

**DIE AFBAKENING
VAN DIE ROL EN FUNKSIES
VAN DIE FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEEG-
PRAKTISYN IN 'N GESELEKTEERDE
FORENSIESE PSIGIATRIESE EENHEID IN DIE
WES-KAAP**



Alexander Adolf Engel

**Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes
vir die graad van Magister in die Verpleegkunde aan
Die Universiteit van Stellenbosch.**

STUDIELEIER: DR. M.E. BESTER

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie werkstuk vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Handtekening:

Datum:

OPSOMMING

Daar bestaan in S.A. geen duidelike omskrywing van die rol en funksies van die forensiese psigiatriese verpleegkundige nie. Die navorser het gegrond op meer as 20 jaar praktykervaring 'n navorsingsprojek gedoen om die rol en funksies van die verpleegpraktisyn te definieer en te omskryf.

'n Nie-eksperimentele, beskrywende studie is gedoen. Vraelyste en kontrolelyste is opgestel om die persepsies van forensiese psigiatriese pasiënte/kliënte (n=24) en verpleegpersoneel (n=15) te bepaal.

Die verpleegaktiwiteite in 'n geselekteerde forensiese psigiatriese eenheid is deur nie-deelnemende observasie geëvalueer.

Resultate het daarop gedui dat:

- Pasiënte hulle omgewing as geïsoleerd ervaar en het 'n behoefte aan beter ondersteuning deur die verpleegpersoneel;
- Verpleegpersoneel het aangedui dat hulle 'n behoefte het aan spesifieke opleiding in forensiese psigiatriese verpleging; en
- Daar 'n behoefte is aan spesifieke protokolle en prosedures om sy/haar praktyk te rig .

Die aanbevelings word gemaak dat :

- 'n Spesiale opleidingsprogram vir forensiese psigiatriese verpleging beplan en geïmplementeer word; en
- Prosedures en riglyne daargestel moet word om die praktyk van die verpleegpraktisyn te rig.

ABSTRACT.

No clear description exists in S.A. of the role and functions of a forensic psychiatric nurse. The researcher conducted a research project based on more than 20 years of practice experience to define and describe the role and functions of the forensic nurse practitioner.

A non-experimental descriptive study was done. Questionnaires and checklists were compiled to determine the perceptions of forensic psychiatric patients/clients (n =24) and nursing staff (n = 15) .The nursing activities in a selected forensic psychiatric unit was evaluated through non-participative observation.

Results indicated that:

- Patients experienced their environment as isolated and has a need for better support by the nursing staff;
- Nursing staff indicated their need for more specific training in forensic psychiatric nursing; and
- A need exists for specific protocols and procedures to guide his/her practice.

The recommendations are made that:

- A special training program for forensic psychiatric nursing needs to be planned and implemented; and
- Procedures and guidelines must be established to guide the practice of the nurse practitioner.

Opedra aan:

Cheryl, my vrou

Vir dit dat sy altyd glo in my en vir haar ondersteuning, opofferings en dat sy ten spyte van haar siekte altyd daar was vir my en my gevolg het met hulp tot in Brittanje.

Dankie vir alles. Die studeerkamer sal nou netjies gemaak word.

Adrian en Alexis, my kinders

Vir jul bystand, hulp met alles en "glo" in jul Pa.

Baie Lief vir julle almal.

Dankbetuigings

Ek wil my opregte dank en waardering uitspreek teenoor:

- My Skepper, wie my die krag gee en, sonder wie ek tot niks in staat is nie.
- Die werkgewer wat my destyds as “straf” in die forensiese psigiatriese eenheid geplaas het!
- Prof. Tuviah Zabow: My mentor en leermeester en bekendstelling in die veld. Dankie vir die professionele voorbeeld wat u altyd gestel het.
- Eerw. Brian Abrahams, u belangstelling, geestelike aanmoediging en ondersteuning.
- My familie, vriende en bure vir hul liefde, ondersteuning en geduld.
- Chris ons vriend, vêr in Qatar met wie ek kon praat en altyd 'n humoristiese elektroniese boodskap gestuur het vir afleiding.
- My broer Winston wie altyd my familie kon uitneem as ek té besig was.
- My studieleier Dr. M.E. Bester vir aanmoediging en geduld, en ander leiers, Prof. E.B. Welmann en Dr. A. Allan.
- Mev. Lynne Bindeman vir al haar geduld met die tikwerk.
- My dogter Alexis vir al haar hulp met die tikwerk.
- Dr. F. Wessels en Me. H. Scharnick vir hul hulp met die taalredigering.
- Mnr. B. Pearce vir sy hulp met fotokopiëring.
- The “British Council” in S.A. wie my studietoer na Brittanje moontlik gemaak het.
- The Lutheran World Federation vir hul finansiële bystand gelewer.
- Dr. E. Peter vir haar leuse: “There should be a culture of learning”.

INHOUDSOPGAW

	Bladsy
Verklaring	i
Opsomming	ii
Abstract	iii
Oppedra	iv
Dankbetuigings	v
Lys van Figure	xiv
Lys van Tabele	xv
Hoofstuk 1: Inleiding	
1.1 Rasionaal	1
1.2 Probleemstelling	4
1.3 Navorsingsdoelwitte	6
1.4 Operasionele beskrywings	6
1.5 Navorsingsmetodologie	11
1.5.1 Die benadering en ontwerp	12
1.5.2 Populasie en steekproefneming	12
1.5.3 Data insameling	12
1.5.4 Data-analise	13
1.6 Etiese oorwegings	13
1.7 Konseptuele Navorsingsraamwerk	13
1.8 Opsomming	14
1.9 Hoofstukindeling	15
Hoofstuk 2: Literatuurstudie	
2. Literatuurstudie	
2.1 Inleiding	16
2.2 Historiese Oorsig en Benadering tot Geestesgesondheid en die Regstelsel.	17
2.2.1 Inleiding	17
2.2.2 Die Historiese ontwikkeling van Psigiatriese Verpleegkunde in Suid-Afrika	19
2.2.2.1 Ontwikkeling van die Psigiatriese Verpleegkunde vóór die negentiende eeu	19
2.2.2.2 Ontwikkeling van Psigiatriese Verpleegkunde gedurende die negentiende eeu	20

Bladsy

2.2.2.3	Wetgewing betrokke by versorging van geestesongesteldes In die negentiende eeu	21
2.2.2.4	Ontwikkeling van Psigiatriese Verpleegkunde gedurende die twintigste eeu	25
2.2.2.5	Wetgewing betrokke by Psigiatriese Verpleegkunde gedurende die twintigste eeu	26
2.2.2.6	Psigiatriese dienste gedurende die afgelope 60 jaar	27
2.3	Huidige Wetgewing in Suid-Afrika	29
2.3.1	Algemene Landswette	29
2.3.2	Mediese- en Gesondheidswetgewing vir Beroepkundiges en praktisyne	29
2.3.3	Kliënte (Gemeenskapsgesondheid)	30
2.3.4	Geestesgesondheid	30
2.3.5	Die Beheer van Medisyne en Verdoewingsmiddele	30
2.3.6	Relevante bepalings van die Wet op Geestesgesondheid, Wet 18 van 1973	30
2.3.7	Bepalings volgens die Grondwet van S.A. 1996	32
2.3.8	Bepalings van die Strafproses Wet No 51 van 1977	33
2.3.9	Wetgewing vir die Verpleegkundige Praktijk	34
2.3.10	Voorskrifte en handleidings vir die Psigiatriese Verpleegkundige	37
2.4	Psigiatriese hospitale en spesiale eenhede vir Forensiese psigiatriese dienste	38
2.4.1	Die doelwitte van die Nasionale departement vir Psigiatriese dienste	38
2.4.1.1	Missie	39
2.4.1.2	Visie	39
2.4.1.3	Waardes	39
2.4.1.4	Filosofie van forensiese psigiatriese dienste.	40
2.4.1.5	Die verpleegkundige se filosofie in 'n forensiese psigiatriese eenheid	42
2.4.1.6	Die saal filosofie	43
2.4.1.7	Die saal program	43
2.4.1.8	'n Langtermyn maksimum sekuriteitsverpleegsorgplan.	44
2.5	Redes of kriteria waarvoor pasiënte/kliënte verwys word vir Forensiese Psigiatriese Evaluering	45
2.5.1	Klassifikasie van Tipe pasiënte in die Eenheid	47
2.5.2	Probleme in die eenheid	48

	Bladsy	
2.5.3	Bendebedrywighede	49
2.5.3.1	Die beïnvloeding van personeel deur bendes	49
2.5.4	Verpleging van 'n pasiënt wat 'n gevangene is	50
2.6	Geestesongesteldheid: Jou regte, verantwoordelikheid en self- bepleiting	53
2.6.1	Destigmatisering	55
2.7	Die Multidissiplinêre Span	56
2.7.1	Samestelling van die Multidissiplinêre Span	56
2.7.2	Funksies van die Multidissiplinêre Span	57
2.7.2.1	Die Psigiater	57
2.7.2.2	Die Psigiatrise Verpleegkundige	58
2.7.2.3	Die Kliniese Sielkundige	59
2.7.2.4	Die Maatskaplike Werker	59
2.7.2.5	Die Arbeidsterapeut	60
2.7.2.6	Die Apteker	61
2.7.2.7	Die Fisioterapeut	61
2.7.3	Die rol en funksies van Psigiatrise Verpleegkundige in die multi- dissiplinêre span	61
2.7.3.1	Die Psigiatrise Verpleegkundige vervul verskeie rolle in die eenheid	62
2.7.3.2	Die Kliniese Verpleegspesialis in Forensiese Psigiatrise Eenhede	65
2.7.4	Probleme ervaar deur die Multidissiplinêre span	66
2.7.5	Die Regte van die Verpleegkundige	67
2.8	Die uitleg van 'n Forensiese Psigiatrise Eenheid	68
2.8.1	Die eenheid	68
2.8.2	Die saal kapasiteit	70
2.8.3	Die personeel	70
2.8.4	Spesifieke programme en reëls in die eenheid	71
2.9	Samevatting	74
 Hoofstuk 3: Die Rol en Funksies van die Forensiese Psigiatrise Verpleegkundige		
3.	Die Rol en Funksies van die Forensiese Psigiatrise Verpleegkundige	75
3.1	Inleiding	75
3.2	Algemene eienskappe, vaardighede en houdings van 'n Forensiese Psigiatrise Verpleegkundige	75

	Bladsy
3.2.1	Eienskappe van die Forensiese Psigiatriese Verpleegkundige 75
3.2.2	Vaardighede van die Forensiese Psigiatriese Verpleegkundige 76
3.2.3	Houdings en gesindhede van die Forensiese Psigiatriese Verpleegkundige 77
3.3	Spesiale Vaardighede van Forensiese Psigiatriese Verpleging 78
3.4	Die implikasies van die Strafproses Wet 51 van 1977 vir die Forensiese Psigiatriese Verpleegkundige 80
3.5	Terapeutiese Verpleegkundige-Pasiënt verhouding 83
3.5.1	Definisie 83
3.5.2	Doelstellings van die terapeutiese verhouding 83
3.5.3	Vereistes van 'n terapeutiese verhouding 83
3.5.4	Vereistes van die verpleegkundige in 'n terapeutiese verhouding 84
3.5.5	Riglyne vir die terapeutiese verhouding 85
3.5.6	Fases van die verloop van die terapeutiese verhouding 86
3.5.7	Probleme wat die terapeutiese verhouding kan beïnvloed 87
3.5.8	Verskille tussen professionele- en sosiale verhoudings 87
3.6	Die Verpleegkundige in die observasie eenheid 88
3.6.1	Definisie van observasie 88
3.6.2	Definisie van waarneming 89
3.6.3	Die proses van observasie en waarneming 89
3.6.4	Beginsels vir waarneming en observasies 90
3.6.5	Tipes waarnemers 90
3.6.6	Redes vir waarneming 91
3.6.7	Probleme met waarneming 92
3.7	Observasies soos gedoen in die Verenigde Koninkryk (Brittanje) 93
3.7.1	Doelstellings 93
3.7.2	Beginsels 93
3.7.3	Tipe Observasies 94
3.7.3.1	Spesiale Observasies 94
3.7.3.2	Geslote Observasies 95
3.7.3.3	Algemene Observasies 96
3.8	Die neem van 'n Forensiese Psigiatriese Geskiedenis deur die verpleegkundige 96
3.9	Die Observasies en Evaluering van 'n pasiënt in 'n forensiese eenheid 97

	Bladsy	
3.10	'n Gevalle voordrag van 'n Forensiese pasiënt	98
3.11	Verpleegpersoneel induksieprogram tot die eenheid	98
3.11.1	Doel van Induksieprogram	98
3.11.2	Induksie	99
3.12	Mediese Geregtelike Aangeleenthede	99
3.12.1	Inleiding	99
3.12.2	Die Beroepsregte van die Suid-Afrikaanse Forensiese Verpleegkundige	100
3.12.3	Definisie van Regsaanspreeklikheid	100
3.12.4	Die oorsaak van Onbedagsaamheid	102
3.12.5	Die beginsels van Nalatigheid	103
3.12.6	Metodes en tegnieke om die risiko van regsaaanspreeklikheid in die praktyk te verminder	104
3.12.7	Mediese Geregtelike Risikos	107
3.12.8	Samevatting	108
 Hoofstuk 4: Navorsingsmetodologie		
4.1	Inleiding	109
4.2	Navorsingsbenadering en Ontwerp	109
4.3	Steekproefneming	109
4.3.1	Forensiese psigiatriese eenheid	110
4.3.2	Pasiënte	110
4.3.3	Personeel	111
4.4	Dataversameling	111
4.4.1	Instrumente	111
4.4.1.1	Vraelyste	112
4.4.1.2	Onderhoudvoering	113
4.4.1.3	Rekords	114
4.4.1.4	Observasie	114
4.4.2	Insameling van Data	115
4.5	Loodstudie	115
4.6	Geldigheid en Betroubaarheid	116
4.7	Toestemming om die ondersoek te onderneem	117

	Bladsy	
4.8	Probleme ondervind in die uitvoering van die voltooiing van die vraelyste	118
4.8.1	Personeelbeskikbaarheid	118
4.8.2	Personeelweerstand	118
4.8.3	Onvolledige Rekordhouding en lêers	118
4.8.4	Onkunde en onervare personeel	119
4.8.5	Geen of onvolledige verpleegdokumentasie	119
4.9	Samevatting	119

Hoofstuk 5: Resultate

5.1	Inleiding	120
5.2	Metode van data ontleding en bespreking	120
5.3	Wetgewing	121
5.4	Die Norme, of relevante bepalings waaraan Wetgewing getoets is in	
	Die Forensiese Psigiatrisse Verpleging	121
5.4.1	Gelykheid Grondwet (Nr a.9).	121
5.4.2	Menswaardigheid Grondwet (Nr a.10).	122
5.4.3	Die reg op Lewe Grondwet (Nr a.11).	122
5.4.4	Vryheid en sekerheid van die persoon Grondwet (Nr a.12).	122
5.4.5	Privaatheid Grondwet (Nr a.14).	123
5.4.6	Vryheid van godsdiens Grondwet (Nr a.15).	124
5.4.7	Vryheid van uitdrukking Grondwet (Nr a.16).	124
5.4.8	Vryheid van assosiasie Grondwet (Nr a.18).	124
5.4.9	Politiese regte Grondwet (Nr a.19).	125
5.4.10	Vryheid van beweging Grondwet (Nr a.21).	126
5.4.11	Gesondheidsorg, voedsel, water en maatskaplike sekerheid	
	Grondwet (Nr a.27)	127
5.4.12	Toegang tot inligting wat deur die staat gehou word	
	Grondwet (Nr.a.32)	127
5.4.13	Toegang tot howe Grondwet (Nr a.34).	127
5.4.14	Gearresterde, aangehou en beskuldigde persone Grondwet (Nr a.35).	128
5.4.15	Beperking van regte Grondwet (Nr a.36).	128
5.4.16	Afdwinging van regte Grondwet (Nr a.38).	128
5.5	Profiel van die pasiënte/klïente	128
5.5.1	Persoonlike besonderhede	129

	Bladsy	
5.5.2	Woonplek	132
5.5.3	Jare by huidige woonplek	133
5.5.4	Vlak van opleiding	134
5.5.5	Kerkverband	135
5.5.6	Sosio-ekonomiese status	135
5.5.7	Toelating: Opname en verblyf in eenheid	137
5.5.8	Siening oor psigiatriese diens	144
5.5.9	Hantering van kliënte se regte	148
5.5.10	Pasiënt/kliënt tevredenheid	149
5.5.11	Stokperdjies of vryetydsbesteding in die samelewing	150
5.5.12	Pasiënte probleme	150
5.5.13	Mediese geskiedenis	153
5.5.14	Psigiatriese geskiedenis	154
5.5.15	Algemene persepsies van die kliënte oor forensiese psigiatriese dienste	156
5.5.16	Aanvanklike ervaring van opname	158
5.5.17	Die navorser se waarneming in Brittanje	159
5.6	Personeelprofiel	159
5.6.1	Geslag van die respondente verpleegpersoneel	160
5.6.2	Opleiding in Forensiese Psigiatriese Verpleegkunde	161
5.6.3	Jare diens en ondervinding	162
5.6.4	Die diensstaat en aantal personeel in die eenheid	163
5.6.5	Aantal kliënte waarvoor verpleegpersoneel verantwoordelik is	165
5.6.6	Range van die verpleegpersoneel	166
5.6.7	Verpleegkundige take en verantwoordelikheid	166
5.6.8	Bestuur van forensiese eenhede	168
5.6.9	Algemene kommentaar van respondente	168
5.7	Ander Rolspelers	170
5.7.1	Opleiding	172
5.7.2	Eerste kontak binne die stelsel	172
5.7.3	Rol van die Gevangenisdiens (Korrektiewe Dienste)	172
5.7.4	Verwysing na die regstelsel	174
5.8	Verpleegaktiwiteite	174
5.8.1	Organisatoriese struktuur	176

	Bladsy
5.8.2	Beskikbaarheid van beleidsdokumente 177
5.8.3	Verpleegsorg aktiwiteite 178
5.8.4	Personeel aktiwiteite 179
5.8.5	Fisiese fasiliteite en toerusting 181
5.8.6	Opsomming 183
 Hoofstuk 6: Gevolgtrekkings en Aanbevelings	
6.1	Inleiding 184
6.2	Gevolgtrekkings 185
6.2.1	Beperkings 185
6.2.2	Gevolgtrekkings tot Wetgewing 186
6.2.3	Pasiënt/kliënt profiel 192
6.2.4	Probleme in die maksimum sekuriteits forensiese psigiatriese eenheid 196
6.2.5	Personeelaangeleenthede 196
6.2.6	Ander rolspelers 197
6.2.7	Verpleegaktiwiteite 198
6.3	Aanbevelings 199
6.3.1	Wetgewing 200
6.3.2	Hantering van die pasiënt/ kliënt 202
6.3.3	Sentrale Maksimum Sekuriteitssentrum 204
6.3.4	Personeel in die Forensiese Eenheid 205
6.3.4.1	Opleiding 208
6.3.5	Forensiese Dienste 209
6.4	Aanbevole Prosedures 211
6.4.1	Inleiding 211
6.4.2	Ontwikkeling van werksprosedures 211
6.4.3	Prosedurebepaling 211
6.5	Slot 213
	Bibliografie/Verwysings 215

Figure

1.	Forensiese Psigiatrise Diens.	14
2.1	Die Wetlike raamwerk van die verpleegkundige praktyk.	36
2.2	Fisiese behoeftes.	44
3.1	Psigiatrise Driehoek	78
3.2	Proses van observasie en waarneming.	90
3.3	Inligting oor regspraktyke.	105
3.4	Regsverdedigbare besluitnemingsproses.	106
5.1	Ouderdom van pasiënte/kliënte.	129
5.2	Huwelikstaat van pasiënte /kliënte.	131
5.3	Tipe woonplek.	133
5.4	Aantal jare wat pasiënt/kliënt by woonplek is.	133
5.5	Opleiding van die pasiënte/kliënte.	134
5.6	Instansies waaraan eenheid verbind is.	161
5.7	Aantal kliënte/pasiënte waarvoor verpleegpersoneel verantwoordelik is.	165
5.8	Range van verpleegkundiges	166
5.9	Evaluering van verpleegaktiwiteite.	176
5.10	Beskikbaarheid van beleidsdokumente.	177
5.11	Personeelaktiwiteite.	181
5.12	Fisiese fasiliteite en toerusting.	182
6.1	Verloop van observasie geval se evalueringsproses.	194
6.2	Opsomming van Observasie proses "from Trauma to Trial".	195

Tabelle

2.1	Die Oprigting van psigiatrise hospitale in Suid-Afrika.	23
2.2	Kriminele Statistiek vir die Wes-Kaap.	47
3.1	Verskille tussen Professionele- en Sosiale Verhoudings	88
	Pasiënte:	
5.1	Toelatings vanaf 01/01/2000 tot 30/06/2000 in die verskillende ouderdomsgroepe.	130
5.2	Rasse klassifikasie.	132

5.3	Kerkverband.	135
5.4	Tipes werk van respondente	136
5.5	Aantal kere wat respondente in die eenheid toegelaat was	138
5.6	Redes vir toelating in 'n Forensiese eenheid.	139
5.7	Aard van kriminele oortredings volgens pasiënte en volgens pasiënt rekords.	140
5.8	Aantal toelatings tot die gevangenis.	141
5.9	Oriëntasie ten opsigte van die eenheid.	145
5.10	Verduidelikings gegee aan die kliënte/pasiënte ten opsigte van reëls in die eenheid	146
5.11	Kontak met personeel.	147
5.12	Pasiënte tevredenheid.	149
5.13	Mediese geskiedenis.	154
	Personeel:	
5.14	Jare diens en ondervinding van die respondente.	163
5.15	Statistiek van personeel toekenning vir eenheid vir periode Januarie tot Junie 2000.	164
6.1	Die remmende faktore met betrekking tot die kliniese leerklimaat.	208
6.2	Forensiese Dienste.	209

Bylaes:

- A.1 Kriminele Statistiek vir die Wes-Kaap.
- A.2.i Kriminele Oortredings: Sake aangemeld by die S.A.P.
- A.2.ii Kriminele Oortredings: Sake aangemeld by die S.A.P, Ratio @100,000 van die populasie.
- A.3.i Toestemming van geselekteerde hospitaal.
- A.3.ii Forensic psychiatry research project.
- A.3.iii Declaration and undertaking by researcher.
- A.3.iv Permission to conduct research at your hospital.
- A.4 Navrae op nasionale vlak.
- A.4.i Navrae forensiese verpleegkunde opleiding.

