zorgeenheidsvisie/ziekenhuisbeleid;:weten welke visie er op de zorgeenheid heerst;
- proberen de zorgeenheid 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 jouw visie wordt op prijs gesteld;
- vraag het multidisciplinair team geregeld feedback over je eigen functioneren;
- vragen stellen.

#### **4.1.3 DE RELATIE MET PATIËNTEN**

- zoals eerder vermeld staat, is het belangrijk basiskennis te hebben over de ziektebeelden en de visie van de zorgeenheid;
- 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 en 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, gesprekken,...
- neem initiatief op het gebied van gesprekken aangaan met onze patiënten, formele gesprekken dienen besproken te worden met de begeleiding van dienst;
- 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 het 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 zorgeenheid, steeds doorverwijzen naar het vast personeel.

In kader van de nieuwe wetgeving wordt er verwacht dat we patiënten documenten laten invullen ivm privacy, probeer je hier in te verdiepen.

#### 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 de patiënt recht op/om:

- kwaliteitsvolle dienstverstrekking;
- vrije keuze van zorgverstrekker;
- 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.

#### 4.1.9 SAMENWERKING IN TEAMVERBAND

Om tot een goed gestructureerde zorgeenheid te komen is het belangrijk dat er zorgeenheidsregels opgesteld worden voor de patiënten, zodat ze enige duidelijkheid hebben over het gebeuren op de zorgeenheid. Het is dan ook zeer belangrijk dat het team deze zorgeenheidsregels dan ook bewaakt om indien nodig te kunnen bijsturen zodat we tot een gestructureerde zorgeenheid komen.

**(Deze worden nog regelmatig geëvalueerd en verbeterd.)**

***Bevraag onze zorgeenheidsregels in het begin van je stage op onze zorgeenheid. Deze vind je ook in de infobrochure AZ1***

## 5 STAGEMENTORENWERKING

### 5.1 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. Op die manier ervaart de student het team ook als één groep, die samenwerkt.

Wanneer een teamlid een probleem ervaart met de student, moet hij dit steeds doorgeven aan de stagementor. De stagementor kan dit probleem 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 zorgeenheid wanneer de student aankomt. Hierdoor krijgt de student een globaal beeld van de zorgeenheid.
- 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 (zie verder)
- De student krijgt op vraag 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 zorgeenheid kunnen worden gebruikt om de doelstellingen van de school en van de student zelf te bereiken. Ze overlopen samen de doelstellingenlijst 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 denkplaatje zit.

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

## 5.2 BEGELEIDING DOOR DE STAGEBEGELEIDERS

- De stagebegeleider bekijkt samen met de student welke leersituaties van de zorgzaamheid 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.

## 5.3 DIENSTREGELING

- Men verdeelt de stage in naar de uurrooster van de stagebegeleider en past de uitzonderingen aan.
- Er wordt rekening gehouden met de privé-situatie. Maar de student kan er niet buiten dat er in shiften gewerkt moet worden en er 1 weekend op 2 moet gewerkt worden om de realiteit te weerspiegelen.

## 5.4 EVALUATIE VAN DE STUDENTEN

### Tussentijdse evaluatie

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. 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.

We wensen je veel succes met je stage!