- A.4.ii Establishment of unit in the Western Cape for criminal offenders with mental retardation.
- B.1 Declaration of Madrid.
- B.2 Crime Statistics for Western Cape.
- B.3 Leer my om te lewe.
- B.4 Suid-Afrikaanse Federasie van Geestesgesondheid.
- B.5 Within you is the strength to meet life's challenges.
- B.6 Listen Nurse.
- B.7 Diensgelofte vir Verpleegsters.
- B.8 Tree ek professioneel op - Cape Mental Health
- B.9 Vloerplan van 'n forensiese eenheid.
- C.1 Simbole vir 'n genogram.
- C.2 Opsomming van geestestoestand (Checklist of observable signs of Psychosis).
- C.3 Geestestoestand.
- C.4 Liggaamlike ondersoek (mediese ondersoek)
- C.5 Psigiatrisiese Evaluering (Mini-mental state examination)
- C.6 Ondersoeke van die observasie pasiënt.
- C.7 Verpleeg observasie – funksioneringsverslag.
- C.8 Elektroënkefalogram.
- C.9 Britse evalueringsdokument.
- C.10 Weeklikse verslag op forensiese observasies (Verpleegkomponent.)
- C.11.i Medical report on observation case.
- C.11.ii Competency to stand trial Assessment Instrument
- C.12 Personeel induksie program.
- C.13 Inexperience is no excuse.
- D.1 Vraelys : Pasiënte.
- D.2 Voorbeelde van tatoeërmerke.
- D.3 Vraelys: Personeel.
- D.4 Forensic Psychiatric nursing in the United Kingdom.

- D.5 Riglyne vir die evaluering van verpleeg-aktiwiteite in 'n Forensiese Psigiatriese eenheid.
- E.1 Hoe om verklarings te skryf.
- E.2 Lasbrief tot oorplasing van 'n persoon wat aangehou word (J 138A).
- E.3 Lasgewing vir die aanhouding van 'n beskuldigde (J 105).
- E.4 Lyfkwitansie (SAPD 216).
- E.5 Klagstaat (J 15).
- E.6 Psychiatric enquiry report
- E.7 Observasie databasis.
- E.8 Beskrywing van alle forensiese gevalle.
- E.9 Toestemming insake bekendmaking van alle vertroulike inligting.
 - E.9.i Toestemming vir bloed toets.
- E.10 Adreslys.
 - E.10.i Weiering van hospital behandeling.
- E.11 Verklaring van vrywaring.
- E.12 Tandheelkundige behandeling.
- E.13 Sertifikaat van Opneming.
- E.14 Chapter.21. Extract from C.P.A. Memorandum 19.
- E.15 Vorderingsverslag van pasiënt.
 - E.15.i Verpleegsorg plan:Rusteloosheid en agitاسie.
 - E.15.ii Verpleegsorg plan:Kommunikاسie inkorting.
 - E.15.iii Verpleegsorg plan:Sosiale onttrekking.
- E.16 Nursing Observation Schedule.
- E.17 Follow-up review.
- E.18.i Weeklikse verslag op observاسie pasiënte.
- E.18.ii Weekly report on short term admissions
- E.19 Pasiënt insident verslag.
 - E.19.i Patient Incident notification.
- E.20 Dag en Nag verslag.

- E.21 Klagtevorm.
- E.21.i Complaint form.
- E.22 S.A.P. Beëdigde verklaring.
- E.22.i SAP verslag van distriksgeneeskeer.
- E.23 Verwysingsvorm
- E.24 Meganiese lyfswang en afsondering.
- E.25 Halfuurlikse observasies.

RIGLYNE VIR VOORGESTELDE EN OF AANBEVOLE PROSEDURES IN 'N MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID

6-A TOELATING TOT 'N MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID

- (1) Standaard toelatingsprosedure
- (2) Opening van 'n kliniese lêer

6-B PASIËNT REKORDS AS 'N MEDIËSE GEREGETELIKE DOKUMENT

- (1) Pasiënt rekords/verslae in 'n staatsgesondheidsorgsentrum
- (2) Waaruit bestaan pasiënt rekords
- (3) Mediese geregetelike risikos
- (4) Skryf van verklarings, toestemmingsvorme van pasiënt

6-C VERSLAGSTELSEL

- (1) Geregetelike implikasies
- (2) Prosedure wat gevolg moet word oor rapportering van geregetelike insidente
Bylae : Chapter 21: Nursing - Extract from C.P.A. Memorandum 19
- (3) Verskillende tipe van verslae
 - (i) Vorderingsverslag
 - (ii) Weeklikse verslag op Observasie pasiënte
 - (iii) Ongelukverklaring/Insidentverslag
 - (iv) Klagtevorm
 - (v) Beëdigde verklaring vir S.A. Polisie

(vi) S.A. Polisie Lyfkwitansie

- 6-D VERWYSINGS EN BEGELEIDING VAN OBSERVASIE GEVALLE NA ALGEMENE HOSPITALE OF ANDER DIENSTE
- 6-E AFSONDERING
- 6-F PLIGSTAAT VAN SEKURITEITSBEAMPTES
- 6-G DIE BEHEER EN HANTERING VAN SLEUTELS
- 6-H PROTOKOL VIR BESOEKERSREëLS
- 6-I VISENTERINGSPROSEDURES

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 RASIONAAL

Die toename van misdaad en geweld in Suid-Afrika het 'n baie groot invloed op die ekonomie en welsyn van die land. Dit beïnvloed ook die forensiese psigiatriese dienste, want soveel meer mense sal van die dienste gebruik moet maak.

Op die nag van 9 tot 10 Oktober 1996 was daar 40,6 miljoen mense in Suid-Afrika, waarvan 19,5 miljoen mans en 21,1 miljoen vrouens was met 4,0 miljoen (10%) van die persone woonagtig in die Wes-Kaap. Van hierdie populasie was 8,8% in die stedelike gebied en 1,2% in die landelike gebiede woonagtig.

Slegs 31% van die jeug tussen die ouderdom van 16 – 24 jaar het 'n beroep beoefen en 17,9% mense was werkloos. Die misdaadrekord is 58.5% per 100,000 mense. Misdade bestaan hoofsaaklik uit moord, roof, verkrachtings, diefstal en motorkapings. Die Wes-Kaap het die hoogste misdaadrekord met 1,7 miljoen per jaar verkrachtings en 9,872 miljoen seksueel verwante misdade. (Cape Argus (Bylae A.1), S.A. Statistics (Bylae A.2). Van die inwoners het 14,148 miljoen (9.7%) aan 'n geestesongesteldheid gelei.

Uit die bestaande statistieke het daar 0,5% van die populasie as kriminele oortreders, op een of ander wyse in die Forensiese psigiatriese dienste sisteem beland. (Christian Handbook 1999/2000 gebaseer op die 1996 sensus opname.)

Die Forensiese psigiatriese dienste en eenhede bestaan al lank, maar is nog onbekend aan die gemeenskap. Eers wanneer die persoon self daar beland (of die

psigiatryse verpleegkundige, wanneer hy of sy daar moet begin werk), maak die persoonse kennis met die diens.

Die psigiatryse verpleegkundiges het geen formele opleiding of toepaslike ondervinding om in die forensiese eenhede te werk nie. Die meeste verpleegkundiges beskik wel oor 'n kwalifikasie in psigiatryse verpleegkunde. Forensiese psigiatryse verpleegkunde stel egter uitdagings aan die verpleegkundige wat nie deel van die basiese kurrikulum in psigiatryse verpleegkunde vorm nie. Die vaardighede sal sy haarself moet aanleer, amper soos 'n "probeer en tref" metode.

Daar is verskeie faktore wat daartoe bydra tot die spesifieke uitdagings wat aan die forensiese psigiatryse verpleegkundige gestel word:

□ Veranderde wetgewing.

Daar is min beroepe wat soveel regsimplikasies het as die forensiese psigiatryse verpleegpraktyk. Die rede hiervoor is dat die verpleegkundige inbreuk moet maak op juis die aspekte van die menslike lewe wat deur die regstelsel beskerm word. Daarom moet die verpleegkundige bekend wees en altyd op hoogte bly met alle wetgewing wat betrekking het op haar/sy praktyk;

□ Die probleme en onkunde van die kliënte/pasiënte en die gemeenskap ten opsigte van die diens;

□ Die forensiese psigiatryse verpleegkundige in die forensiese eenhede is veronderstel om in 'n multidissiplinêre span te werk. In die praktyk word daar egter gevind dat daar 'n neiging bestaan dat dit wil voorkom asof die forensiese psigiaters nie die verpleegkundiges werksaam in die forensiese eenheid as aktiewe lede van die multidissiplinêre span beskou nie:

Daar word dus ook nie altyd waarde aan haar/sy of haar professionele opinie geheg nie. Dit is asof die verpleegkundige haarself/homself eers moet bewys om aanvaar te word as deel van die multidissiplinêre span;

- Forensiese psigiatriese verpleegkunde word nie deur die S.A.V.R. as 'n spesialiteitspraktyk erken nie en daar is ook tans geen formele opleidingsprogram vir die verpleegkundige in forensiese psigiatriese verpleging nie. Dit is ook die waarskynlike rede waarom dit aanleiding tot die rolverwarring gee; en
- In die forensiese psigiatriese eenhede is daar geen of baie min geskrewe protokolle of kriteria vir die forensiese psigiatriese verpleegkundige of enige verpleegnavorsingsresultate om dit te staaf. Probleme ten opsigte van korrekte rekordhouding word ook in die eenhede ondervind.

Verpleegkundiges wie met forensiese kliënte/pasiënte werk, kom te staan voor die uitdaging om oënskynlike teenstrydige doelwitte te versoen. Die konsepte van sekuriteit, detensie en straf in die kriminele regstelsel, sal dikwels met die doelstellings van bevordering of instandhouding van geestesgesondheid bots. In 'n forensiese maksimum sekuriteitseenheid neem verpleegkundiges baie keer die rol van 'n tronkbewaarder aan, eerder as dié van 'n gezondheidswerker. Hy/sy moet die spesiale reëls en prosedures afdwing op haar/sy kliënte wat van toepassing is op die eenhede. Dit is ook ons plig as forensiese psigiatriese verpleegkundiges om die publiek in te lig en foutiewe persepsies uit die weg te ruim.

Hierdie situasie is spesifiek in Suid-Afrika van toepassing en daarom het die navorser hierdie terrein as fokusarea van die navorsing gekies.

Daar gaan dus in hierdie navorsingstudie gepoog word om 'n beskrywing van die praktykuitvoering van die forensiese psigiatrisie verpleegkundige te weergee sodat daarvoor sinvol in die praktyk besin kan word.

1.2

PROBLEEMSTELLING

Forensiese psigiatrisie verpleegkunde is 'n relatief onbekende en uitdagende onderwerp vir baie verpleegkundiges. Die aanname word soms gemaak dat psigiatrisie verpleegkunde sonder twyfel die "stiefkind van die gesondheidsorg" is wat alreeds opsigself die "stiefkind van die samelewing" is.

Soos reeds in die rasionaal aangedui is, is daar geen formele opleiding vir die forensiese psigiatrisie verpleegkundige in Suid-Afrika nie. Die verpleegkundige is egter die persoon wat verantwoordelik is vir die bevordering en welvaart van die pasiënt se welsyn. Dit wil voorkom asof verpleegaktiwiteite nie altyd wetenskaplik beplan en geïmplementeer word nie, maar eerder op lukrake wyse uitgevoer word.

In die Wes-Kaap is daar drie (3) psigiatrisie hospitale, maar slegs een (1) hospitaal het 'n gespesialiseerde maksimum, forensiese sekuriteitseenheid. Die tweede hospitaal het slegs een (1) geslote saal vir die lewering van 'n forensiese psigiatrisie diens en die ander hospitaal bied glad nie meer die dienste aan nie.

Daar is ook nog die debat of forensiese psigiatrisie dienste in die gesondheidsstelsel of by korrektiewe dienste tuis hoort en of die praktykvoering regtig die verantwoordelikheid van die verpleegkundige is.

Die navorser self was 28 jaar lank werksaam in die psigiatrisie diens, waarvan 15 jaar in forensiese psigiatrisie dienste was. Die navorser het waargeneem dat verskeie struikelblokke in die verpleegkundige se daaglikse funksionering voorkom.

Uit die literatuur blyk dit ook dat die forensiese psigiatryse verpleegkunde in Suid-Afrika nog nie as 'n spesialiteitsrigting ontwikkel het nie.

Uit eie ondervinding in die praktyk het die navorser dit ondervind en ervaar dat daar geen of min neergelegde riglyne vir verpleegaktiwiteite is waarvolgens verpleegkundiges moet funksioneer en hulle is van die multidissiplinêre span, veral die forensiese psigiater afhanklik vir leiding en besluitneming.

Die dramatiese veranderinge in die R.S.A. na 'n demokratiese land vanaf 1994 het baie veranderinge teweeggebring wat 'n groot invloed uitoefen op die funksionering van die forensiese psigiatryse verpleegkunde. Die ondertekening en implementering van die nuwe Grondwet van S.A., Wet 108 van 1996, Die Handves van Menseregte en die daarstelling van die "Patients Charter" het baie implikasies tot voordeel en beskerming van die regte van die publiek meegebring. Dit affekteer ook ons huidige Wet op Geestesgesondheid, Wet 18 van 1973 en die Strafproses Wet 51 van 1977 en hieraan sal indringend aandag aan geskenk moet word.

Daar is alreeds deur die Parlement begin deur die opstel van 'n "Witskrif", naamlik die "Mental Health Care Bill", 2000. Dit alles het meegebring dat daar ook veranderinge in ons benaderingswyses ten opsigte van forensiese psigiatryse verpleegkunde sal moet plaasvind.

Herstrukturering en rasionalisering van dienste vind plaas en nuwe gesondheidsplanne word geformuleer en geïmplementeer. Die kliënte/pasiënte is as verbruikers baie meer bewus van hul regte en dring daarop aan. Dit stel besondere eise aan die verpleegkundige van vandag en vra dat hy/sy uitgebreid moet lees en op hoogte moet bly van alle veranderinge, want soos die spreekwoord sê "Ignorance of the Law is no excuse".

Daar word selfs in Suid-Afrika 'n spesiale dag naamlik 21 Maart gedenk om Menseregte Dag te vier om die publiek meer bewus te maak van hul regte. Daar vind ook 'n Geestesgesondheidsbewusmakingweek in Oktobermaand plaas.

In die lig van bogenoemde het die navorser die volgende vraag gestel: "Wat is die rol en funksies van die forensiese, psigiatriese verpleegkundige in 'n forensiese eenheid"?

1.3 NAVORSINGSDOELWITTE

Die doelwitte van die studie is om:

- 'n literatuurstudie op nasionale en internasionale vlak te doen om die situasie op nasionale en internasionale vlak te verken;
- wetgewing wat toepaslik is vir die forensies-psigiatriese verpleegpraktyk te identifiseer en te beskryf;
- die pasiënt/kliënt se persepsies van die forensiese psigiatriese sisteem te bepaal;
- ander rolspelers se menings en persepsies te bekom en te bepaal;
- die stelsel van rekordhouding en administratiewe funksionering te ondersoek;
- die rol en funksies van die forensiese psigiatriese verpleegkundige te verken en op 'n georganiseerde wyse te beskryf;
- die multidissiplinêre span in 'n forensiese psigiatriese eenheid te identifiseer en oorvleueling in hul rolle te verken;
- toepaslike verpleegaktiwiteite gerig op die lewering van kwaliteit verpleegsorg te ondersoek en riglyne daar te stel, en
- aanbevelings te maak.

1.4 OPERASIONELE BESKRYWINGS

Die volgende terme word in die studie gebruik en word dus omskryf, naamlik:

□ Aanspreeklikheid.

Die wetlike en morele verpligting om verantwoording te doen of om rekenskap te gee of tot verantwoording geroep te word vir dit waarvoor verantwoordelikheid aanvaar is.

□ "Custodial Care".

Die woord "custodial care" word in die Oxford Dictionary as "safe keeping, protection en guardianship" aangegee. Die verklarende tweetalige woordeboek (Bosman) praat van "custody", maar nêrens van "custodial" nie. Na verskeie navrae gerig is, is die naaste bypassende woord "inkerkering" (in 'n tronk sit) geïdentifiseer. Vir die doel van die studie word die meer bekende Engelse woord gebruik.

□ Forensiese kliënte/pasiënte.

Forensiese kliënte/pasiënte is kriminele oortreders, wat tekens van 'n psigiatrisie siekte of emosionele probleme toon. Die kliënte/pasiënte mag in 'n psigiatrisie hospitaal onder die jurisdiksie van beide die regstelsel en die geestesgesondheidsisteme toegelaat word.

□ Forensiese psigiatrie verwys primêr na die hantering van geestesiek oortreders, maar ander aspekte van kontak tussen die psigiatries/geestesgesondheid sisteem en die regstelsel word ook ingesluit.

□ Forensiese psigiatrisie maksimum sekuriteitseenheid.

Dit is 'n deel van 'n psigiatrisie hospitaal, wat kliënte/pasiënte huisves wat in so 'n mate geestesversteurd is as gevolg van 'n geestesiekte of 'n gedragspatroon, dat hulle 'n gevaar is vir die samelewing, ander persone of hulself. Dit is 'n geslote area met 'n streng sekuriteitsbewustheid.

□ Forensiese Psigiatriese Verpleegkunde.

Forensiese psigiatrie kan gedefinieer word as die interaksie tussen psigiatrie en die Wet. Die term Forensies impliseer net kriminele aspekte. Forensies kom van die Latynse woord "Forum" wat hof beteken. Die Afrikaanse woordeboek (Kritzinger) beskryf die woord forensies, wat op die gereg betrekking het as geregtelik of juridies.

□ Die Forensiese Verpleegkundige

'n Forensiese psigiatriese verpleegkundige word spesifiek opgelei om met forensiese psigiatriese kliënte/pasiënte te werk. Sommige van hulle het opleiding as 'n algemene verpleegkundige terwyl die meeste van hulle ook in spesiale terapeutiese tegnieke soos gesins- en groepsterapie, die behandeling van kinders, die behandeling van senior burgers en die hantering en versorging van forensies psigiatriese kliënte/pasiënte geskool is.

□ Geestesongesteldheid.

'n Geestesongesteldheid verwys na 'n geestesverstoring, gebrek, geestessiekte, gestremde- of onvoltooide geestesontwikkeling. 'n Geestessiekte is 'n versteuring van die geestestoestand wat normale gedrag mag beïnvloed en die persoon se daaglikse funksionering mag bemoeilik. Dit sluit allerlei emosionele toestande in en mag persone van enige ouderdom of enige gesin tref.

□ Misdaad is 'n handeling wat in stryd is met die gedragsnorme van 'n gemeenskap en word deur die gemeenskap afgekeur. Gevolglik word dit beskou as 'n sosiaal-patologiese verskynsel en is dit op verskeie wyses in die spesifieke gemeenskap strafbaar.

Misdaad is dus enige gedrag waar 'n kriminele wet oortree word. Die strafbaarheid van die oortreding verskil tussen lande.

□ Die Multidissiplinêre Span.

Die Multidissiplinêre span in Psigiatry bestaan gewoonlik uit 'n kerngroep van verteenwoordigers van die gesondheidsberoep. Die spanbenadering bevorder waarneming van die pasiënt uit verskillende oogpunte en is dus 'n meer realistiese beraming van die pasiënt. Die spanlede verstaan mekaar se rolle en funksies en stimuleer mekaar deur deeglike spanbesprekings. Daar moet net soms versigtig gewaak word teen oorvleueling van die rolle en funksies van die forensies multidissiplinêre spanlede.

□ Observasie.

Elke kliënt/pasiënt en sy/haar individuele behoeftes is verskillend van mekaar. Daar is geen vaste reëls vir observasie nie en elke pasiënt moet individueel hanteer word.

Die term "observasie" inkorporeer die sien van, hoor van en interaksie met die individu. Die woord observasie is sinoniem met waarneming, maar observasie in forensiese psigiatry het 'n besondere betekenis, naamlik observasie volgens die Strafproses Wet.

□ Die Wet omskryf ontoerekenbaarheid soos volg: "Iemand wat 'n handeling verrig wat 'n misdryf uitmaak en wat ten tye van so 'n verrigting aan 'n geestesongesteldheid of geestesgebrek ly wat tot gevolg het dat hy/sy nie oor die vermoë beskik om:

- die ongeoorlooftheid van haar/sy handeling te besef nie, of om

- ooreenkomstig 'n besef van die ongeoorlooftheid van haar/sy handeling op te tree nie, is nie vir so 'n handeling strafregtelik toerekenbaar nie "(Artikel 78).

- **Prosedures.**
Prosedures is reëls en voorskrifte wat gevolg moet word in die uitvoering van verpleegaktiwiteite. Dit vorm dus 'n standaard waarteen kontrole uitgeoefen kan word.

- **Psigiatrie** is 'n afdeling van die mediese wetenskap wat gewy is aan 'n studie van die ontstaan, diagnose, voorkoming en behandeling van emosionele en geestesiektes.

- **Psigiatriese verpleegkunde** is 'n toegepaste wetenskap. 'n Wetenskap is 'n spesiale veld van kennis wat op spesifieke maniere trag om algemene wetmatighede te formuleer deur 'n aantal spesifieke feite met mekaar in verband te bring (Williamson, 1977).

- **Psigiatriese verpleging.**
Volgens Roscher (1980, referaat gelewer te Weskoppies Hospitaal) is psigiatriese verpleegkunde 'n integrale deel van verpleegkunde, maar ook 'n area van kliniese spesialisasie. Dit is 'n vaardigheid wat mense help met hul probleme in hul leefwyse wat hul funksionering en gesondheid beïnvloed.

Die kern van die meeste van die definisies van psigiatriese verpleegkunde is dat dit 'n gespesialiseerde area van verpleegpraktyk is wat gebaseer is op 'n wetenskaplike basis en die doelgerigte gebruik van die verpleegkundige as persoon. Die uitvoering van psigiatriese verpleegkunde is gerig op voorkomende- sowel as herstellende aspekte van geestesongesteldheid en die bevordering van

optimale geestesgesondheid van individue, families, gemeenskappe en die samelewing.

- Die terapeutiese milieu (omgewing).

Dit het te doen met die organisasie van die omgewing, die interaksie van kliënte/pasiëntesorg met die sosiale omgewing en die administratiewe aspekte wat verband hou met die vestiging van 'n veilige, rustige, aangename, doelgerigte omgewing met besondere klem op die uitskakeling van enige mediese-geregtelike risikos. Dit is 'n omgewing waarin die sosiale-, fisiese- en psigologiese omgewing so verander word dat dit deel vorm van die behandeling van die pasiënt/kliënt.

- Toerekeningsvatbaar.

Die oortreder beskik oor die nodige geestesvermoëns om tussen reg en verkeerd te kan onderskei en ooreenkomstig hierdie insig te kan optree.

- Verpleging is 'n interpersoonlike proses waardeur die professionele verpleegpraktisyn 'n individu, familie of gemeenskap help om die belewenis van siekte en lyding te voorkom of te hanteer en indien nodig, betekenis daarin te vind (Travelbee, 1971).

- Verpleegaktiwiteite.

Verpleegaktiwiteite verwys na verpleging in 'n forensiese psigiatriese eenheid. Vir die doel van die navorsing sal daar ook verwys word na standarde, kriteria, riglyne en of protokolle.

1.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die navorsingsmetodologie is die wetenskap van die metodes en studiebenadering wat gebruik gaan word (de Vos, 1998).

1.5.1 Die benadering en ontwerp.

'n Nie-eksperimentele beskrywende studie is gedoen asook eie ondervinding en ander se ervaringe van die gespesialiseerde eenhede is gebruik.

1.5.2 Populasie en Steekproefneming.

'n Doelgerigte gerieflikheidssteekproefnemingsprosedure is uitgevoer. 'n Geselekteerde eenheid wat vanuit die bereikbare populasie onttrek is, is gebruik.

Die populasie het bestaan uit:

- Twee forensiese psigiatrisse eenhede in die Wes-Kaap
- Twee gevangenis hospitale in die Wes-Kaap
- Forensiese psigiaters in die Wes-Kaap
- Streekhoe en die S.A.P. in die Wes-Kaap
- Kliënte en psigiatrisse verpleegkundiges

Binne die inrigtings is van 'n nie-waarskynlikheidsseleksie gebruik gemaak.

1.5.3 Data insameling

Die data insameling is oor 'n tydperk van vier (4) jaar gedoen. Die navorser was die enigste veldwerker om die data in te samel.

'n Vraelys, onderhoude en kontrolelyste is gebruik om die verpleegaktiwiteite van forensiese psigiatrisse verpleegkunde in geselekteerde eenhede te beskryf en

voorstelle ter verbetering van die dienste voor te stel. Die persepsies van die kliënte/pasiënte en ander rolspelers is ook verkry.

Die vraelys is aan forensiese psigiatrisse kundiges, psigiatrisse verpleegkundiges, psigiaters, die korrektiewe dienste, S.A. Polisie en howe betrokke by forensiese dienste, gegee word om te voltooi. 'n Statistiese verwerking van die resultate is gedoen.

1.5.4 Data-analise

Data is deur eenvoudige statistiese metodes ontleed.

1.6 ETIESE OORWEGINGS

Die respondente is verseker van totale anonimiteit en algehele konfidensialiteit. Die respondente is verseker dat deelname vrywillig is. Nêrens in die studie sal hul name of hul hospitaal se naam bekend gemaak word nie.

Ingeligte toestemming is vanaf die geselekteerde hospitaal verkry. (Bylae A.3).

Navrae is ook op Nasionale vlak gedoen (Bylae A.4)

1.7 KONSEPTUELE NAVORSINGSRAAMWERK

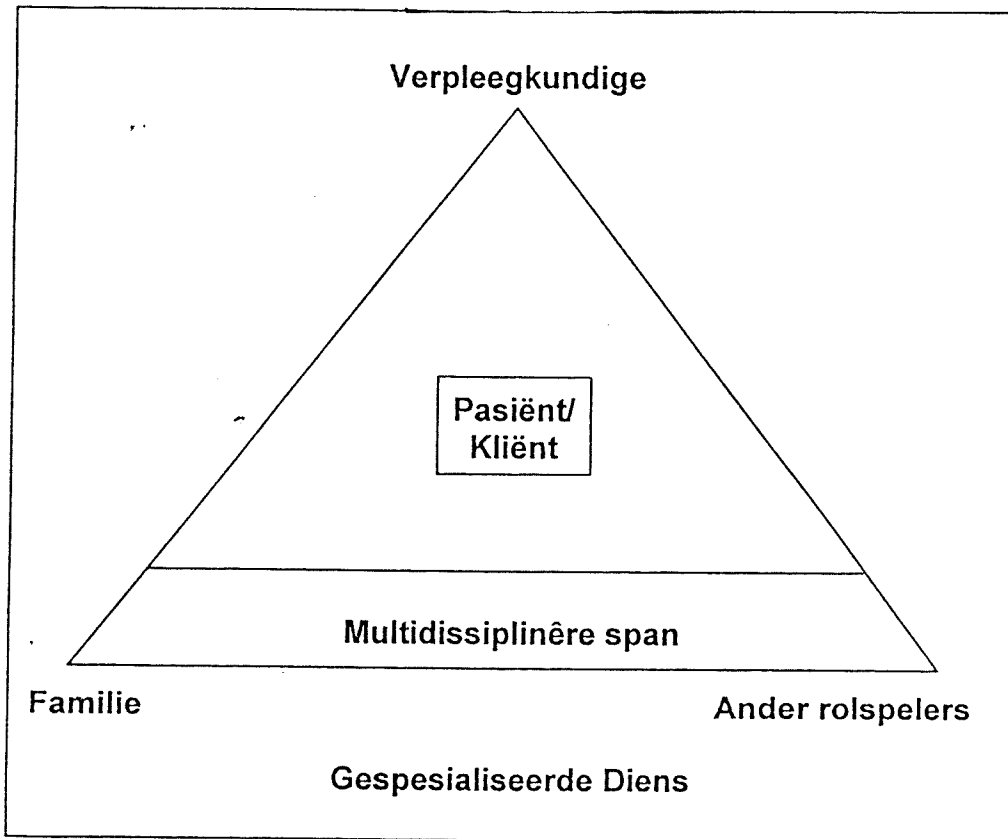
Forensiese Psigiatrisse Diens moet as 'n gespesialiseerde diens in die Verpleegpraktyk geag word soos in Figuur 1 voorgestel. Die pasiënt/kliënt is die kern van alle interaksies en moet as sulks hanteer word.

Die multi-dissiplinêre span is die driehoek wat alle aktiwiteite beheer en verteenwoordig alle beroepe in die gesondheidsprofessie. Die forensiese, psigiatrisse verpleegkundige word as die belangrikste persoon in die driehoek beskou omdat hy/sy die skakel tussen al die beroepe is. Die verpleegkundige is ook die persoon wie 24 uur kontak met die pasiënt het. Hy/sy is ook die persoon

wat by alle intervensies en interaksies betrokke is soos met kliënte/pasiënte, familie, en ander persone en instansies.

Figuur 1

Forensiese Psigiatriese Diens



1.8

OPSOMMING

Die toekoms van die forensiese psigiatriese dienste in Suid-Afrika word deur verskeie veranderinge in die politieke arena gedikteer (Harrisoen, 1994). Die veranderinge binne die gesondheidsdienste noop verpleegdiensbestuurders om indringend na metodes om hul rol selfstandig te vervul, te kyk.

Beperkte inligting en geen literatuur in Afrikaans op nasionale vlak is beskikbaar ten opsigte van verpleegaktiwiteite vir die forensiese psigiatriese dienste nie. In hierdie

hoofstuk is 'n kort oorsig gegee van die agtergrond tot die studie en 'n uiteensetting van die doelwitte en die navorsingsmetodologie.

Die navorser beskou dit as uiters noodsaaklik dat juis op hierdie tydstip die forensies psigiatriese dienste, in oënskou geneem moet word.

1.9

HOOFSTUKINDELING

Hoofstuk 1. Behels 'n algemene agtergrond tot die fokus van die navorsing met die operasionele beskrywings tot die studie.

Hoofstuk 2. 'n Literatuurstudie met 'n historiese agtergrond en ontwikkeling van forensiese psigiatriese dienste.

Hoofstuk 3. Die rol van die forensiese psigiatriese verpleegkundige onder die Strafproses Wet, No 51 van 1977.

Hoofstuk 4. 'n Oorsig ten opsigte van die Navorsingsmetodologie en instrumente.

Hoofstuk 5. Data-analise.

Hoofstuk 6. 'n Uiteensetting van die gevolgtrekkings wat bereik is en die aanbevelings voortspruitend uit hierdie navorsing word bespreek.

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

'n Deeglike literatuurstudie is onontbeerlik vir alle navorsing. Daardeur kom die navorser op hoogte met dit wat reeds gedoen is en wat tans gedoen word. Hy/Sy vergewis hom/haar van die nuutste denkrigtings oor 'n bepaalde onderwerp. **Sodoende kan hy/sy idees vir sy/haar eie navorsingsontwerp verkry.**

Die doel van die literatuurstudie was om:

- Die betekenisvolle en relevante feite ten opsigte van forensiese verpleging raak te sien en uit te sonder;
- 'n Kritieke ingesteldheid teenoor navorsing, maar ook veral teenoor sy eie navorsing te ontwikkel;
- Moontlike probleme wat die navorser kan teëkom, te identifiseer en oplossings daarvoor te soek; en
- Die grense van die navorsingsterrein beter te definieer (Uys et al, 1983).

Die doelstelling van hierdie projek is om verpleegaktiwiteite vir die forensiese psigiatriese verpleegkundige in Suid-Afrika te ontwikkel en kwaliteitsorg te verbeter. Met behulp van 'n literatuurstudie word 'n sistematiese oorsig gedoen en ondersoek ingestel na internasionale- en plaaslike literatuur wat 'n moontlike invloed op die ontwikkeling van hierdie aktiwiteite mag hê.

Toepaslike plaaslike literatuur kon nie opgespoor word nie. Baie min nasionale literatuur is ook gevind, waarskynlik omdat dit 'n nuwe terrein in Suid-Afrika is.

2.2 **Historiese Oorsig en benadering tot Geestesgesondheid en die Regstelsel:**

Dit is wenslik om veral te let op die historiese benadering tot Geestesongesteldheid en die regstelsel.

2.2.1 Inleiding.

Volgens antieke wetgewing is alle persone verantwoordelik gehou vir al hul dae, feitlik sonder enige uitsondering.

In die Romeinse Wetgewing was dit erken dat kinders en die kranksinnige ("furiosus") nie verantwoordelik gehou kon word vir moord nie. Dit was ook aanvaar in die Romeinse-Hollandse reg, die "Constitutio Criminalis Carolina" van 1532, dat "verstandigheid" 'n voorvereiste vir straf is (Kruger, 1980).

Die Sisteem in die Engelse Wet van "The Kings Pardon" waar 'n kranksinnige persoon wie skuldig bevind word aan moord, voor die monargie gebring kon word om verskoning aan te bied, was effektief tot die tyd van Koningin Victoria. (Kruger, 1980)

In 1843 was Danile M'Naghten verhoor in Engeland omdat hy/sy Drummond geskiet het, onder die voorwendsel dat hy/sy onder die waan verkeer het dat Drummond die premier is. Drummond was die sekretaris van die Premier Sir Robert Peel. Daar was bevind dat M'Naghten aan vervolgingswaan gelei het. Die kriteria wat vasgestel is gedurende die saak, wat as die M'Naghten reël bekend geword het, het soos volg gelees:

"Om 'n verdediging te bewys op grond van kranksinnigheid tydens die tyd van die oortreding, die beskuldigde onder so 'n dwaling verkeer het, soos 'n gebrek aan insig, van 'n siekte van die verstand, om nie die omvang en ernstigheid van sy daad of indien hy/sy nie geweet het wat hy/sy doen, verkeerd is nie." (Kruger, 1980).

Die eerste kennismaking van geestesongesteldheid en die kriminele reg in Suid-Afrika was tydens 'n spesiale uitspraak in 1891. Die persoon was skuldig bevind soos aangekla, maar het homself as kranksinning verklaar tydens misdadpleging. Die hof het aanhouding in enige geskikte plek aanbeveel. In 1953, in 'n saak teen Koortz, is die ekwivalent van die M'Naghten reël geformuleer vir Suid-Afrika. Dit het gelees: “'n Persoon is nie strafbaar vir sy gedrag wat in gewone omstandighede as krimineel beskou kon word, as hy/sy tydens die tyd geestesongesteld was nie”. Verder meld (Kruger, 1980), dat hy/sy nie strafbaar was nie, aangesien:

- hy/sy verhoed was om te weet die oorsaak en omstandighede van sy gedrag was verkeerd; en
- dit die oorsaak was van 'n onweerstaanbare impuls wat hom/haar verhoed het om sulke gedrag te beheer (Kruger, 1980).

In 1967 na die sluipmoord op die Eerste Minister, HF Verwoerd in die parlement deur 'n geestesongestelde persoon, het die Rumpff kommissie van ondersoek tot Kriminele Verantwoordelikheid van die Geestesongestelde persone en verwante sake 'n aanbeveling gedoen vir 'n nuwe voorskrif wat geïnkorporeer is in die Strafproses Wet 1977, Artikel 78 en wat lees: “Iemand wat 'n handeling verrig wat 'n misdryf uitmaak en wat ten tyde van so 'n verrigting aan 'n geestesongesteldheid of geestesgebrek ly wat tot gevolg het dat hy/sy nie oor die vermoë beskik”;

- om die ongeoorlooftheid van sy handeling te besef nie, of
- om ooreenkomstig 'n besef van die ongeoorlooftheid van sy handeling op te tree nie, is nie vir so 'n handeling strafregtelik toerekensvatbaar nie” .

(Kruger, 1980).

2.2.2 Die Historiese ontwikkeling van Psigiatriese Verpleegkunde in Suid-Afrika.

Wanneer die ontwikkeling van psigiatriese verpleegkunde in die Republiek van Suid-Afrika in oënskoue geneem word, is die volgende faktore belangrik, naamlik:

- Wetgewing ten opsigte van die versorging van die geestesongestelde en ten opsigte van die verpleegkundige beroep;
- Formele opleiding van die psigiatriese verpleegkundige; en
- Die sosiale klimaat en ontwikkeling in psigiatrie en psigiatriese verpleegsorg.

Hierdie faktore is ineengevleg met mekaar en kan in werklikheid nie as losstaande van mekaar gesien word nie.

2.2.2.1 Ontwikkeling van die Psigiatriese verpleegkunde voor die negentiende eeu. Die ontwikkeling word verdeel in:

- Wetgewing ten opsigte van die geestesongestelde.
- Die algemene Wet in Suid-Afrika is gebaseer op die Romeins-Nederlandse regstelsel. Die basis van hierdie wet berus op die heiligheid van liggaam, besittings, naam en regte van elke individu. (Searle, 1965).
- Beleid ten opsigte van versorging van die geestesongestelde.

'n Beleid van tuisversorging is toegelaat deur die Nederlands Oos-Indiese Kompanje. Die Britte het bygedra om toestande vir die meer welgestelde geestesversteurdes te verlig. Dit was die behoefte wat blootgestel is aan swak fasiliteite (Searle, 1965).

Die geestesongestelde is goed behandel of nie doelbewus mishandel nie. Koloniste wat aan geestesongesteldheid gelyk het, is deur hulle familie versorg. 'n Buitekamer is ingerig om hulle te huisves. Geestesongesteldes wat nie-gewelddadig was nie, is

toegelaat om vrylik rond te beweeg. Wanneer hulle gewelddadig opgetree het en of 'n bedreiging vir hulself en andere ingehou het, moes hulle geïsoleer word.

Behoeftige geestesongesteldes wat gewelddadig geword het, is in die selle by die slawekwartiere toegesluit.

As 'n werker by die Kompanje geestesongesteld geword het, is hy/sy vry huisvesting in die Kompanje se hospitaal gebied. Die geestesongestelde is toegelaat om vrylik rond te beweeg as hy/sy nie gevaarlik was nie. As hy/sy gewelddadig geword het en 'n bedreiging vir ander of homself/haarself ingehou het, is hy/sy in 'n vensterlose kamer in die hospitaal geïsoleer. Sy behandeling alhier is behartig deur die barbier-chirurge wat van praktyke soos bloedlating en dwangbeheer gebruik gemaak het. (Searle, 1965).

2.2.2.2 Ontwikkeling van Psigiatryse Verpleegkunde gedurende die Negentiende eeu.

Hierdie tydperk word gekenmerk deur 'n geweldige toename in die oprigting van inrigtings vir die geestesongesteldes regoor die wêreld.

Ook in Suid-Afrika was die eerste psigiatryse hospitale in hierdie tydperk geopen. Die gevangenis op Robbeneiland was omskep in 'n inrigting vir melaatsheid, asook vir die kroniese siekes en psigiatryse kliënte/pasiënte in 1846. Die "custodial care" versorging wat daar gegee was, was klaarblyklik van 'n hoë standaard, want in die 1891 verslag van die inwonende mediese offisier maak hy/sy melding van die opleiding van verpleegsters en assistente. (Uys, 1997).

Psigiatryse inrigtings is in hierdie tydperk opgerig regoor die land en wetgewing vir die behandeling van psigiatryse pasiënt is in die tyd opgestel en goedgekeur. Die oprigting van psigiatryse hospitale in Suid-Afrika word uiteengesit in tabel 2.1. Dit

gee 'n goeie weergawe van psigiatrisie hospitale oor die afgelope 140 jaar. Die eerste hospitaal te Robbeneiland is in 1846 oopgestel.

Baie van die inrigtings is in ou militêre barrakke wat leeg gestaan het, gehuisves.

Sommige van die inrigtings is vandag nog in gebruik en oor die 100 jaar oud met verouderde toerusting en fasiliteite.

Vroeër jare was die spreektaal in Psigiatrisie hospitale meestal "Engels" en so het die "custody" behoue gebly en as 'n soort streekstaal verander na "Custodial Care". Dit verwys net na die daaglikse roetine versorging van die kliënte/pasiënte, toe daar nog geen psigotropiese berustingsmiddels beskikbaar was en ook geen terapeutiese programme daargestel was nie. Die benaming "Custodial Care" was nog tot die jare 1980's - 1990's in omloop en gebruik. Die woord verwys na die basiese versorging soos eet, slaap en bad van die kliënte/pasiënte. Verder is daar geen geskikte Afrikaanse woord gevind nie.

2.2.2.3 Wetgewing betrokke by die versorging van geestesongesteldes gedurende die negentiende eeu. Die volgende wetgewing het betrekking gehad en is nie meer vandag beskikbaar vir bespreking nie.

Kaap-Kolonie: Kranksinnige Ordinansie, 1833, Nr 104 en 105

Wet Nr 20 van 1879

"Lunacy Act" 1891

Wet op Geestesgebreken No 38 van 1916 soos gewysig by Wet

Nr 7 van 1944

Natal Kolonie:Wet Nr 1 van 1868

Wet Nr 8 van 1891

Wet Nr 25 van 1891

Zuid-Afrikaansche Republiek:

Ordinansie Nr 9 van 1864

Wet Nr 9 van 1894

Republiek van die Oranje-Vrystaat:

Wet Nr 4 van 1893

'n Mate van opleiding van verpleegpersoneel is deur die Mediese Superintendent en senior verpleegpersoneel waargeneem. Die "Medico-Psychological Association of Britain" het in 1885 'n "Handbook for Attendants" gepubliseer wat in die hele Britse Ryk gebruik is. In 1895 het Amelia Fraser en Robert Walters van Grahamstad die eerste sertifikaat vir voltooiing van opleiding in sielsieke verpleging in die Kaap ontvang. Afdeling 30 van Wet 34 van 1891 het voorsiening gemaak vir die registrasie van opgeleide verpleegsters en dus ook vir verpleegsters van sielsiekes (Searle, 1965).

Tabel 2.1

Die Oprigting van psigiatriese hospitale in Suid-Afrika

Die Jaar	Naam van die Inrigting	Plek of Stad
1846	Inrigting te Robbeneiland	Robbeneiland (Wes-Kaap)
1862	Somerset Hospitaal	Kaapstad
1875	Grahamstad Kranksinnige Gestig (Later Fort England)	Grahamstad (Ou militêre barrakse)
1875	Pietermaritzburg Kranksinnige Gestig (Later Town Hill)	Pietermaritzburg
1883	Bloemfontein Zielzieke Hospitaal (Later Oranje Hospitaal)	Bloemfontein
1889	Port Alfred Kranksinnige Gestig (Later Kowie Hospitaal)	Port Alfred (Ou militêre barrakse)
1891	Valkenberg Kranksinnige Gestig (Later Valkenberg Hospitaal)	Observatory, Kaapstad
1892	Pretoria Krankzinnegengesticht (Later Weskoppies Hospitaal.)	Pretoria
1894	Fort Beaufort Kranksinnige Gestig	Fort Beaufort
1922	Queenstown Sielsieke Hospitaal (Later Komanin)	Queenstown
1927	Fort Napier Hospitaal	Pietermaritzburg
1943	Sterkfontein Hospitaal	Krugersdorp
1946	Tara - Die H Moross Sentrum	Randburg (Ou militêre geboue)
1962	Stikland Hospitaal	Bellville
1966	Bophelong Hospitaal	Mafikeng
1972	Thambamopo Hospitaal	Pietersburg
1980	Umsimkulu Hospitaal	Umzimkulu
1986	Lentegeur Hospitaal	Mitchell's Plein

(Uys & Middleton, 1997)

Dr James Barry het veral 'n bydrae gelewer tot die verbetering van die versorging van geestesongesteldes deur die volgende:

- die regulering van mediese praktyke;
 - die beheer van misbruike in die verkope van gewoontevormende medikasies;
 - en die aandrang op orde, metodes en higiëne in staatsbeheerde inrigtings.
- Barry het gepoog om 'n mate van orde in die swak administrasie en verwaarlosing van geestesongesteldes te bring deur alle onbevoegde oppassers te ontslaan (Searle, 1965).

Voor die oprigting van gestigte vir kranksinniges is ernstige geestesongesteldes in plaaslike gevangnisse toegesluit. Hierdie geestesongesteldes is onder baie onbevredigende omstandighede saam met kriminele misdadigers gehuisves. Die tronkbewaarder het 'n gevangene aangestel om hom/haar te help met die versorging van geestesongesteldes (hier kan ons van die aanname uitgaan dat dit waarskynlik die begin was van die Forensiese psigiatriese verpleegdienste in Suid-Afrika).

In die inrigtings is meganiese dwangbeheer nooit gebruik voordat afsondering nie eers probeer is nie. Kliënte/pasiënte het oefening, krieket, voetbal, swem, dans en konserte saam met die oppassers en ander lede van die personeel geniet.

Arbeidsterapie in die vorm van boerdery en tuinmaak is voorsien. Vroue kliënte/pasiënte is gebruik om huishoudelike take te verrig wat neergekom het op die uitbuiting van hierdie kliënte/pasiënte as goedkoop arbeid.

Daar was van die verpleegpersoneel vereis om die wet met betrekking tot versorging van geestesongesteldes tot die letter na te kom. Die pligte van die

oppassers en verpleegsters is in besonderhede uitgespel in die regulasies van die "Beheer van Kranksinnige Gestigte". Dit het die instelling van 'n rigiede dienshiërargie in psigiatriese hospitale tot gevolg gehad (Searle, 1965).

2.2.2.4 Ontwikkeling van Psigiatriese Verpleegkunde gedurende die twintigste eeu.

Gedurende die eerste helfte van die twintigste eeu, is 'n inrigting vir die versorging van swaksinnige kinders by Grahamstad in 1894 opgerig en in 1921 die Alexandra-inrigting in Maitland.

Ander psigiatriese inrigtings wat tot stand gekom het, is soos volg:

- Komani Hospitaal, Queenstown, 1922
- Witrand-inrigting, Potchefstroom, 1923
- Fort Napier Hospitaal, Pietermaritzburg, 1927
- Sterkfontein Hospitaal, Krugersdorp, 1943
- Westlake-inrigting, Kaapstad, 1962

(Poggenpoel, 1984)

Van hierdie inrigtings word Komani hospitaal en Sterkfontein hospitaal nog steeds gebruik as Psigiatriese forensiese eenhede.

Met die opening van die moderne psigiatriese "Lentegeur Hospitaal" in Mitchell's Plain, te Kaapstad in 1986 is die Westlake inrigting gesluit.

Dit is belangrik om daarop te let dat met die verloop van die eeu, die term "inrigting" verander is na "hospitaal", met die oomame deur die provinsiale administrasies van psigiatriese inrigtings, wat die status van die psigiatriese hospitale verbeter het.

Die eerste forensiese psigiatriese eenheid is begin in ± 1965 te Valkenberg Hospitaal deur dr F. D. Pascoe. In daardie tyd, kon enige geneesheer met psigiatriese ondervinding getuienis gaan lewer oor 'n kliënt se geestestoestand. Daar was gewerk volgens die "Wet op Geestesgebreken No. 38 van 1916" soos gewysig deur "Wet No. 7 van 1944".

'n Groot beslissende verandering het ingetree met die instelling van die "Wet op Geestesgesondheid in 1973 (Wet Nr. 18 van 1973).

Psigiaters moes geregistreer wees by die Mediese Raad en op 'n register geplaas word. Voor hierdie tydperk was daar baie konfrontasie met die regstelsel. Staatspsigiaters moes alleen getuienis lewer ten opsigte die geestestoestand van die kliënt.

Daarna is die "Panel system" ingestel waar 'n private psigiater aangestel is om ook getuienis te lewer. Hierdie "Panel" (paneel) sisteem het 'n verskillende benadering as die konsultasie benadering gehad, en 'n verandering is tot die regstelsel aangebring.

Valkenberg se maksimum sekuriteitseenheid is een van twee beskikbaar in die land. Dit is spesifiek gelisensieer volgens die Wet op Geestesgesondheid. Die ander een is by die Weskoppies Hospitaal in Pretoria.

(Dr F D Pascoe, 2001)

2.2.2.5 Wetgewing betrokke by Psigiatriese Verpleegkunde gedurende die twintigste eeu.

Die volgende wetgewing was toepaslik:

- 1904: Wetgewing vir die registrasie en beheer van geneesheer, tandartse, aptekers en verpleegkundiges;

- 1914: Wet Nr 14, "Die Wetten op Krankzinnigheid en Melaatsheid Wyzigings" vervang deur Wet 18 van 1916 "Die Wet op Geestesgebreken";
- 1928: Wet Nr 13, Mediese, Tandartse en Aptekerswet. Verpleegkundiges het hier verteenwoordiging op die Mediese Raad gehad, en
- 1944: Wet Nr 45, Wet op Verpleging.

Die Wetgewing vir bevordering van geestesgesondheid in die twintigste eeu, sluit in:

- Wet op Verpleging 1957 (Nr 69 van 1957) soos gewysig
- Wet op Verpleging, 1978 (Nr 50 van 1978)
- Wet op Geestesgesondheid, 1973 (Wet Nr 18 van 1973)
- Wet op Gesondheid, 1977 (Nr 63 van 1977)

2.2.2.6 Psigiatriese dienste gedurende die afgelope 60 jaar.

Psigiatriese hospitale was in ontoepaslike geboue soos ou forte en almal geografies geïsoleer. Dit het bygedra tot die isolasie van psigiatriese dienste van die hoofstroom van die gesondheidsdienste. Die persepsie bestaan dat psigiatriese dienste altyd deur Departement van Gesondheid benadeel was en nie die nodige ondersteuning gekry het nie.

Gedurende 1944 is die psigiatriese hospitale onder die beheer van die Departement van Gesondheid geplaas. Vervolgens word spesifieke aspekte gedurende hierdie tydperk bespreek.

1954 - 1963

Met die ingebruikneming van psigofarmakoterapie en die aanmoedigende verslae van oorsee dat minder beddens benodig mag word, asook die vooruitgang van verpleegmannekrag, is verskeie ondersoeke ingestel om probleemareas en behoeftes te identifiseer vir bestaande groot psigiatriese hospitale.

1964 - 1973

Gedurende hierdie tydperk is 'n groot mate van navorsing onderneem in 'n poging om 'n nuwe beleid te bepaal en uiteen te sit. Aanbevelings van verskeie kommissies van ondersoek het die volgende tot gevolg gehad:

- Die huur van meer beddens by private maatskappye vir gebruik van psigiatriese kliënte/pasiënte; en
- Twee swart psigiatriese hospitale is opgerig;
- en die promulgasie van die Geestesgesondheid Wet in Maart 1975 wat die meganisme geskep het vir nuwe beleid in psigiatriese dienste.

(Röscher, 1978)

1974 - 2000

Prioriteite vir voorsiening van psigiatriese dienste is gestel en daar is besluit dat korttermyn psigiatriese eenhede by psigiatriese hospitale ingestel moet word. Voorsiening vir nuwe huisvesting vir langtermynsorg en ontwikkeling van halfweg-huise moes gemaak word en gemeenskapsdienslewering moes bevorder word.

Die tweede belangrikste gebeurtenis was die dramatiese vooruitgang op die gebied van psigofarmakologie. Oorbevolking in groot staats-psigiatriese hospitale geassosieer met chroniese personeelprobleme, was bewyse van die ontoereikendheid en oneffektiwiteit van die ou stelsel. Psigiatriese hospitale het geïnstitutionaliseerde kuratiewe dienste beteken.

Die keerpunt het in 1969 gekom toe die Departement van Gesondheid herorganiseer is met die doel om 'n omvattende gemeenskapsdiens te voorsien.

In 1976 is by die Valkenberg Hospitaal in Kaapstad die eerste groot forensiese maksimum sekuriteitseenheid gebou. Dit was inderdaad 'n deurbraak vir die forensiese psigiatriese dienste in Suid-Afrika.

Die era van die "Associated Psychiatric Hospitals" in die Wes-Kaap waar alle psigiatriese hospitale onder een sambreel bestuur word, het in 1999 begin. Tans word daar ook hard gewerk aan die sentralisering van die dienste. Die Forensiese Psigiatriese dienste sal byvoorbeeld almal by Lentegur Hospitaal gesentraliseer word.

2.3 HUIDIGE WETGEWING IN SUID-AFRIKA

Wetgewing word meer breedvoerig in Hoofstuk 5 as deel van die resultate beskryf.

Die aktiwiteite van 'n forensiese psigiatriese verpleegkundige is onderhewig aan die volgende wette en regulasies wat soos volg ingedeel kan word.

2.3.1 Algemene Landswette.

- Die nuwe Grondwet van Suid-Afrika Wet No 108 van 1996.
- Die Suid-Afrikaanse Handves van Menseregte
- Wet op Arbeidsverhoudinge No 66 van 1995
- Staatsdienswet 1994 (soos gewysig)
- Staatsdiensregulasies 1999.

2.3.2 Mediese- en Gesondheidswetgewing vir Beroepskundiges en praktisyns (Personeel).

- Die Wet op Verpleging No 50 van 1978, soos gewysig met regulasies.
- Wysigingswet op Verpleging No 21 van 1992
- Wysigingswet op Verpleging No 145 van 1993

- Die Wet op Basiese Diensvoorwaardes No 3 van 1983
- Wet op Basiese Diensvoorwaardes 1998
- Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid No 85 van 1993

2.3.3 Kliënte (Gemeenskapsgesondheid).

- Die Wet op Gesondheid No 63 van 1977.
- The Proposed Patient's Charter for South Africa.

2.3.4 Geestesgesondheid.

- Die Wet op Geestesgesondheid No 18 van 1973 (soos gewysig).
- The Mental Health Care Bill 2000 (nog nie geproklameer nie).
- Die Strafproses Wet No 57 van 1977 (soos gewysig)
- Wysigingswet op Strafregtelike Aangeleenthede No 68 van 1998

2.3.5 Die Beheer van Medisyne en Verdowingsmiddele.

- Die Wet op Misbruik van Afhanklikheidsvormende Stowwe en Rehabilitasiesentrums No 41 van 1971.
- Die Wet op die beheer van Medisyne en Verwante Stowwe 101 van 1965 (soos gewysig).

"Regsgeleerders is die enigste mense by wie onkundigheid van die wet nie strafbaar is nie."

Jeremy Bentham

2.3.6 Relevante bepalings van die Wet op Geestesgesondheid, Wet 18 van 1973.

Die Wet dek alle gevalle van geestesongesteldheid en waar as gevolg van sulke ongesteldheid, 'n persoon behandeling benodig as 'n binne- of buitepatiënt.

Die bepalings van die Wet is van toepassing op almal en die prosedure is dieselfde vir persone van alle rasse en ouderdomme.

Die doelstellings van die Wet is om die individu wat aan 'n geestesongesteldheid ly, te beskerm teen mishandeling asook die publiek te beskerm teen enige gevaarlike handeling in sekere buitengewone omstandighede deur geestesongestelde persone (Strauss, 1988).

Wanneer kliënte/pasiënte hospitaalbehandeling nodig, is dit die bedoeling dat hulle as observasiekliënte of as kliënte/pasiënte met toestemming opgeneem en gehospitaliseer word. Laasgenoemde groep sou dié wees wie se geestesgebrek só erg is dat hulle nie handelingsbevoeg is nie of wat nie die bevoegdheid het om 'n besluit te neem oor behandeling, nie.

Kragtens die bepaling van Artikel 7 van die Wet word die superintendent van 'n ander inrigting as 'n gelisensieërde inrigting kan voorsiening maak vir die behandeling by so 'n inrigting of elders van iemand wat na die oordeel van die superintendent, waarskynlik by sodanige behandeling sal baat.

Die Wet maak voorsiening vir die opneming, aanhouding en behandeling van persone wat geestesongesteld in inrigtings is. (Kruger, 1980).

Inrigtings word omskryf as 'n staats-psigiatrisie hospitaal of 'n provinsiale hospitaal of afwaginrigting waar daar voorsiening gemaak is vir die aanhouding of behandeling van persone wat geestesongesteld is. Die term sluit in 'n plek deur die Minister aangewys as 'n plek vir die opneming en aanhouding van mense wat aan geestesongesteldheid ly en ten opsigte waarvan 'n lisensie ingevolge die Wet toegestaan is.

Volgens (artikel 2): "Niemand wat ly aan geestesongesteldheid mag uit hoofde daarvan by 'n plek aangehou word nie, tensy dit ooreenkomstig die bepalings van die Wet is" (Strauss, 1988).

2.3.7 Bepalings volgens die Grondwet van S.A. 1996

Die Handves van Menseregte

'n Handves van menseregte is 'n dokument waarin die grondliggende waardes en behoeftes van mense verskans of beskerm word teen inbreukmaking deur die owerheid (staat of regering).

Aan so 'n dokument word regsrag verleen deur dit byvoorbeeld deel van die grondwet van 'n land te maak. Enige beweerde oortreding daarvan kan dan by 'n konstitusionele hof aanhangig gemaak word, wat sal besluit of die beweerde oortreding 'n inbreuk op menseregte gemaak het. Indien wel, sal die staat deur die hof gedwing word om met sodanige inbreukmaking op te hou (Verschoor, 1996).

Die handves van regte is 'n hoeksteen van die demokrasie in Suid-Afrika. Dit verskans die regte van alle mense in ons land en bevestig die demokratiese waardes van menswaardigheid, gelykheid en vryheid (artikel 7(1) van die Grondwet.)

Die staat moet die reg in die Handves van Regte eerbiedig, beskerm, bevorder en verwesenlik (artikel 7(2)). Forensiese psigiatriese hospitale, as organe van die Staat is gebonde aan die Handves van Menseregte.

2.3.8 Bepalings van die Strafproses Wet No 51 van 1977

Dit is nodig om spesifiek die Strafproses Wet No 51 van 1977 te bespreek, omdat hierdie wet 'n noue verbintenis het met die Wet op Geestesgesondheid No 18 van 1973 in Forensiese Psigiatrisse Verpleegkunde. Die Forensiese Psigiatrisse Verpleegkundige moet haar derhalwe vertrou maak met die bepalings van hierdie wet, veral Hoofstuk 13 van hierdie Wet.

Die Strafproses Wet soos dit van toepassing is op die rol van die Forensiese Psigiatrisse Verpleegkundige onder die Strafproses Wet No 51 van 1977, sal later in Hoofstuk 3 meer breedvoerig bespreek word.

Die Strafproses Wet verwys spesifiek na die konsep van toerekenvatbaarheid. Die toerekenvatbaarheid van die beskuldigde mag ter enige tyd van die hofverrigtinge bevraagteken word deur die beskuldigde se verdediging, of die aanklaer, of die hof self. Toerekenvatbaarheid verwys na die vraag of die beskuldigde se geestestoestand hom/haar toelaat om die hofverrigtinge te verstaan om 'n behoorlike verdediging aan te voer (Strauss, 1988).

Indien die vraag opkom, mag die volgende gebeur:

- indien die hof geen twyfel oor die saak het nie, mag die saak teruggetrek word. Dit gebeur dikwels in geringe oortredings van die wet, of
- indien die hof in twyfel is oor die toerekenvatbaarheid van die beskuldigde, kan die beskuldigde na 'n psigiatrisse hospitaal verwys word vir observasie en evaluering vir 'n tydperk van 30 dae of soos dit die hof behaag, of
- die motivering kan deur die hof ontsê word indien die aantyging van onbevoegdheid om die hofverrigtinge by te woon, nie sterk genoeg gemotiveer is nie.

Die multidissiplinêre span of observeerders moet 'n psigiatriese diagnose maak en die volgende vrae kan beantwoord in hul psigiatriese evalueringsverslag aan die hof:

- Weet die aangeklaagde wat die klagtes of misdadaad behels?
- Weet die aangeklaagde wat dit beteken om in 'n kriminele hof verhoor te word?
- Kan die aangeklaagde die hofprosedures volg en verstaan?
- Kan die aangeklaagde verstaan dat die hof moet besluit op sy of haar skuld of onskuld rakende die spesifieke kriminele misdadaad?

2.3.9 Wetgewing vir die Verpleegkundige Praktyk

Die wetgewing vir die verpleegkundige kan skematies in 'n raamwerk voorgestel word (Figuur 2.1).

Hiervolgens staan die Wet op Verpleging en die praktykregulasies sentraal. Hierdie wet is die mandaat van die verpleegkundige praktyk. Die volgende groep wette wat die verpleegkundige praktyk raak, spruit voort uit die verpleegkundige se funksionering in gesondheidspanverband. Die praktyk van die verpleegkundige is multi-dimensioneel en die derde groep wette spreek juis hierdie multi-dimensionele aard van die verpleegkundige praktyk aan. As landsburger is die verpleegkundige ook onderhewig aan die Grondwet en die kriminele en siviele reg. Hier is die Strafproses Wet en die Wet op Geestesgesondheid die belangrikste rigtingwyser vir die Forensiese Psigiatriese Verpleegkundige.

Die Handves vir Menseregte wat in die grondwet vervat is, het groot implikasies vir die verpleegkundige praktyk. Die etiese raamwerk van die verpleegkundige praktyk word gerig deur die etiese kode van verpleging. Geen wetgewing of etiese kode kan egter morele gedrag afdwing nie. Die verpleegkundige moet oor die interne

deug beskik om haar verantwoordelikheid as onafhanklike professionele praktisyn sonder eksterne kontrole en toesig na te kom (Strauss, 1991).

Figuur 2.1

DIE WETLIKE RAAMWERK VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE PRAKTYK



Die volgende deklarasie (Bylae B.1) is in 1996 in Madrid, Spanje deur die "World Psychiatric Association" opgestel en aanvaar ter bevordering van die psigiatriese dienste regoor die wêreld. Hierdie verklaring word ook deur psigiatriese dienste in Suid-Afrika ondersteun. Die kernbeginsels sluit in:

- Psigiatrie as mediese dissipline;
- Die kliënt/pasiënt word aanvaar as vennoot in die terapeutiese prosesse;
- Familie betrokkenheid;
- Toestemming van die kliënt/pasiënt;
- Konfidensialiteit;
- Goedkeuring voordat navorsing onderneem word.

2.3.10 Voorskrifte en handleidings vir die psigiatriese verpleegkundige.

Saam met wetgewing is daar ook sekere voorskrifte en handleidings wat gevolg moet word.

Ten spyte van navorsing en noukeurige literatuur ondersoek kon die navorser slegs die volgende amptelike Afrikaanse geskrewe bronne vind.

Hierdie geskrewe bronne het as voorskrifte en instruksies gedien vir die bestuur van psigiatriese hospitale. Die eerste boekie was in 1937 gedruk. Die Departement van Binnelandse Sake - Unie van Suid-Afrika, het 'n handleiding uitgegee, naamlik Voorskrifte en Instruksies van die Minister van Binnelandse Sake vir die Bestuur van Sielsiekte-Hospitale gestig ingevolge die "Wet op Geestesgebreken", 1916.

Daarna het die Departement van Gesondheid van die Unie van Suid-Afrika in 1954 hul handleiding uitgegee - Reëls en Voorskrifte van die Minister van Gesondheid vir

die Bestuur van Hospitale vir Sielsiekes en Inrigtings vir Swaksinniges - onder die Wet op Geestesgebreken Nr. 38 van 1916 soos gewysig deur Wet Nr. 7 van 1944.

In 1984 het die Departement van Gesondheid en Welsyn 'n handleiding in die vorm van notas uitgereik: Gekodifiseerde Instruksies: Wet op Geestesgesondheid, 1973 (Wet 18 van 1973) vir die gebruik in die Departement van Justisie. Hierdie notas het ook gedien as goeie riglyne in die Forensiese Psigiatriese verpleegkunde.

Die enigste ander beskikbare handleiding wat die navorser kon raadpleeg, verskyn slegs in Engels en is deur "The Department of National Health and Population Development (1992) saamgestel. Hierdie handleiding getitel: "Guidelines on Forensic Psychiatric Services in Terms of the stipulations of the Mental Health Act, 1973 (Act 18 of 1973) and the Criminal Procedures Act, 1977 (Act 51 of 1977) maak voorsiening vir aspekte soos byvoorbeeld:

- Observasie gevalle (kliënte);
- Toelating van staatspasiënte;
- Hantering van staatspasiënte; en
- Lewering van psigiatriese dienste aan prisoniers.

2.4 PSIGIATRIESE HOSPITALE EN SPESIALE EENHEDE VIR FORENSIESE PSIGIATRIESE DIENSTE

Vervolgens word hospitale en eenhede vir forensiese psigiatriese dienste bespreek.

2.4.1 Die doelwitte van die Nasionale Departement vir Psigiatriese dienste is om:

- kwaliteit forensiese psigiatriese sorg aan kliënt en hulle gesinne te verskaf in hospitale, gevangenis-hospitale asook in die gemeenskap op 'n adviserende, bevorderende en rehabilitatiewe vlak;

- opvoeding en opleiding vir studente in die gesondheidsorgveld en die korrektiewe dienste aan te bied;
- navorsing in die verskaffing van kwaliteits forensiese psigiatriese verpleging te onderneem; en
- norme en standaarde vir forensiese psigiatriese verpleegsorg daar te stel ter beskerming van die pasiënt/kliënt en die versorger.

2.4.1.1 Misie

Die misie van forensiese psigiatriese dienste is die daarstelling van 'n koste-effektiewe kwaliteits-, gespesialiseerde psigiatriese diens aan die forensiese kliënte, met respek vir hul menseregte en waardigheid. (Appelbaum, 1991).

2.4.1.2 Visie

Die navorser se doelstelling is om 'n diens te help ontwikkel vir forensies psigiatriese kliënte wat 'n beeld reflekteer van 'n sorgsame, professionele diens wat bekend is aan almal in die gemeenskap.

2.4.1.3 Waardes

Die waardes wat aangehang word, is:

- Diensgerigtheid
- Professionalisme
- Kwaliteitsdienslewering
- Handhawing van sterk etiese waardes en 'n hoë standaard van moraliteit
- Handhawing van konfidensialiteit
- Toon respek vir menseregte

- Toon respek vir privaatheid
- Erkenning van die regte van die kliënt (Patient's Charter of Rights)
- Bevordering van familie betrokkenheid

2.4.1.4 Filosofie van Forensiese Psigiatrisie Dienste

Die geregistreerde psigiatrisie verpleegkundige en enige ander versorgers van forensiese kliënte/pasiënte verbind hulself aan die filosofie dat:

- Alle burgers van die Republiek van Suid-Afrika geregtig is op die optimale geestesgesondheidsorg ongeag kleur, geloof of politieke affiliasie;
- Die holistiese konsep sal op alle persone wat forensiese psigiatrisie verpleegsorg benodig, toegepas word. Hulle sal almal beskou word as mense met behoeftes wat alle lewensaspekte dek – sosiaal, geestelik, biofisies, emosioneel, beroeps- en ontspanning en opvoedkundige behoeftes;
- Elke individu het 'n inherente waarde en die reg op respek van sy waardigheid en privaatheid;
- Elke individu het die moontlikheid vir groei, vir die ontwikkeling van bevredigende metodes vir aanpassing by sy omgewing en vir verbeterde persoonlike verhoudings;
- Die forensiese psigiatrisie verpleegkundige die betekenis sal verstaan wat gedrag vir verskillende individue het en aanvaar dat hierdie gedrag 'n aangeleerde respons is en dat die gemanifesteerde gedrag van die pasiënt die beste moontlike aanpassing waartoe hy/sy op daardie stadium in staat is, verteenwoordig;

- Gedrag word primêr aangeleer, gewoonlik deur interaksie met belangrike persone in sy omgewing, dus is effektiewe interpersoonlike verhoudings die grondbeginsel van die effektiewe praktyk van forensiese psigiatriese verpleging;
- Daar is 'n bron van wetenskaplike kennisvaardighede wat spesifiek op die verpleging van die geestesongestelde van toepassing is en waarmee alle forensiese psigiatriese verpleegkundiges vertrouwd behoort te wees;
- Die pasiënt het die reg om betrokke te wees met die totale beplanning van sy sorg, in ooreenstemming met sy waardesisteme en met insluiting van sy naasbestaandes. Hy/sy het die reg om behandeling te aanvaar of te weier mits die toestemming of weiering gegrond is op alle tersaaklike inligting wat tot sy beskikking geplaas is;
- Die vertroulike aard van die inligting verskaf deur die pasiënt sal oordeelkundig beskerm word, behalwe indien die hof versoek dat dit bekend gemaak moet word;
- Die uniekheid van elke individu sal erken word; en
- Die omgewing waarin die pasiënt verpleeg word, moet die mees geskikte in die hospitaal, gevangenis en of die gemeenskap vir sy spesifieke behoeftes en lewensstyl wees. Die hoogste standarde van sorg moontlik sal in hierdie omgewing verskaf word met die belange van die kliënt/pasiënte as basis van alle besluitneming en die oorweging sal so min beperkend wees as moontlik. Die terapeutiese omgewing sal bevordelik wees vir die kliënt/pasiënt (Trick, 1981).

2.4.1.5 Die Verpleegkundige se filosofie in 'n forensiese psigiatriese eenheid

Die mens in nood reik uit na 'n medemens, hetsy verstandelik, emosioneel of fisies. Sy vriende of naasbestaendes is nie altyd daar nie, en indien hul daar is, is hul dikwels net so radeloos soos die persoon wat hom/haar in 'n vreemde plek of omgewing onder die huidige omstandighede bevind. Die mens weet dikwels nie hoe om in hierdie nuwe, vreemde wêreld en lewe met sy siekte voort te gaan nie.

Die verpleegkundige moet die pasiënt nie net fisiese versorging nie, maar in totaliteit sien met sy psigiese, sosiale en religieuse behoeftes.

Die verpleegkundige kan die geestesongestelde mens help om aktiwiteite te skep wat kan bydra om toestande te skep wat in sy basiese behoeftes voorsien, en te strewe na die verwesenliking van sy maksimum potensiaal.

Alle geestesongesteldes kan nie tot volle onafhanklikheid ontwikkel nie, maar kan geleer word om so ver moontlik in sy eie behoeftes te voorsien, deur:

- Goeie maniere te handhaaf;
- Sy/haar omgewing en omstandighede te aanvaar;
- Sy/haar samewerking te gee aan die Multidissiplinêre Span;
- Sy/haar oortreding te erken en dit probeer verwerk; en
- Pligte te vervul. Die verpleegkundige het die geleentheid om erkenning aan die persoon te gee en aan te moedig om sodoende sy gevoel van selfwaarde verhoog en sy emosionele ontwikkeling en sosiale aanpassing te bevorder. Kl:ïente/Pasiënte is ook individue met behoeftes net soos enige ander mens en hulle behoort ook aanvaarbaar te wees, ongeag hulle

voorkoms of gebrek. Daar moet 'n goeie gesindheid opgebou word, sodat die kliënte/pasiënte se menswaardigheid kan gedy.

Al die personeel is betrokke by die versorging van die kliënte/pasiënte in die saal, daar behoort 'n goeie verhouding tussen personeel en kliënte/pasiënte te bestaan.

Die ideale is om 'n huislike atmosfeer te skep waar almal gelukkig saam kan woon en werk, 'n tuiste waar kliënte/pasiënte goed en behoorlik versorg word en na al hul behoeftes omgesien word, sodat hulle ook as mense gelukkig en tevrede mag wees.

2.4.1.6 Saalfilosofie

'n Saalfilosofie moet 'n misie insluit, wie betrokke is en waarna gestrewe word.

Die filosofie moet aan die volgende vereistes voldoen:

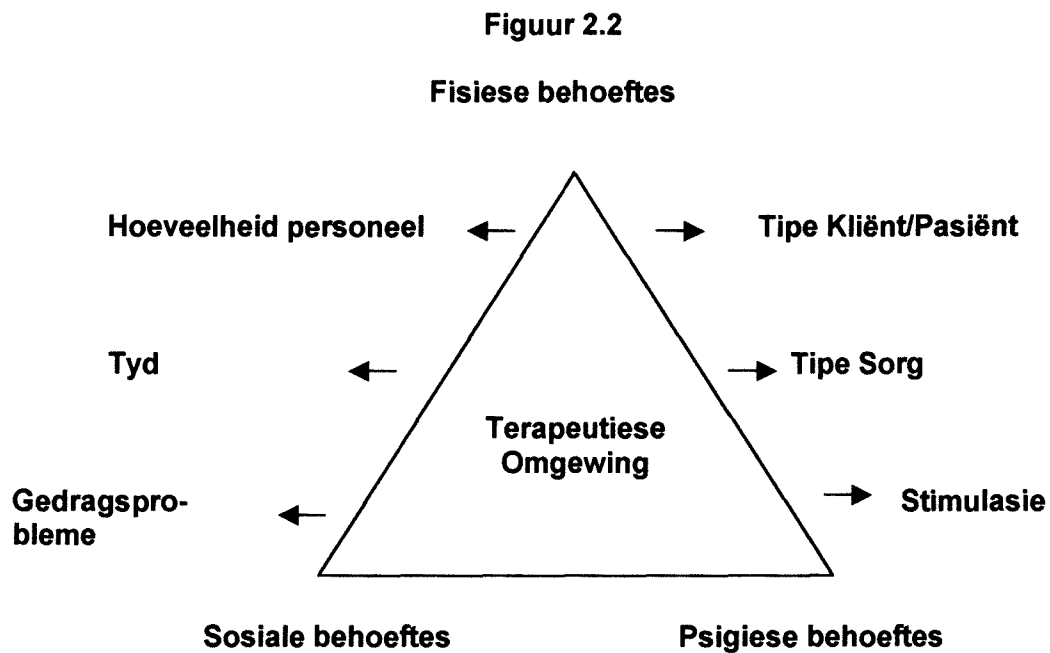
- Dit moet duidelik, groot, helder en verkieslik naby die ingang van elke saal aangebring word;
- Dit moet op skrif gestel word in die amptelike landstale; en
- Elke spanlid moet insae in die daarstelling van die saalfilosofie hê.

Die eerste prioriteit vir verpleging is om basiese verpleegsorg in liefde en deernis te gee. Die kliënte/pasiënte is eerste prioriteit. Die behoeftes van die kliënt/pasiënt en die hospitaal kom eerste. Die saalfilosofie hou verband met die saalprogram.

2.4.1.7 Die Saalprogram

'n Saalprogram moet effektiewe en doeltreffend wees. Die help nie die program beskik oor al die wonderlike, beste, ideale stimulasie, groepe en take en dit is nie

prakties uitvoerbaar nie. Die aspekte wat in ag geneem moet word met die opstell van 'n saalprogram word in Figuur 2.2 gegee.



Die kliënte moet deel hê in die opstel van hul saalprogram anders sal hulle nie wil deelneem aan die program nie of hulle samewerking gee nie.

Indien daar 'n tekort aan personeel in die eenheid is, kan die program nie uitgevoer word nie. Die omgewing, tipe kliënte/pasiënte en gedragsprobleme het 'n baie groot invloed op die saalprogram en kan dit negatief beïnvloed.

2.4.1.8 Langtermyn Maksimum Sekuriteitsverpleegsorgplan

Tradisioneel is die forensiese verpleegsorg gebaseer op terapeutiese beginsels.

Die volgende aktiwiteite kan ingesluit word in die verpleegsorgplan:

- Groepsessies - Groepbespreking;
- Arbeidsterapie sessies;
- Gedragsmodifikasie;
- Liggaamsopvoeding;
- Vryetydsbesteding (briewe skryf, TV en bordspeletjies);
- Beoefening van stokperdjies (skilder, pottebakkey, ens.);
- Daaglikse klimaatvergaderings;
- TV, M-Net, Videos;
- Bioskoop deur Rotariërklubs;
- Sport;
- Dans;
- Konserte; en
- Kerkdienste.

Die handhawing van sekuriteit moet ten alle tye beklemtoon word met beplanning van alle aktiwiteite. (Fairhead, 1986).

2.5 **DIE REDES OF KRITERIA WAARVOOR KLIËNTE OF PASIËNTE VERWYS WORD VIR FORENSIESE PSIGIATRIESE EVALUERING.**

Hierdie redes kan in die volgende sub-kategorieë in verdeel word, naamlik:

- (a) Psigiatriese siektes/toestande:
- Vorige psigiatriese behandeling in enige psigiatriese hospitaal;
 - Vreemde of onaanvaarbare gedrag gedurende die hofverrigting of tuis;
 - Bizarre of vreemde oorsake vir oortreding, (bv. towenary, moord, seksuele afwykings, brandstigting en onsedelike aanranding);
 - Psigotiese toestande; en
 - Lae intelligensievlak (bv. geestesvertraging).

- (b) Mediese toestande:
- Epilepsie;
 - Vorige hoofbeserings; en
 - Doofstomheid (kommunikasiedefekte)
- (c) Sosio-patologiese toestande en maatskaplike probleme:
- Alkohol en of dwelmmisbruik;
 - Kindermishandeling of kindermolestering; en
 - Selfmoordneigings.
- (d) Kriminele Oortredings:
- Strafsake wat verwys word (Verhoorafwagendes)
 - Diefstal
 - Huisbraak
 - Aanranding met die doel om ernstig te beseer
 - Moord
 - Strafbare Mansslag
 - Roof
 - Beskadiging van eiendom
 - Oortreding
 - Vervalsing
 - Brandstigting

In Tabel 2.2 word die kriminele statistiek vir die Wes-Kaap uiteengesit.

Tabel 2.2**Kriminele Statistiek vir die Wes-Kaap****Aantal oortredings per 100.000 van die populasie**

Misdaad	Nasionaal	Wes-Kaap
	1997	1997
Moord	56.9	80.2
Poging tot moord	65.1	93.2
Roof (verswarend)	161.2	136.3
Verkragting	120.6	170.5
Aanranding met die opset om te beseer	542.4	817.8
Aanranding	466.8	965.0
Huisinbraak	576.7	1013.3
Inbraak op besighede	204.9	405.4
Ander rowery	121.8	190.1
Motordiefstal	407.6	240.4

(Cape Argus, 1998)

2.5.1 Klassifikasie van Tipe Kliënte/Pasiënte in die Eenheid.

Kliënte/Pasiënte word soos volg geklassifiseer:

- Observasie gevalle;
- Verhoorafwagtendes;
- Staatspresidentspasiënte;
- Kriminele kliënte/pasiënte;
- Gesertifiseerde kliënte/pasiënte;
- Langtermyn kliënte/pasiënte;
- Aggressiewe kliënte/pasiënte; en

- Moeilik hanteerbare kliënte/pasiënte.

Bogenoemde kliënte/pasiënte word in die afdeling gehuisves om die volgende redes:

- (i) Om die kliënt/pasiënt self te beskerm;
- (ii) Om die publiek te beskerm teen die kliënt/pasiënt wat gevaarlik is; en
- (iii) Om die kliënt/pasiënt te behandel met medikasie of om verandering in gedrag te bewerkstellig

2.5.2 Probleme in die eenheid.

Verskeie probleme kan ontstaan as gevolg van:

- Kultuurverskille;
- Oorbevolking, steel, baklei;
- Bende bedrywighede ("28", "26", BFK, Naughty Boys, Hard Living Kids, Sexy Boys, Americans, Junky Funkys);
- Selfgemaakte wapens wat in die eenheid ingebring word;
- Dwelmmisbruik (snuif van gom en rook van hul tablette);
- Homoseksuele verhoudings;
- Inbring van geld vir dwelms;
- Baklei onder kliënte/pasiënte;
- Aanranding van personeel;
- Eetstakings;
- Aggressiewe uitbarstings; en
- Familieprobleme.

Probleme wat in die eenheid ondervind word, word ook meer breedvoerig in hoofstuk 5 beskryf.

2.5.3 Bendebedrywighede

Oor bendebedrywighede in die maksimum sekuriteitseenheid kan uitgebrei word, maar die navorser sal poog om 'n kort opsomming te gee wat nodig is vir elke spanlid wat met die forensiese kliënte werksaam is.

Net soos wat elke mens 'n hunkering het om as individu erken te word, het hy/sy ook 'n hunkering om tot 'n groep te behoort. Hierdie groepe het hul eie stel norme, waarde en gedragskodes.

Faktore wat aanleiding gee tot bendeforming kan toegeskryf word aan:

- die ontbering van hul vryheid;
- die ontbering van persoonlike goedere, ontbering van heteroseksuele verhoudings; en
- ontbering van outonomie en sekuriteit.

Dit is van die uiterste belang en essensieel dat die forensiese psigiatriese verpleegkundige kennis dra van bendebedrywighede oor die implikasies en impak wat dit mag hê op die uitvoering van haar daaglikse take:

2.5.3.1 Die beïnvloeding van personeel deur bendes.

Die moontlikheid bestaan altyd dat personeel so deur bendes gemanipuleer word dat hulle 'n houvas op sodanige lede verkry. Veral weens 'n gebrek aan ervaring by jonger en nuwe personeel, kan hulle baie maklik onder die invloed van die bendes kom. Personeel moet gewaarsku word en gereeld genooi word om dit bekend te

maak, indien hulle so, soms onbewustelik onder die mag van die bendes beland het.

Die volgende belangrike wenke moet gedurig onder personeel se aandag gebring word:

- Personeel moenie persoonlik by die inwoners se probleme betrokke raak nie. Die enigste manier om klagtes en versoeke af te handel is om dit volgens die voorgeskrewe prosedures te doen, byvoorbeeld klimaatsvergaderings elke oggend te hou om klagtes te rapporteer of die geskrewe klagtevorms te voltooi;
- 'n Personeellid moet nooit onder geheimhouding enige geskenke van 'n kliënt of sy familie ontvang of vir die inwoner gee nie. Dit kan gebruik word om hom/haar af te pers;
- 'n Personeellid moet nooit alleen saam met 'n inwoner in die eenheid wees nie;
- Personeel moet nooit toelaat dat hulle enige gunsies vir die kliënt doen nie (soos byvoorbeeld om iets buite vir die kliënt te gaan koop nie, 'n brief onder geheimhouding te pos nie en of 'n telefoonoproep na die kliënt se familie te maak nie). Die persoon in beheer se toestemming moet verkry word en die korrekte prosedures moet gevolg word.

Daar bestaan 'n besondere professionele verhouding tussen personeellede en die inwoners wat ten alle koste gehandhaaf moet word. Indien die professionele verhouding nie versteur word, kan dit nadelige gevolge vir die eenheid en mede-kollegas inhou.

2.5.4 Die verpleging van 'n pasiënt wat 'n gevangene is.

Baie verpleegkundiges kom net nadat hulle opleiding by die kollege voltooi is of van 'n ander eenheid, byvoorbeeld geriatric na die forensiese eenheid en is dan onkundig oor wat van hom/haar of haar verwag word. Dit is derhalwe belangrik om hulself vertrouwd te maak met die beginsels ten opsigte van die verpleging en versorging

van verskillende kategorieë gevangenis. Dieselfde geld vir die moeilike forensiese pasiënt of kliënt.

Die volgende beginsels geld ten opsigte van die verpleging en versorging van die verskillende kategorieë gevangenes:

- Krygsgevangenes: Die beginsels van die Geneefse Konvensies insake die regte en pligte van gesondheidspersoneel geld.
- Gewone en politieke gevangenes, aangehoudendes en oproermakers: Vir die doeleindes van hierdie dokument, word ook onder hierdie kategorie na insypelaars en terroriste verwys. (Kruger, 1980).

In haar professionele hoedanigheid handhaaf die verpleegster politieke neutraliteit. Enige afwyking hiervan is oneties, omdat sulke onpartydigheid die grondslag vorm vir wedersydse vertroue. Eerbiediging en beskerming van die regte van die pasiënt is onafskeidbaar verbind met die pligte en verantwoordelikhede van die verpleegster teenoor so 'n pasiënt.

Die reëls wat die handeling of versuim ten opsigte waarvan die SARV tugstappe kan doen, uiteengesit, gepubliseer ingevolge Staatsdiens-kennisgewing R387 van 15 Februarie 1985 soos gewysig, hou direk verband met hierdie aangeleentheid. Reëls 3, 4 en 5 is onder andere van die uiterste belang:

- (3) "Opsetlike of nalatige versuim om sodanige handeling ten opsigte van die diagnosering, behandeling, versorging, voorskryf, samewerking, verwysing, koördinering en pasiënt voorspraak as wat die bestek van sy beroep toelaat, uit te voer.";

- (4) "Opsetlike of nalatige versuim om die gesondheidstatus van 'n pasiënt wat onder sy sorg of beheer is, te handhaaf en om die naam, persoon en besittings van so 'n pasiënt te beskerm", deur:
- (a) korrekte pasiëntidentifisering;
 - (b) die vasstel van die pasiënt se gesondheidstatus en die fisiologiese reaksies van die liggaam op siektetoestande, trauma en stres;
 - (c) die korrekte administrasie van behandeling, medikasie en sorg;
 - (d) die voorkoming van ongelukke, besering of ander trauma;
 - (e) die voorkoming van die verspreiding van infeksie;
 - (f) die nagaan van alle vorme van diagnostiese- en terapeutiese tussentredes vir die individu;
 - (g) spesifieke sorg en behandeling van ernstige siekes, versteurdes, verwardes, bejaardes en kinders, die bewustelose pasiënt, die pasiënt met kommunikasie probleme en die kwesbare en hoë-risiko kliënte/pasiënte; en
 - (h) die monitor van alle vitale tekens by die betrokke kliënt/pasiënt."
- ("5) Opsetlike of nalatige versuim om duidelike en akkurate rekords te hou van alle handeling wat hy/sy in verband met 'n kliënt/pasiënt verrig".

Dus geld die volgende beginsels:

- (a) Dit is die professionele plig van 'n verpleegkundige om lewensreddende sorg en verligting van pyn en lydig te verleen;
- (b) Die kliënt/pasiënt het die reg tot beskerming van sy fisiese- en geestelike gesondheid en tot sodanige behandeling en verpleging as wat nodig mag wees;
- (c) Die verpleegkundige mag nie in enige ander verhouding met 'n gevangene of aangehoudende wees as wat geverg word om sy

fisiese- en geestelike gesondheid te evalueer, beskerm of te verbeter nie;

- (d) Dit is oneties vir die verpleegster om aan enige prosedure deel te neem om 'n gevangene of aangehoudende te beheers, tensy daar mediese gronde bestaan vir die toepassing van sodanige prosedure om die fisiese- of geestelike gesondheid van die gevangene of aangehoudende of sy mede-gevangenes of aangehoudendes, te beskerm; en
- (e) Dit is oneties van die verpleegster om deel te neem aan enige vorm van ondervraging en of marteling van 'n gevangene of aangehoudende. In die geval van marteling is dit oneties van die verpleegster om dit te verswyg.

2.6 **GEESTESONGESTELDHEID: REGTE, VERANTWOORDELIKHEID EN SELFBEPLEITING:**

Die Forensiese Psigiatriese klient/pasiënt word soms as "moeilik" beskou, maar daar moet begryp word dat hierdie kliënte/pasiënte baie probleme ervaar. Verskeie probleme kom voor soos finansiële probleme as gevolg van werkloosheid, lae inkomste, onvoldoende akkommodasie, dwelmmisbruik, en swak gesondheid. In hierdie geval belemmer 'n geestesongesteldheid soos skisofrenie of 'n ernstige gemoed-versteuring die vermoë om werk te kry en/of te behou.

Verhoudingsprobleme met gesinslede asook die gemeenskap kom voor. Van hierdie persone is straatkinders en onder groepdruk raak hulle by bendes betrokke om 'n gevoel van aanvaarding te hê. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat geestesongesteldheid nie verstaan en aanvaar word nie. Mense weet nie hoe om teenoor iemand op te tree wat gedurende die akute fase van die siekte, vreemde gedrag vertoon nie.

Die bied van weerstand teen ondersteuning en behandeling is algemeen onder persone wat hulp nodig het, dikwels omdat die siening bestaan dat mense wat hulp nodig het, swak is of as gevolg van negatiewe ervarings met hulpsisteme in die verlede. Gedurende die akute fase van 'n geestesongesteldheid dink 'n persoon dikwels dat hulp nie nodig is nie. Met effektiewe ingryping word die weerstand uit die weg geruim.

Die onvermoë om vroeë simptome van geestesongesteldheid of die begin van 'n akute fase te identifiseer, kan daartoe lei dat die psigiatriese verpleegkundige voel dat hy/sy nie 'n verhouding met die forensiese kliënt kan opbou nie. Die gebrek aan kennis is verstaanbaar aangesien baie min psigiatriese verpleegsters opleiding of ondervinding in forensiese psigiatriese verpleegkunde ontvang.

As gevolg van die **stigma** verbonde aan geestesongesteldheid, handhaaf selfs professionele persone werksaam in die veld van geestesgesondheid subjektiewe sienings dat 'n persoon met geestesgesondheid vreemd optree, geneig is tot geweld en op 'n afstand gehou behoort te word, nie goed genoeg is om deel van 'n gesin en 'n gemeenskap te wees nie en geïsoleer behoort te word. Hierdie oortuigings maak dit moeilik om die persoon wat aan geestesongesteldheid ly, te bereik.

Stigmatisering bring mee dat persone met geestesongesteldheid soms:

- sonder respek en met minagting hanteer word;
- verafsku word en met veragting behandel word;
- aan openbare afkeer onderwerp word;
- mishandel en beswadder word;
- gewantrou en verstoot word;
- van hul menswaardigheid gestroop word;
- van al hul regte ontnem of ontsê word;

- aan uiterste vernedering blootgestel word;
- van die publiek afgesonder word omdat die publiek beskerm word deur "malmense";
- as psigopate en gewoontemisdadigers beskou word; en
- soms ter besigtiging en of as vermaak vir die publiek ten toon gestel word.

2.6.1

Destigmatisering.

Die proses van destigmatisering begin wanneer stigmatisering erken word en professionele persone wat werk in die veld van geestesgesondheid hul kliënte destigmatiseer en in die proses die samelewing se gesindheid en gedrag verander.

Die doelwit van destigmatisering kan bereik word:

Wanneer persone met geestesongesteldheid:

met respek en menslike waardigheid behandel word;

aanvaar word as deel van die samelewing;

die kans gegun word om hulle sterk punte te ontwikkel en vaardigheid te bekom;

beskerm en ondersteun word wanneer hulle kwesbaar is;

instaat is om die reg tot groter beheer oor hulle lewens uit te oefen;

kwaliteit dienste ontvang;

'n goeie selfbeeld ontwikkel het;

geleentheid gegun word om vir hulle self te besluit;

geleentheid gegun word om deel te hê in die opstel van hul verpleegsorgplan (Bylaag B.3);

die lewe kan geniet;

wanneer professionele persone in die veld van geestesgesondheid trots is om 'n diens te lewer binne die veld van geestesgesondheid;

voel die werk is betekenisvol en 'n verskil gemaak word in die lewens van ander, en

'n goeie selfbeeld uitgedra het aangesien ons nie meer deel is van 'n sisteem waaraan 'n stigma kleef nie.

(Suid-Afrikaanse Federasie van Geestesgesondheid) (Bylae B.4)

Daarom het die navorser die volgende gedig "Within you is the strength ..." (Bylae 5) so gepas gevind het om ons professionele persone in die veld van geestesgesondheid te versterk in hulle taak.

2.7 **DIE MULTIDISSIPLINÊRE SPAN**

Die multidissiplinêre span in psigiatrie bestaan gewoonlik uit 'n kerngroep van verteenwoordigers van die gesondheidsberoep. Die spanbenadering bevorder waarneming van die pasiënt uit verskillende oogpunte wat derhalwe 'n meer realistiese beraming meebring. Die spanlede verstaan mekaar se rolle en funksies en stimuleer mekaar deur deeglike spanbesprekings. Daar moet net gewaak word teen oorvleueling van die rolle en funksies van die forensies-multidissiplinêre spanlede.

2.7.1 Samestelling van die multidissiplinêre span

Die multidissiplinêre span bestaan uit sekere lede wie altyd teenwoordig moes wees.

Vaste lede:

- Die psigiater;
- Die psigiatrisse verpleegkundige;
- Die psigiatrisse maatskaplike werker;
- Die kliniese sielkundige;
- Die arbeidsterapeut; en
- Die algemene geneesheer (Mediese Beampte).

Daar kan ook addisionele lede wees:

Addisionele lede:

- Pastorale sielkundiges of slegs 'n pastorale werker;
- Ontspanningsterapeute (vir musiek en ander ontspanningsaktiwiteite);
- Studente;
- Die Apteker; en
- Fisioterapeute.

2.7.2 Funksies van die multidissiplinêre span.

Die funksies van die multidissiplinêre span word ook gesien **as dié van die terapeutiese span in die psigiatriese hospitaal.**

Psigiatriese versteurings beïnvloed verskeie aspekte van 'n persoon se lewe:

- sy vermoë om by die huis en die werk te funksioneer;
- sy inter-persoonlike verhoudinge;
- finansiële aspekte; en
- gemeenskapsinteraksie.

Behalwe vir gespesialiseerde mediese dienste, voorsien psigiatriese dienste ook in hierdie behoeftes. Hierdie dienste word verskaf deur 'n gekoördineerde span bestaande uit gespesialiseerde opgeleide en toegewyde professionele lede uit verskillende professies.

Alle lede is ewe belangrik in die span.

2.7.2.1 Psigiaters.

Die psigiater is 'n mediese beampte wat na sy mediese opleiding en ondervinding in die algemene praktyk, nagraadse opleiding van ten minste vier jaar ondergaan het om as spesialis te registreer. Die hele proses neem 'n minimum van twaalf jaar.

Die psigiater se spesifieke opleiding in beide die fisiese- en psigiese aspekte van die mens rus hom/haar toe om 'n geheelbeeld te vorm van die unieke interaksie van die fisiese-, psigiese- en omgewingsfaktore met die individu.

Die rol wat hy/sy in die hospitaal beklee, het verskeie fasette. Hy/sy is verantwoordelik vir die fisiese- en psigiese versorging van die kliënte/pasiënte. Verskillende behandelingsmetodes word aangewend wat medikasie, fisiese behandeling en psigoterapie insluit. Hy/sy tree ook op as leier van 'n gespesialiseerde span wat bestaan uit psigiatriese verpleegsters, maatskaplike werkers, kliniese sielkundiges, arbeidsterapeute, fisioterapeute en die apteker. Hierdie lede van die multiprofessionle span speel elk 'n belangrike rol in die spesifieke behandeling van die pasiënt aangesien psigiatriese siektes implikasies vir die persoon se sosiale-, persoonlike-, gesins- en beroepslewe inhou.

2.7.2.2 Psigiatriese Verpleegkundiges.

Psigiatriese verpleegkundiges word spesifiek opgelei om psigiatriese kliënte/pasiënte te hanteer. Sommige van hulle het 'n algemene opleiding as verpleegkundige terwyl die meeste van hulle ook geskool is in spesiale terapeutiese tegnieke soos gesins- en groepsterapie, die behandeling van kinders, die behandeling van senior burgers en die hantering en versorging van forensies psigiatriese kliënte/pasiënte.

Psigiatriese verpleegkundiges vervul verskillende rolle. Aangesien hulle 24 uur lank in kontak met die pasiënt is, is hulle in 'n unieke posisie om die pasiënt se gedrag waar te neem. Die hoofdoel is egter die fisiese versorging van die pasiënt, die uitvoering van mediese en verpleegprosedures. Hulle moet betroubare persone wees wat 'n diens aan die pasiënt verrig en aan die pasiënt geborgenheid verleen. Deur die skep van 'n terapeutiese omgewing in die saal/hospitaal, die opbou van 'n warm, empatiese verhouding met die pasiënt, bring hulle vertrou en 'n positiewe

verandering in die gedrag van kliënte/pasiënte teweeg. Verder is hulle opgelei om gesinslede van die kliënt/pasiënt te ondersteun, van advies te voorsien en empaties met hulle mee te leef.

2.7.2.3 Kliniese Sielkundiges.

Die kliniese sielkundige ontvang universitêre opleiding wat behalwe voor- en nagraadse studies, ook minstens 'n Meesters- en/of 'n Doktorsgraad in Sielkunde, sowel as twee jaar praktiese internskap by 'n psigiatriese hospitaal insluit.

Die kliniese sielkundige moet by die SA Mediese, Geneeskundige en Tandheelkundige Raad registreer. Hy/sy spesialiseer in die studies van geestesafwykings asook in die diagnose en behandeling van sielkundige versteurings deur die gebruik van onderhoude en ander vorme van psigoterapie.

Binne die psigiatriese hospitaal funksioneer hulle as lede van die multi-professionele span en is betrokke by die meeste aspekte van pasiëntesorg by beide binne- en buite-pasiënte. 'n Belangrike afdeling van hulle werk is psigoterapie wat die behandeling van emosionele versteurings behels. Hulle verleen ook bystand aan die individu ten einde hom/haar te help om afwykende gevoelens, gedrag en houdings te verander.

Verskillende soorte psigoterapie mag vir die individu of 'n groep aangebied word. 'n Verdere gespesialiseerde funksie van die kliniese sielkundige is die toepassing van sielkundige toetse wat die span help om die pasiënt se persoonlikheid, intellektuele funksionering of moontlike deteriorasie van breinfunksies te diagnoseer. Die kliniese sielkundige is ook opgelei in die oorsake en behandeling van psigiatriese siektes.

2.7.2.4 Maatskaplike Werkers.

Maatskaplike faktore speel 'n uiters groot rol in die hantering van geestesongesteldheid. Die maatskaplike werker beskou die pasiënt se maatskaplike interaksies en sy verhoudings met sy medemens in sy leefwêreld as van besondere belang in die oorsaak en die verloop van die siektetoestand, asook in die behandelingsprogram van haar/sy kliënte.

Die maatskaplike werker:

- is 'n lid van die multiprofessionele span;
- win kollaterale inligting in van die pasiënt self en sy gesin, werkgewers, ens. ten einde by te dra tot die formulering van 'n diagnose en die daarstel van 'n behandelingsprogram;
- is gemoeid met die familie en/of die sosiale netwerk ten einde onder andere inligting te verskaf en verandering teweeg te bring deur gevallegroep of gesinswerk;
- wend spesiale vaardighede aan soos gesinsterapie, groepwerk en huweliksberading;
- is die kontakpersoon met welsynorganisasies en ander sisteme in die gemeenskap;
- lewer nasorgdienste aan kliënte/pasiënte wat ontslaan is uit die hospitaal, waar nodig;
- identifiseer probleme of leemtes in die gemeenskap en mobiliseer bronne ter oplossing daarvan.

2.7.2.5 Arbeidsterapeute.

Arbeidsterapeute lewer 'n rehabilitasiediens vir fisies- sowel as psigiatrisie kliënte/pasiënte. Arbeidsterapeute streef daarna om die hoogs moontlike vlak van funksionering vir 'n spesifieke individu deur middel van doelgerigte aktiwiteite en terapeutiese tegnieke soos byvoorbeeld rolspel te bewerkstellig.

Behandeling word toegespits op aktiwiteite van die daaglikse lewe en op die verbetering van werksbedrewehede, sosiale- en ontspanningsareas.

Die arbeidsterapeut lewer 'n bydrae tot die evaluasie en identifikasie van probleme en voorsien die geleentheid vir uitdrukking van gevoelens. Om hierdie doel te bereik, is die arbeidsterapeut deel van en in noue kontak met die hele behandelingspan. Die arbeidsterapeut is 'n universiteitsopgeleide para-mediese en professioneel geregistreerde persoon by die SA Mediese-, Geneeskundige- en Tandheekkundige Raad. Hulle opleiding wat teoreties en prakties van aard is, strek oor vier jaar.

2.7.2.6 Aptekers.

Aptekers speel 'n belangrike rol in die behandeling van psigiatriese kliënte/pasiënte aangesien medikasie in die behandeling gebruik word. Dit is hul taak om 'n farmaseutiese diens van die hoogste kwaliteit te lewer binne 'n redelike begroting. Hulle voorsien ook die jongste farmaseutiese kennis en inligting aan dokters en verpleegkundiges en is betrokke by die opleiding van aptekers.

2.7.3.7 Fisioterapeute.

Fisioterapeute is hoogsopgeleide werkers met 'n universiteitsgraad of diploma. Hulle is spesifiek opgelei in rehabilitasietegnieke.

Baie psigiatriese kliënte/pasiënte het fisiese afwykings of daar is 'n verswakking in hul funksionering en hulle benodig stimulasie, oefening-terapie, massering of elektroterapie.

2.7.3 Die Rol en Funksie van die Psigiatriese Verpleegkundige in die Multi-dissiplinêre Span.

Om die rol en funksie van die verpleegkundige in die verpleegspan te verstaan, moet eers gekyk word na haar rol en funksie as persoon in bevel van 'n eenheid.

Sy is die persoon wat die leier is van die verpleegspan in die eenheid en daarom ook die persoon wat verpleging binne die multi-dissiplinêre span verteenwoordig, byvoorbeeld op saal rondtes en gevalle voordragte van die forensiese pasiënt.

2.7.3.1 Die Psigiatrisiese Verpleegkundige vervul verskeie rolle in die Eenheid:

□ Fasiliteerder.

Om te fasiliteer beteken om te bevorder, aan te help of te vergemaklik. Dit is dus belangrik dat sy haar op hoogte hou met die jongste kennis en vaardighede. Nuwe metodes en hulpmiddels word daagliks ontwikkel om sorg te verbeter en te vergemaklik.

Die verpleegkundige is ook verantwoordelik om die behoeftes van die pasiënt, verpleegspan en kliniese span te bepaal en te sorg dat die werk glad kan verloop, byvoorbeeld diagnostiese apparaat moet beskikbaar wees en in 'n werkende toestand wees. Goeie organisasievaardighede is ook noodsaaklik om die proses glad te laat verloop en 'n kalm atmosfeer moet gehandhaaf word.

Wanneer besluite geneem word, behoort ander in ag geneem te word. Goeie tydsbesteding dra by tot goeie pasiëntesorg.

□ Kontroleerder.

Om te kontroleer beteken om te reguleer, inspekteer en uit te klaar. Versoeke moet stiptelik uitgevoer word. Indien 'n onredelike versoek ontvang word of dit is nie moontlik om dit uit te voer nie, moet dit so oorgedra word.

□ Konflikhanteerder.

Konfliksituasies kan voorkom word deur:

- Elke persoon se rol en funksie duidelik uiteen te sit. Dit sal ook organisasie vergemaklik;
- Kommunikasie oop te hou en aan te dui watter optrede nie aanvaarbaar is nie. Gedrag van die persoon moet afgekeur word. Onrealistiese verwagtings moet nie gestel word nie. Dit sal veroorsaak dat die spanlede gefrustreerd en ongelukkig raak;
- Beleid en procedures moet neergelê word, veral waar meer as een persoon betrokke is.

Konfliksituasies wat mag ontstaan moet professioneel gehanteer word en persoon-like gevoelens moet nie 'n rol speel in die verpleegkundige se oordeel nie.

□ Bestuurder/Leier.

As leier van die verpleegspan in die saal, is die verpleegkundige vir alle aktiwiteite verantwoordelik. Hy/sy moet altyd poog om 'n goeie rolmodel te wees.

Die leierskapstyl wat die beste by die situasie pas, moet gebruik word. 'n Goeie leier wend hulpbronne, mense en tyd ekonomies en effektief aan. Goeie organisasie is van kardinale belang. Onnodige tyd en geld word verspil deur duplisering en wanaanwending van personeel.

□ Administrateur.

Daar is toenemend regsgedinge wat teen mediese personeel aanhangig gemaak word. Goeie en volledige rekordhouding is noodsaaklik. Rekords moet ten alle tye duidelik en op datum wees en chronologies opmekaar volg. Dit moet ook veilig en volgens voorskrif bewaar word. Bestuursbesluite moet tot op

grondvlak deurgevoer word. Terugvoer aan bestuur is ook belangrik vir hulle om sodoende realistiese ingeligte besluite te kan maak.

□ Koördinerings.

Goeie koördinasie van dienste verseker dat mense in harmonie kan saamwerk. Dit verseker ook dat die pasiënt 24 uur van die dag die beste moontlike sorg ontvang.

'n Realistiese saalprogram wat duidelik is vir almal, is noodsaaklik. Dit moet op skrif wees en almal moet daartoe toegang hê. Die program moet egter nie te onbuigsaam wees nie en aanpassings moet gemaak word waar omstandighede dit vereis, en almal moet van die veranderinge in kennis gestel word. Die personeel in bevel moet bewus wees van al die ander spanlede se aktiwiteite met die pasiënt sodat hy/sy die pasiënt se bewegings sinvol kan laat plaasvind.

Die nodige verwysings stiptelik en korrek aanbring. Al die nodige dokumente is beskikbaar en die rekordhouding moet volledig wees. Al die lede van die span is bewus van wat op die saalrondte bespreek gaan word en moet sodoende voorbereid opdaag. Dit is ook die funksie van die persoon in bevel om die saalrondte te lei.

Korrekte lyne van kommunikasie moet altyd gevolg word sodat elke persoon sy taak doeltreffend kan verrig.

□ Opvoedkundige Funksie.

Dit is die verantwoordelikheid van elke professionele persoon om op hoogte te bly met wat in sy/haar beroep en verwante beroepe aangaan. Sy/hy is ook die persoon wat die meeste tyd met die personeel in 'n eenheid bestee en het dus

die geleentheid om indiensopleiding te gee. Nuwelinge moet gehelp word en kennis en ondervinding moet gedeel word.

Daar is 'n administratiewe aspek verbonde aan elke prosedure wat uitgevoer word en dit moet so gou as moontlik na voltooiing daarvan afgehandel word om moontlike verdraaiing van feite te voorkom.

2.7.3.2 Die kliniese verpleegspesialis in Forensiese Psigiatriese eenhede:

Om 'n suksesvolle forensiese psigiatriese verpleegkundige te kan wees, is sekere vaardighede, kennis, houdings en waardes nodig.

Waardes neem jare van toegewyde leer en sensitiewe onderrig om aan te kweek en die vaardighede moet inge oefen word eers onder toesig en later deur gedurige evaluasie van eie praktyk.

Die basiese vaardighede wat 'n forensiese psigiatriese verpleegkundige nodig het, is:

- interpersoonlike vaardighede (kommunikasie, luisterkuns en empatie); en
- tegniese vaardighede (waarneming, rapportering, interpretasie).

'n Persoon sal oor 'n vaardigheid beskik as hy/sy die kennis het waarop die vaardigheid gebaseer is, dit wil sê hy/sy verstaan die teoretiese konsepte en kan dit soos volg toepas:

- die take doeltreffend en veilig uitvoer met toepaslike tydsberekening; en
- die aksies evalueer en op hoogte bly van nuwe wetgewing.

Die rol van die forensiese psigiariese verpleegkundige word verder in Hoofstuk 3 bespreek.

In Bylae 6 is 'n Engelse gedig deur Ruth Johnston wat baie goed te pas kom om die rolle en funksies van die verpleegkundige in die eenheid te bespreek. Dit dui op die nakoming van professionele etiese pligte soos vervat in die diensbelofte (Bylae B.7). In hierdie gedig in die laaste sin word klem gelê op die belangrikheid vir die verpleegkundige om na die pasiënt te luister!

2.7.4 Probleme ervaar deur die Multidissiplinêre span.

Die mees algemene probleme is as volg:

- Die multidissiplinêre span ervaar gewoonlik spanning onder mekaar, soos professionele konflik, gebrek aan respek of kennis vir mekaar en negatiewe gesindhede van ander personeellede;
- Bestuursprobleme (gebrek aan ondersteuning, behoefte aan leiding, swak bestuursleierskap, aggressiewe en outoritêre bestuursstyle);
- Probleme met hulpbronne (gebreklike toekenning van personeel, onvoldoende beskikbaarheid van en/of toegang tot fasiliteite, finansiële tekortkominge);
- Hoë werklading (onvoldoende tyd beskikbaar, onrealistiese teikendatums, oormatige administratiewe take (papierwerk));
- Kommunikasieprobleme (byvoorbeeld tussen personeel, personeel en kliënte/pasiënte, tussen agentskappe en tussen familielede);
- Rolkonflik (byvoorbeeld terapeutiese versorging versus "custodial care". Oorvleueling van rolle in die span veroorsaak ook spanning);
- Gewelddadige- en anti-sosiale gedrag (byvoorbeeld dreigemente van geweld; misbruik; beledigings en vyandigheid van kliënte/pasiënte);
- Eksterne invloede (byvoorbeeld negatiewe media publisiteit; Hofverslae; kommentare op verslae; eksterne- of departementele ondersoeke);

- Lae moraal, groepsdruk, geen werksbevrediging, gebrek aan formele opleiding in forensiese psigiatriese verpleging.
- Onsekerheid oor die toekoms, soos byvoorbeeld werkssekuriteit en die onsekerheid oor die toekoms van forensiese psigiatrie in Suid-Afrika.

(Whyte & Brooker, 2001)

2.7.5 Die regte van die verpleegkundige.

Die bevestiging van die regte van die verpleegkundige is nie 'n doel op sigself nie, maar 'n wyse om 'n verbeterde diens aan kliënte/pasiënte te verseker. Om die verpleegkundige in staat te stel om veilige, genoegsame verpleging te lewer, het hy/sy die reg om aanspraak te maak op:

- Die uitoefening van sy/haar praktyk in ooreenstemming met die bestek wat wetlik toelaatbaar is vir sy/haar praktyk;
- behoorlike oriëntering en doelgerigte indiensopleiding ten opsigte van forensiese psigiatriese prosedures, behandelingmiddels en metodes wat toepaslik is in sy/haar werksomgewing;
- onderhandeling met die werkgever vir voortgesette professionele opleiding wat direk of indirek met haar verantwoordelikhede verband hou;
- gelyke en sinvolle deelname aan beleidbepaling, beplanning en besluitneming wat haar praktyk en die behandeling en versorging van die pasiënt raak;
- voorspraak vir en beskerming van pasiënt en personeel vir wie sy verantwoordelikheid aanvaar;
- weiering om handeling uit te voer op grond van gewetensbesware op voorwaarde dat:
 - die werkgever tydig hiervan skriftelik verwittig word;
 - dit nie inmeng met die veiligheid van die pasiënt en/of sy behandeling onderbreek nie;

- n veilige werksomgewing wat oor minstens die minimum fisiese-, materiële en personeelvoorsiening beskik;
- weiering van uitvoering van 'n taak wat buite die bestek van sy/haar praktyk val en waarvoor hy/sy onvoldoende opgelei is of waarvoor hy/sy oor onvoldoende kennis en/of vaardigheid beskik;
- weerhouding van deelname aan onetiese of onbevoegde praktyke;
- geskrewe beleidsriglyne en voorskrifte insake die bestuur van sy/haar werksomgewing;
- weiering van uitvoering van 'n voorskrif of deelname aan handeling wat na sy/haar professionele kennis en oordeel nie in belang van die pasiënt is nie;
- openbaarmaking aan hom/haar van die diagnose van kliënte/pasiënte waarvoor hy/sy verantwoordelikheid aanvaar;
- 'n werksomgewing wat vry is van dreigemente, intimidasie en/of inmenging, en
- 'n geneeskundige bystands-/verwysingsstelsel om noodsituasies te kan hanteer.

Bogenoemde sluit aan by die Diensgeloofte vir Verpleegsters (Bylaag B.7).

2.8 **DIE UITLEG VAN 'N FORENSIESE PSIGIATRIESE EENHEID**

In Bylaag B.9 word die Vloerplan van 'n Forensiese Eenheid gegee. As volg 'n bespreking van die uitleg van 'n geselekteerde forensiese psigiatriese eenheid:

2.8.1 Die eenheid is verdeel in vier hoof areas, wat soos volg aangetoon word.

Administratiewe area (A Blok)

Hierdie area huisves die volgende:

- Die sekuriteitskontrolepunt;
- Administratiewe kantore wat insluit die saalklerk se kantoor, die verpleegkundige se kantoor, die geneesheer se kantoor, psigiater se

kantoor, geneesheer se ondersoekkamer, tandarts- en verpleegbehandelingskamer en eenheidsbestuurderskantoor;

- Konferensiekamer;
 - Pasiënte/Kliënte se biblioteek;
 - Tee- en ruskamer vir personeel;
 - Stookkamer vir waardevolle artikels;
 - Besoekersarea vir kliënte/pasiënte en familie;
 - Personeel en besoekerstoilette.
- Kombuisarea (B Blok)
- Kombuis waar etes voorberei en bedien kan word;
 - Groot eetsaal;
 - Kombuis en stookkamer;
 - Stookkamer vir private klere van kliënte/pasiënte;
 - Snoepwinkel vir kliënte/pasiënte.
- Arbeidsterapie area (C Blok)
- Arbeidsterapie kantoor;
 - Arbeidsterapie werksarea;
 - Arbeidsterapie store;
 - "Court area" (Binneplaas, buite ooparea).
- Pasiënte/Kliënte slaaparea (D Blok)
- Slaapkwartiere vir kliënte/pasiënte vir ± 6 kliënte/pasiënte in 'n slaapkamer;
 - Enkelkamers vir kliënte/pasiënte waar toepaslik;
 - Enkelkamers vir afsondering van aggressiewe, siek kliënte/pasiënte;
 - Stookkamers vir linne;
 - Badkamers en toilette.; en
 - Verpleegstasie.

'n Veiligheidsdraad omhein die sportveld op die buitengrens van die eenheid wat deur 'n staalhek by die eenheid aansluit.

(Huge, 1972)

2.8.2 Saalkapasiteit

Die eenheid het 'n kapasiteit vir \pm 50 kliënte/pasiënte en (10) observasie gevalle kan op 'n tydperk geakkommodeer word. Die ander kliënte/pasiënte bestaan uit presidentspasiënte en gesertifiseerde kliënte/pasiënte met gedragsprobleme wat moeilik hanteerbaar is in die ander eenhede. Daar mag ook gevangenes wees wat geestessiek geraak het in die gevangenis en nie in die gevangenis hospitaal hanteer kan word nie.

2.8.3 Personeel.

Personeel is gewoonlik werksaam in die eenheid.

- 'n Hoofverpleegkundige (die Eenheidsbestuurder) wie se taak dit is om toesighouding te doen;
- 'n Senior Professionele Verpleegkundige;
- Professionele Verpleegkundiges;
- Ingeskrewe Verpleegkundiges;
- Verpleeghulpe (Verpleegassistente);
- 'n Huishoudster;
- Huishoudingshulpe (Algemene Assistentente);
- Sekuriteitsbeamptes (dit kan die hospitaal se eie sekuriteitsbeamptes of beamptes van 'n privaat sekuriteitsfirma wees).

Die lede van die multidissiplinêre span wie nie verpleegtake uitvoer nie, bestaan uit die volgende:

- Die Forensiese Psigiaters
- Die Mediese Beamptes (Psigiatriese Registrateurs)
- Die Forensiese Kliniese Sielkundiges
- Die Forensiese Sosiale Werkster (Maatskaplike Werkster)
- Die Arbeidsterapeut

2.8.4 Spesifieke programme en reëls in die eenheid.

Die volgende reëls geld in die eenheid:

Parool

Geen inwoner in 'n Suid-Afrikaans forensiese psigiatriese eenheid kry parool nie. In Brittanje het die navorser waargeneem dat die kliënte/pasiënte wel begeleidingsparool of selfstandige parool kry afhangende van die pasiënt se gedrag en geestestoestand.

Besoeke

Kliënte/pasiënte word toegelaat om besoek op vasgestelde tye van familie en vriende te ontvang. Die volgende reëls word derhalwe toegepas:

- Besoeke geskied op vasgestelde tye;
- 'n Beperkte aantal besoekers word per pasiënt op 'n tydstip toegelaat;
- alle besoeke geskied onder toesig;
- Die sekuriteit behou die reg om besoekers te onderwerp aan 'n roetine ondersoek vir vuurwapens of enige ander skadelike of gevaarlike artikels wat in die eenheid ingebring mag word;
- Sekere kliënte/pasiënte soos observasie gevalle word geen besoekers toegelaat in die eerste tydperk van hul verblyf in die eenheid nie.

Die maak van telefoonoproepe:

- Kliënte/pasiënte word toegelaat om telefoonoproepe vanaf 'n publieke telefoon in die eenheid te maak;
- Oproepe geskied op vasgestelde dae;
- Sekere kliënte/pasiënte word nie toegelaat om oproepe te maak nie

□ Die kyk van Televisie

Alle kliënte/pasiënte word toegelaat om op vasgestelde tye televisie te kyk, met die uitsluiting van sekere observasie kliënte/pasiënte.

□ Enkelkamers

Goed gemanierde, verantwoordelike kliënte/pasiënte word die voorreg gegee om alleen in 'n oop enkelkamer te woon en sodoende verseker hy/sy homself van ekstra voorregte.

□ Toelatings

Kliënte/Pasiënte met gedragsprobleme en of hanteringsprobleme word vanaf ander sale toegelaat.. Verhoorafwagende kliënte/pasiënte wat verwys is vanaf verskeie gevangenisse via die howe word toegelaat vir observasie van hul geestestoestand.

□ Ontslagte

- Na die \pm 30 dae observasie periode (of soos dit die hof behaag) word die verwysde observasie kliënte/pasiënte teruggestuur na die hof met hul evaluasieverslag, begelei deur die SAP Polisie (gewoonlik die ondersoekbeampte) en ontslaan vanaf die eenheid;
- Tydelike ontslag word toegestaan wanneer die pasiënt onder streng begeleiding in 'n algemene hospitaal toegelaat word;

- Indien 'n gewone pasiënt se gedrag so verbeter, word hy/sy teruggestuur na sy saal van oorsprong en ontslaan;
- Soms word baie moeilike en psigiatrisie kliënte/pasiënte ook terug ontslaan na die gevangenis om hul straf aldaar te gaan uitdien.

□ Veiligheidsmaatreëls

'n Verpleegkundige moet die volgende handhaaf:

- Nooit alleen met 'n pasiënt wees nie;
- Die gebruik van enige skerp- of staalapparate soos byvoorbeeld lepels of ander eetgerei vermy en verkieslik plastiek gebruik;
- Epileptiese kliënte/pasiënte moet in die slaapsaal naaste aan die verpleegstasie slaap om sodoende gou gehelp te kan word indien 'n toeval sou voorkom.

□ Afsondering

Spesiale enkelkamers word gebruik om gevaarlike, moeilik hanteerbare en aggressiewe kliënte/pasiënte in af te sonder vir hul eie veiligheid en die veiligheid van ander persone.

□ Kleredrag

Die kliënte/pasiënte mag hul eie privaatklere in die eenheid dra, maar aanvaar self verantwoordelikheid daarvoor. Sekere kliënte/pasiënte word vir veiligheidsmaatreëls en observasiedoeleindes in nagklere en 'n kamerjas verpleeg.

□ Behandeling

Sekere kliënte/pasiënte ontvang geen behandeling of medikasie tydens sy observasie tydperk nie, slegs indien dit lewensnoodsaaklik is, want dit mag die observasie proses beïnvloed.

2.9 SAMEVATTING

Slegs beperkte Internasionale literatuur oor forensiese verpleging is gevind. Geen Suid-Afrikaanse literatuur kon gevind word nie. Alhoewel die rol, funksies en aktiwiteite van psigiatriese verpleegkundiges aangedui word in die literatuur, word daar min verwys na die psigiatriese verpleegkundige werksaam in gespesialiseerde eenhede soos 'n forensiese psigiatriese eenheid. Die navorser het daarom in hierdie hoofstuk ook aspekte bespreek op grond van eie ondervinding en praktykervaring oor die afgelope 20 jaar.

HOOFSTUK 3

DIE ROL EN FUNKSIES VAN DIE FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDIGE

3.1 INLEIDING:

Die verhoogde toename van die moderne leefwyses en werkstressors veroorsaak 'n veronrusbarende toename in geestesongesteldhede onder mense en die eise vir verpleegkundiges om in psigiatriese eenhede te werk, is aan die toeneem.

Die verpleegkundige werksaam in 'n forensiese psigiatriese eenheid vereis 'n ander-soortige benadering tot verpleging. Die klem verskuif vanaf 'n taakgeoriënteerde benadering tot 'n meer holistiese benadering tot die kliënt/pasiënt.

Die vernaamste doelwit van psigiatriese verpleging is om die kliënt by te staan tot hy/sy optimale geestesgesondheid kan geniet en weer aktief in sy gemeenskap kan leef.

3.2 ALGEMENE EIENSKAPPE, VAARDIGHEDE EN HOUDINGS VAN 'N FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDIGE

Om 'n suksesvolle psigiatriese verpleegkundige te kan wees, is sekere vaardighede, kennis, houdings en waardes nodig.

Die aanleer van toepaslike houdings en waardes neem jare van toegewyde leer en onderrig om aan te kweek en die vaardighede moet ingeoefen word. Die verpleegkundige moet ook voortdurig haar/sy eie praktyk evalueer.

3.2.1 Eienskappe van die forensies psigiatriese verpleegkundige.

Die verpleegkundige moet oor die volgende eienskappe beskik om 'n suksesvolle forensiese psigiatriese verpleegkundige te kan wees:

- Hy/sy moet emosioneel volwasse wees, selfdissipline hê, 'n rolmodel wees en 'n voorbeeld vir die kliënt en die res van die multidissiplinêre spanlede wees;
- Hy/sy moet selfstandig wees en vertrou kan word, verantwoordelikheid kan aanvaar vir sy/haar optrede en sy/haar emosies kan beheer;
- Empatie, kalmte en 'n warmte kan toon teenoor sy/haar pasiënte;
- Aanpasbaar wees vir die diens, persoonlike en morele integriteit handhaaf; en
- Doelgerig wees, baie geduld hê, en besluite en leiding kan neem in die eenheid.

(Uys, 1979)

3.2.2

Vaardighede van die forensiese psigiatrisiese verpleegkundige.

'n Forensies psigiatrisiese verpleegkundige moet oor die volgende vaardighede beskik.

- Goeie kommunikasie vaardighede en 'n luisterkuns kan handhaaf. Elke gesprek moet terapeuties van aard wees;
- Goeie verpleegobservasies van die forensiese kliënt kan doen en dit korrek kan interpreteer en rapporteer;
- Altyd bewus en waaksaam wees oor die sekuriteit van die eenheid en die veiligheid van die pasiënte;
- Risikobeheer kan toepas;
- Vaardig wees in die algehele bestuur van 'n maksimum sekuriteiteenheid;
- Sy/hy moet stresbeheer kan fasiliteer, aktiwiteits- en konsentrasiegroepe kan aanbied en by die groepe betrokke wees;
- Die verpleegkundige moet pasiënt kan begelei in terapeutiese aktiwiteite (soos byvoorbeeld uitstappies) om hul sosialiseringvaardighede te kan observeer en verbeter;
- Alle probleme tesame met die multidissiplinêre span in die eenheid realisties kan oplos;

- Betrokke wees by indiensopleiding en die induksieprogram van die forensies psigiatriese studente en verpleegpersoneel toegeken aan die eenheid;
- Optree in krisisintervensies, pasiëntebeheer en beperkings instel indien nodig;
- 'n Goeie selfkonsep (begrip) hê;
- Vaardig wees in terapeutiese groepwerk, onderhoudvoering en berading;
- Altyd op die uitkyk wees vir nuwe idees en op hoogte bly van alle nuwe verwickelinge.

(Morrison, 1992)

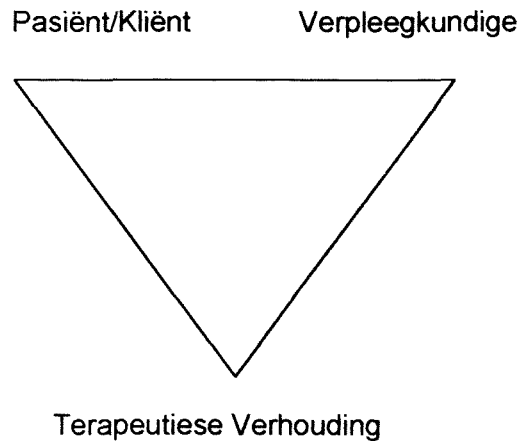
3.2.3

Houdings en gesindhede van die forensiese psigiatriese verpleegkundige

- Die verpleegkundige moet die pasiënt aanvaar en respekteer soos hy is en nie bevooroordeeld teenoor hom/haar wees nie. Objektiviteit geld ten alle tye;
- Hy/sy moet altyd realisties en positief in sy/haar optrede wees;
- Hy/ sy moet ferm, regverdig en konsekwent optree;
- Hy/sy moet ontvanklik, betrokke wees en sy/haar samewerking gee aan die spanlede;
- Ondersteuning moet ten alle tye gegee word;
- Vriendelikheid en besorgdheid moet teenoor die pasiënte getoon word. Sy/hy moet altyd beskikbaar wees wanneer hulle haar/hom nodig het;
- humorsin hê;

Daarom moet die verpleegkundige 'n baie goeie waarnemer wees, nie net van die pasiënt nie, maar ook van die omgewing en die situasie rondom hom/haar. Daar kan derhalwe verwys word na die psigiatriese driehoek in figuur 3.1.

Die Psigiatriese Driehoek bestaan uit die pasiënt, die verpleegkundige en die terapeutiese verhouding. Die terapeutiese verhouding is die spil waarom alles draai (Figuur 3.1.)

Figuur 3.1**Psigiatriese Driehoek**

Die verhouding moet gebaseer word op wedersydse aanvaarding, vertrou en kommunikasie.

Die kliënt/pasiënt is en bly die belangrikste komponent van die psigiatriese driehoek en moet as sulks behandel word.

3.3 **SPEZIALE VAARDIGHEDE VAN FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEGING**

Die forensiese psigiatriese verpleegkundige moet ook oor die volgende spesifieke vaardighede beskik en:

- 'n Deeglike kennis van kultuurverskille hê: Inwoners van verskillende etniese groepe het verskillende filosofieë en waardesisteme, praat verskillende tale en mag verskillende godsdienstige agtergronde hê;
- 'n Uitsonderlike, skerpsinnige waarnemer wees, nie net van die inwoners nie, maar ook van die omgewing; wat hom/haar waarsku wanneer alles nie pluis is nie;
- Baie oplettend wees, hul /kliënte/pasiënte ken, enige veranderinge dadelik kan waarneem asook die leiers onder die kliënte/pasiënte ("ring leaders") uitken;

- Ferm, eerlik, konsekwent en sorgsaam wees. Behandel elke pasiënt op dieselfde manier. Sorgsaamheid en ondersteuning kan nie genoeg beklemtoon word nie. Baie van die inwoners het skuldgevoelens as gevolg van hul kriminele daad en is baie gefrustreerd omdat die duur van hulle verblyf in die hospitaal nie vooraf bepaal kan word nie. Dit is nie soos in die gevangenis waar die persoon 'n datum kry oor die dag van vrylating en die persoon leef en streef vir daardie dag nie. Die pasiënt kan derhalwe moedeloos raak.
- Ten alle tye moet personeel bevoeg wees om uitdagende situasies te hanteer en bewus wees van manipulerende gedrag;
- Dit is belangrik om altyd 'n sin vir humor en 'n positiewe gesindheid te hê. Dit is belangrik om humor en pret aan te moedig, die inwoners te laat lag en dus hul neerdrukkende omgewing en frustrasies teen te werk;
- 'n Baie belangrike komponent in die hantering van aggressiewe gedrag is dat alle personeel die respek van die inwoners moet hê;
- Die vermoë om goeie interpersoonlike vertrouensverhoudings te hê en die vaardigheid om aggressiewe pasiënte en moeilike situasies te hanteer, is 'n kuns wat aangeleer moet word. Dit is van die uiterste belang in 'n forensiese eenheid. Hoe meer vaardig die personeel in hierdie areas is, hoe veiliger is hulle en kan hulle meer bydra om die span se doel te bereik. Dit is selde dat die inwoners personeel wat hulle vertrou en respekteer sal dreig of aanval. Indien 'n gevaarsituasie sou ontstaan, sal daar altyd ander pasiënte wees wat tot die hulp van die personeel sal snel. Dit sal egter nie die geval wees indien 'n pasiënt 'n negatiewe houding teenoor 'n spesifieke personeel het nie. Hulle sal slegs die situasie aanskou en toekyk hoe die personeel aangerand word.

'n Ander belangrike spesiale vaardigheid van 'n forensiese psigiatriese verpleegkundige is om as 'n gevallebestuurder te kan optree. 'n Kliënt word aan 'n verpleegkundige toevertrou en is gevolglik verantwoordelik vir die kliënt. Hy/sy moet

na al die kliënt se behoeftes omsien asook alle noodsaaklike beskikbare inligting in te win.

Die verpleegkundiges as gevallebestuurders moet ook die geleentheid gegun word om 'n gevallestudie van 'n observasiegeval (kliënt) te doen en voor te lê aan die multidissiplinêre span by 'n gevallevoordragsessie. Dit dien ook as 'n baie goeie leerproses en gee aan die verpleegkundige die kans om al haar vaardighede te gebruik en te toets.

Daar is drie moontlike modelle om gevallebestuur toe te pas:

- Die algemene model: In die model is een gevallebestuurder verantwoordelik vir alle bestuursfunksies. Die kliënt kan met een persoon 'n verhouding opbou;
- Die spesifieke model: Elke personeellid is verantwoordelik vir 'n spesifieke aspek van bestuur;
- Die terapeutiese model: In hierdie model is die gevallewerker ook die terapeut.

Gevallebestuurprogramme mag verskil, maar alle programme deel die volgende funksies:

- Identifikasie van en uitreiking na die kliënt;
- Evaluering van individue of gesinslede;
- Beplanning van dienste;
- Monitering van die gebruik en voorsiening van dienste; en
- Voorspraak (advokaat) vir die kliënt en verbetering van dienslewering.

(Uys, L, 1997).

3.4 **DIE IMPLIKASIES VAN DIE STRAFPROSES WET 51 VAN 1977 VIR DIE FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDIGE**

Die verpleegkundige moet 'n deeglike kennis hê van die Strafproseswet 51 van 1977 en die implikasies wat dit het in die praktyk.

Dit is nodig om kortliks te verwys na die voorskrifte vervat in Hoofstuk 13 van die Strafproseswet 51 van 1977 wat betrekking het op die vermoë van 'n beskuldigde in strafverrigtinge om die verrigtinge te begryp (Artikel 77), die strafregtelike toerekenbaarheid van geestesongesteldes of persone met gebreke (Artikel 78) en 'n paneel vir die doeleindes van ondersoek na die vermoë van 'n beskuldigde om verhoor te word, dus sy/haar toerekenbaarheid (Artikel 79). (Kruger, 1980)

Die Wet omskryf ontoerekenbaarheid soos volg: "Iemand wat 'n handeling verrig wat 'n misdryf uitmaak en wat ten tye van so 'n verrigting aan 'n geestesongesteldheid of geestesgebrek ly wat tot gevolg het dat hy nie oor die vermoë beskik om:

- om die ongeoorlooftheid van sy handeling te besef nie, of
- om ooreenkomstig 'n besef van die ongeoorlooftheid van sy handeling op te tree nie, is nie vir so 'n handeling strafregtelik toerekenbaar nie (Artikel 78)".

(Strauss, 1988)

So 'n persoon moet dan deur die hof tot "Staatspasiënt" verklaar word, dit wil sê, moet in 'n inrigting vir geestesongesteldes of 'n gevangenis opgeneem word, afhangende die besluit van die president. Dit kom neer op 'n bevel vir onbepaalde opname van die geestesongestelde persoon. 'n Soortgelyke bevel word gemaak as 'n hof gedurende enige stadium van die strafverrigtinge vind dat vanweë geestesongesteldheid die beskuldigde nie in staat is om die verrigtinge dermate te begryp dat hy/sy verdediging na behore kan geskied nie.

Indien daar twyfel is oor 'n beskuldigde se geestestoestand, moet hy/sy na 'n inrigting vir geestesongesteldes (of ander plek deur die hof aangewys) verwys word vir 'n maksimum tydperk van 30 dae. Die persoon se geestestoestand word dan ondersoek. Toe 'n doodstraf nog opgelê is, en 'n beskuldigde aangekla is van 'n

misdadigde waarvoor die doodstraf nie opgelê mag geword het, is hy deur die mediese superintendent van die hospitaal (of deur 'n psigiater benoem deur die superintendent op versoek van die hof) vir geestesongesteldes ondersoek. As die beskuldigde van 'n halsmisdadig (dit wil sê 'n misdadig waarvoor die doodstraf opgelê kon word byvoorbeeld moord, roof, hoogverraad, ens.) aangekla is, is 'n paneel saamgestel bestaande uit die mediese superintendent, of 'n psigiater en 'n psigiater deur die hof aangestel wat nie in die healtydse diens van die staat was nie, asook 'n psigiater deur die beskuldigde aangestel indien hy dit sou verlang (Strauss, 1988).

Volgens die nuwe grondwet van Suid-Afrika is die "doodstraf" afgestel en kan slegs 'n lewenslange vonnis opgelê word.

Die volgende observasies moet volgens die Strafproses Wet No 51 van 1977 van elke pasiënt gedoen word:

Die vermoë van die beskuldigde, volens Hoofstuk 13, om die verrigtinge te begryp. Geestesongesteldheid en strafregtelike toerekenbaarheid.

- Artikel 77:
 - Vermoë van die beskuldigde om verrigtinge te begryp;
 - Artikel 78:
 - Geestesongesteldheid of geestesgebrek en strafregtelike toerekenbaarheid;
 - Artikel 79:
 - Instel van n paneel vir die doeleindes van ondersoek en verslag ingevolge artikels 77 en 78; en
 - Artikel 286.A.:
- Verklaring van sekere persone tot gevaarlike misdadigers.

3.5 TERAPEUTIESE VERPLEEGKUNDIGE-PASIËNT VERHOUDING

'n Baie belangrike aspek in die forensiese psigiatrisie verpleegpraktyk is om 'n terapeutiese verhouding daar te stel.

3.5.1 Definisie

Dit is 'n professionele verhouding tussen 'n verpleegkundige en 'n pasiënt waar die verpleegkundige haar/sy persoonlikheid sowel as spesifieke tegnieke gebruik om die pasiënt te help om sy/haar gedrag te verander.

3.5.2 Doelstellings van die terapeutiese verhoudings

Die doelstellings is:

- om die pasiënt se selfkonsep te verbeter aangesien 'n positiewe selfkonsep lei tot sekuriteit;
- angs te verminder sodat positiewe gedragsverandering kan plaasvind; ondersteuning in die aanleer van kommunikasie en sosiale vaardighede vir emosionele groei, om betekenis aan sy lewe te gee;
- stimulering en instandhouding van die pasiënt op fisiese-, psigiese-, emosionele- en sosiale vlak;
- inwin van inligting vir opstel van verpleegsorgplan; en
- individuele verpleegterapie.

3.5.3 Vereistes van 'n terapeutiese verhouding.

Vir 'n effektiewe terapeutiese verhouding is die volgende aspekte noodsaaklik:

- Die verpleegkundige moet eerstens 'n vertrouensverhouding met haar kliënt opbou deur te toon dat hy/sy onvoorwaardelik aanvaar word ongeag die oortreding, etnisiteit of geloof;

- Die kliënt word aanvaar as persoon maar nie sy gedrag nie. Deur rapport, empatie en doelgerigte kommunikasie kan die kliënt bereik word. Oogkontak toon opregte belangstelling;
- In die terapeutiese verhouding moet die verpleegkundige die doelstellings aan die kliënt bekend maak, sodat die kliënt meer vertrou in die verpleegkundige kan toon;
- 'n Bietjie humor op 'n professionele vlak behoort in die verhouding ingebou te word. Dit sal kleur gee en stel die kliënt meer op sy gemak.
- Skei die pasiënt van sy kriminele oortreding en verhoed om die pasiënt te etiketteer.

3.5.4 Vereistes van die verpleegkundige in 'n terapeutiese verhouding

Die verpleegkundige se optrede moet terapeuties wees, daarom moet sy 'n kennis hê van die psigodinamiese aspekte van die mens:

- Die verpleegkundige moet bewus wees van hom/haarself, sy/haar eie emosies en gedrag ken en verstaan en in beheer wees daarvan en nie toelaat dat emosies die oorhand kry in professionele optrede nie;
- Die verpleegkundige moet as 'n rolmodel optree en 'n voorbeeld stel deur sy/haar optrede en gedrag;
- Hy/sy moet duidelikheid hê oor sy/haar eie waardesisteme en 'n sin hê vir altruïsme, (naasteliefde) 'n sin vir etiek en respek en daarvolgens handel;
- Die verpleegkundige moet verantwoordelikheid kan aanvaar en oordra aan haar pasiënt.
- Ander belangrike eienskappe behels:
 - Respek;
 - Opregtheid;
 - Oplettendheid;
 - Aanvaarding;

- Positiewe en sensitiewe;
- Onbevooroordeelde wees;
- Empatie;
- Selfvertroue.

Verpleegkundiges vervul verskillende rolle. Aangesien hulle 24 uur lank in kontak met die pasiënt is, is hulle in 'n unieke posisie om die pasiënt se gedrag waar te neem wat uiters belangrik is vir diagnostiese doeleindes. Die hoofdoel is die fisiese versorging van die pasiënt, die uitvoer van mediese prosedures en toediening van medikasie. Hulle moet betroubare persone wees wat 'n diens aan die pasiënt verrig daarin dat hulle aan die pasiënt geborgenheid verleen. Deur die skep van 'n terapeutiese omgewing in die saal/hospitaal, die opbou van warm, aanvaardende verhouding met die pasiënt, bring hulle vertroue en 'n positiewe verandering in die gedrag van pasiënte teweeg. Verder is hulle opgelei om gesinslede van die pasiënt te ondersteun, van advies te voorsien en empaties met hulle mee te leef.

3.5.5 Riglyne vir 'n terapeutiese verhouding

Die riglyne sluit die volgende in:

'n Verpleegkundige-pasiënt verhouding is 'n reeks interaksies tussen 'n verpleegkundige en 'n pasiënt met wedersydse betrokkenheid, waartydens die verpleegkundige die pasiënt met sy/haar probleme bystaan;

Die terapeutiese verpleegkundige-pasiënt verhouding is die raamwerk waarbinne enige terapie plaasvind. Die verpleegkundige moet die verhouding inisieer, met ander woorde, die pasiënt opsoek en volhard in sy/haar toenadering tot die pasiënt.

Die verhouding is ten alle tye streng professioneel en mag nie in 'n sosiale verhouding ontaard nie.

Oordrewe emosionele betrokkenheid met pasiënte kan die beeld van die professionele verpleegkundige skaad.

3.5.6

Die Fases van die verloop van die terapeutiese verhouding:

Elke verhouding is uniek en gaan dikwels deur 'n paar algemene fases, die fases oorvleuel soms mekaar en verskil in tydsduur na gelang van die omstandighede.

- Pre-interaksie fase:
- In hierdie fase het die verpleegkundige al gehoor van die pasiënt, maar het hom /haar nog nie ontmoet nie. Die bronne van inligting is ander spanlede of die kliënt se rekords en verslae.
- Oriënteringsfase:
- Hierdie fase begin wanneer twee mense vir die eerste keer ontmoet en mekaar leer ken. Dit sluit in die ontmoeting, bekendstelling en die opbou van 'n wedersydse vertroue. Die verpleegkundige en die kliënt gaan 'n soort van 'n ooreenkoms aan om saam te werk en die kliënt te help.
- Werksfase:
- Tydens hierdie fase word die kliënt ondersteun, aangemoedig en gerusgestel.
- Afsluitingsfase:
- Dit is die beëindiging van die verhouding met ontslag of oorpasing na ander afdelings.
- Dit is belangrik om altyd die volgende aspekte in gedagte te hou met 'n terapeutiese verhouding:
- Alle pasiënte, ongeag watter tipe pasiënt dit is, het 'n behoefte aan aandag of om te ontlaai, ongeag die tipe pasiënt;
- Verskeie vorms van nie-verbale sowel as verbale gedrag kan getoon word en weens hul gedrag is sommige pasiënte onaanvaarbaar vir die verpleegkundige;

- Die verpleegkundige moet onthou dit is dalk die kliënt se beste tipe gedrag waartoe hy tans instaat is en die kliënt moet aanvaar word ten spyte van hierdie gedrag;
- Verskillende reaksies kan by verskillende pasiënte voorkom. Kultuur en opvoeding moet in aanmerking geneem word;
- Die psigiatriese diagnose van die pasiënt kan die verhouding met die pasiënt beïnvloed, byvoorbeeld die hantering van die depressiewe pasiënt in teenstelling met die hiperaktiewe pasiënt, sal aansienlik verskil;
- die kliënt moet verstaan dat hy/sy die reg het om te huil. (Arnold, 1999)

3.5.7 Probleme wat die terapeutiese verhouding kan beïnvloed:

Daar is verskille tussen die verpleegkundige en die kliënt. Hierdie verskille kan die verhouding beïnvloed. Dit moet geïdentifiseer en aangespreek word en sluit in ouderdom-, geslag, opvoedkundige vlak, kultuur- en kommunikasieverskille wat 'n invloed op die kliënt se gedrag mag hê.

Probleme wat mag voorkom, sluit in:

- Die onvermoë van die verpleegkundige om gedrag te hanteer en die onwilligheid van die kliënt om te verander. Die verpleegkundige mag dit moontlik nie herken nie, of in staat wees om dit te hanteer nie;
- Die verpleegkundige misbruik haar posisie om persoonlike probleme op te los;
- Die kliënt mag aangetrokke voel tot die verpleegkundige. Die verpleegkundige se emosies mag nie die oorhand kry nie en hy/sy moet hulle bepaal by professionele pligte en gedrag.

3.5.8 Verskille tussen professionele en sosiale verhoudings:

Daar is 'n duidelike verskil tussen professionele en sosiale verhoudings soos aangedui in tabel 3.1.

Tabel 3.1**Verskille tussen Professionele- en Sosiale Verhoudings**

Professioneel	Sosiaal
1. Doel - terapeuties	Doel – persoonlike plesier
2. Word beplan	Ontwikkel spontaan
3. Fokus op pasiënt se persoonlike- en emosionele behoeftes.	Behoeftes van beide persone moet bevredig word.
4. Gestruktureerd.	Ongestruktureerd.
- Bewus van die vordering van die Verhouding; - Word deurlopend evalueer.	- Gaan bloot daarvoor om mekaar tevrede te stel.
5. Word professioneel beëindig.	Beëindiging kan positief of negatief wees.

3.6**DIE VERPLEEGKUNDIGE IN DIE OBSERVASIE EENHEID**

Pasiënte word gestuur vir observasie, soms voor of gedurende hul hofverrigtinge of kriminele ondersoek, om hulle toerekenvatbaarheid en hulle kriminele verantwoordelikheid vas te stel, of hulle geestessiek is en hul behandeling benodig. In sommige hospitale is die observasiegevalle en die sekuriteitspasiënte in dieselfde eenheid. Dit kan baie behandeling- en hanteringsprobleme veroorsaak. Twee konsepte wat sterk na vore kom, is observasie en waarneming.

3.6.1**Definisie van Observasie**

Elke pasiënt het sy individuele behoeftes. Dit veroorsaak dat daar baie verskille is. Daar is geen vaste reëls vir observasie nie, en elke pasiënt benodig verskillende vlakke van observasie op verskillende tye.

Die doel van observasie is om informasie rakende die pasiënt in te samel. Dit mag ook dien as voorkoming van gevaar en risiko's vir besering van die pasiënt en ander persone. Die term "observasie" inkorporeer die sien van, hoor van en interaksie met die individu. Die woord observasie is sinoniem met waarneming, maar observasie in forensiese psigiatrie het 'n besondere betekenis, naamlik observasie volgens die Strafproses Wet. Observasie moet nooit gebruik word om te diskrimineer op grond van geloof, ras of kultuur nie.

Observasie is 'n vaardigheid van die verpleegkundige, waardeur data deur akkurate, volledige en ordelike waarneming versamel word.

3.6.2 Definisie van waarneming

Waarneming is die versameling van rou sensoriese data sonder om dit te interpreteer. Dit sluit in wat gesien, gehoor, geruk en gevoel is. Om waar te neem beteken om op te merk, om bewus te wees van of om te fokus op wat in 'n situasie gebeur; dit impliseer doelbewuste noukeurige ondersoek of gekonsentreerde aandag. Waarneming is 'n aktiewe proses waardeur rou sensoriese data met begrip versamel word, sonder om dit te interpreteer. (Uys, 1979)

3.6.3 Proses van observasie en waarneming.

In Figuur 3.2 word die proses skematies uiteengesit:

Figuur 3.2**Die proses van observasie en waarneming.**

A. Indruk/idee/belewing

'n sensoriese subjektiewe gevoel oor die hele situasie word verkry



B. Uitgangspunt

idee kry gestalte en identifisering van aspekte wat met mekaar verband hou



C. Gedifferensieerde waarneming van alle besonderhede



Interpretasie.

3.6.4 Beginsels vir waarneming en observasie.

Die beginsels vir waarneming is:

- Waarneming is akkuraat as die waarnemer net waarneem wat in die besondere situasie plaasvind;
- Waarneming is volledig as voldoen is aan al die vereistes inherent aan die doel van die waarneming, en
- Waarneming is ordelik as die verband tussen dele van die data wat versamel is geredelik gesien kan word.

3.6.5 Tipes Waarnemers.

Waarneming kan in die volgende konteks plaasvind:

- Toeskouerverhouding: Die pasiënt is nie bewus van die waarneming nie en die verpleegkundige staan buite die fokus van sy gedrag. Die

verpleegkundige mag byvoorbeeld met een pasiënt gesels, maar 'n ander pasiënt waameem sonder dat die pasiënt daarvan bewus is.

- Onderhoudvoerder verhouding: Die pasiënt is bewus daarvan dat sy reaksie op die situasie of vrae deur die verpleegkundige opgemerk of gerekordeer word.
- Versamel inligting verhouding: Verslae en rekords wat deur ander spanlede voltooi of voorberei is, word deur die verpleegkundige gebruik.
- Deelnemer verhouding: Die verpleegkundige neem die pasiënt waar terwyl sy voortgaan met gewone verpleegfunksies, byvoorbeeld 'n verpleegprosedure of aktiwiteite saam met die pasiënte te doen soos om tennis te speel. Die pasiënt is nie bewus dat sy gedrag waargeneem word nie (Uys, 1979).

3.6.6 Redes vir waarneming.

Die verpleegkundige deel 'n algemene ervaring met die pasiënt omdat sy baie tyd saam met die pasiënt deurbring en as gevolg hiervan bou sy 'n goeie terapeutiese verhouding met die pasiënt op. Dit is deel van haar rol en pligte om waar te neem. Die verpleegkundige is die spanlid wat by uitstek geskik is om volledige waarnemings van pasiënte te maak omdat sy:

- aaneenlopende 24 uur diens lewer en dus nie slegs die pasiënte dwarsdeur die dag sien nie, maar ook deur die nag en oor naweke;
- 'n goed-aanvaarde rol in die afdeling het en sy/haar teenwoordigheid dus die gedrag van die pasiënte so min as moontlik sal verander; en
- In die loop van gewone pligte gedurig en in verskillende situasies direk kontak met die pasiënte het.

Sy moet data versamel vir diagnostiese en behandelingsdoeleindes en in sommige gevalle vir gebruik in die hof wat dan saam met die hele span gedeel word. Dit dien ook om 'n omvattende verpleegsorgplan saam te stel.

Pasiënte se gedrag kan sodoende vooruit bepaal word en risiko's vir selfmoord, aggressiewe uitbarstings en agteruitgang kon bepaal word en sodoende kan probeer word om dit te voorkom.

Die verpleegkundige neem die pasiënt waar om die pasiënt beter te verstaan en fasiliteer derhalwe 'n beter interpersoonlike verhouding.

3.6.7 Probleme met waarneming.

Die probleme wat kan voorkom, sluit die volgende in ;

- Aangesien waarneming gedoen word deur 'n mens wat gedurig dink en voel oor wat hy sien, hoor en ruik, is dit nodig om objektief tenoor die saak te staan, die waarnemer se negatiewe emosies, dit wil sê die emosies word so min as moontlik toegelaat om sy waarnemings te kleur. Dit word objektiwiteit genoem.
- Die veld wat die verpleegster met haar waarneming moet dek, naamlik die totale voorkoms en gedrag van die pasiënt is so groot dat belangrike aspekte maklik uitgelaat kan word. Die aspekte wat waargeneem behoort te word, moet georganiseer word sodat die data volledig genoeg is vir gebruik. Hier is dit van besondere belang dat die waarnemer sekerheid kry oor wat die uitgangspunt is (stap B in die waarnemingsproses, Figuur 3.2).
- Die wye veld van waarneming veroorsaak dat dit moeilik is om alle waargenome inligting te kan hanteer. Lundberg (in Peplau, 1952) noem dat die waarneming wat die meeste verpleegkundiges nou doen "random observation" is. Daarmee bedoel hy dat die verpleegkundige eenvoudig alles neerskryf wat hy/sy opgemerk het en dink alles is ewe belangrik. Hy meld dat die verpleegkundige totaal van toeval afhanklik is en dat die data wat verkry word so ongesistematiseer is dat dit baie moeilik is om te gebruik, waar dit eintlik toepaslik behoort te wees.
- Hoe hoër die pasiënt-verpleegster ratio, hoe moeiliker is dit om volledige waarneming van al die pasiënte te doen.

- Baie afdelings is nie gebou om waarneming te vergemaklik nie, byvoorbeeld dienskamers is ver van pasiënteareas en eenrigting glasafskortings is skaars en duur (Uys, 1979).
- Daar is kultuurverskille en derhalwe is die moontlikheid groot dat 'n situasie verkeerd geïnterpreteer kan word.
- 'n Pasiënt/gevangene wat baie geslepe en ervare is kan 'n onervare psigiatriese verpleegkundige mislei of manipuleer in sy/haar waarnemings van die pasiënt; en
- Kommunikasieprobleme as gevolg van die verskillende tale wat gepraat word,, sintuiglike gebreke soos doofheid/spraakgebreke en blindheid kan voorkom.

3.7 **OBSERVASIES SOOS GEDOEN IN DIE VERENIGDE KONINKRYK**

In die Verenigde Koningryk ("England") is die volgende maniere van "Observasie" gesien. By "Reaside Clinic", Birmingham, 'n gespesialiseerde forensiese kliniek vir ± 90 pasiënte wat in 1987 geopen het, is hul observasieprosedure soos volg:

3.7.1 **Doelstellings:**

Die doelstellings van observasies is om:

- Die pasiënt se veiligheid en sekuriteit te handhaaf;
- Die pasiënt te beskerm teen besering, om selfbesering te voorkom of te verminder en aggressiewe gedrag teenoor ander te voorkom;
- Die pasiënt te ondersteun, sorg te voorsien; en
- Ernstige beskadiging van eiendom en ontsnappings uit die hospitaal te voorkom.

3.7.2 **Beginsels:**

Observasie moet behoefte gebaseerd en pasiënt gefokus wees ten alle tye.

3.7.3 Tipes Observasies:

Die Engelse praat van drie maniere van observasie. Die metodes word gebruik volgens individuele behoeftes van die pasiënt.

- Spesiale Observasies;
- Geslote Observasies; en
- Algemene Observasies.

Alle observasies word deur die kliniese span tydens die kliniese saalrondes bespreek. Elke pasiënt se observasies word ook in die verpleegsorgplan geïntegreer en bespreek.

Die vlakke van observasie moet aanpasbaar wees soos die situasie dit vereis.

3.7.3.1 Spesiale Observasie

- Die prosedure en rede vir observasie moet aan die pasiënt verduidelik word, indien moontlik;
- Die aantal personeel benodig vir spesiale observasies sowel as die teenwoordigheid van personeel mag verskil afhangende van die situasie. Dit moet uiteengesit word in die pasiënt se verpleegsorgplan, byvoorbeeld
 - “Within eye sight” = in gesigsveld wees;
 - “At arms length” = arm lengte (arm ruimte);
 - Wanneer moet die pasiënt in die slaapkamer wees;
 - Twee personeellede moet altyd teenwoordig wees;
- Die verpleegkundige-in-bevel koördineer die verpleegsorg. Elke lid van die span moet ingelig en bewus wees van die pasiënt se verpleegsorgplan;
- Spesiale observasie kan baie stresvol en vermoeid wees. Voldoende rusperiodes tussenin word aanbeveel, en die verpleegkundige behoort na 'n uur of twee afgelos te word;

- Die vlak van observasie is indringend en maak inbreuk op die pasiënt se privaatheid. Dit behoort dus daagliks hersien te word deur die kliniese span of dit nog aangedui is; en
- Met oorhandiging aan 'n volgende verpleegkundige moet daar terugvoer gegee word.

3.7.3.2 Geslote Observasie

- Dit is die monitering van 'n pasiënt se spesifieke bewegings en aktiwiteite deur 'n toegewysde verpleegkundige;
- Die vlak van observasie sluit in spesifieke detail soos voorgeskryf deur die multidissiplinêre span;
- Die verpleegkundige-in-bevel sal die vlak van observasie kan verander soos pasiënt se behoeftes dit benodig;
- Die prosedure word aan die pasiënt verduidelik indien moontlik;
- Die Verpleegkundige-in-bevel sal 'n verpleegkundige toewys om die observasie te koördineer;
- Alle periodes van observasie sal gerekordeer word op 'n observasierekord elke 15 minute. Die pasiënt word hanteer op 'n een-tot-een basis tydens terapeutiese aktiwiteite;
- Die verpleegkundige-in-bevel verseker dat alle spanlede ingelig is van pasiënt se observasie;
- Die verpleegkundige oorhandig die pasiënt aan die volgende verpleegkundige wat by haar/hom oomeem; en
- Enige verandering in die vlak van observasie word oorgedra aan alle lede van die span en gerekordeer.

3.7.3.3 Algemene Observasies.

Dit sluit in die algemene "bewuswees" van die pasiënt se geestestoestand en sy bewegings en word gedoen deur alle spanlede direk betrokke by die pasiënt se verpleegsorg.

3.8 **DIE NEEM VAN 'N FORENSIESE PSIGIATRIESE GESKIEDENIS DEUR DIE VERPLEEGKUNDIGE.**

Elke forensiese psigiatriese verpleegkundige behoort 'n psigiatriese geskiedenis van haar kliënt te kan neem by eerste kennismaking. Dit dien om 'n geheelbeeld van die kliënt te kan kry en sodoende 'n verpleegdiagnose te kan maak. Daarna word 'n verpleegsorgplan saam met res van die span opgestel. By eerste kennisname word die pasiënt bekend gestel aan die verpleegpersoneel, sy omgewing en die reëls van die eenheid. Die pasiënt is gewoonlik baie senuweeagtig, angstig en weet nie wat om te verwag nie. Daarom is die eerste kennismaking baie belangrik. Die verpleegkundige moet die pasiënt op sy gemak stel en hom tuis laat voel. Daar behoort tyd afgestaan te word vir hierdie onderhoudsessie.

Die formaat van die Psigiatriese evalueringsonderhoud mag verskil van instansie tot instansie maar die basiese beginsels bly oral dieselfde. Dit sluit in:

- Die pasiënt se persoonlike data;
- Sosiale- en persoonlike geskiedenis;
- Natuurlike oorsake van siekte;
- Die pasiënt se geestestoestand; en
- Die pasiënt se fisiese toestand.

Persoonlike identifiseringsinformatie: Dit sluit in die pasiënt se naam, ouderdom, adres, beroep, vorige toelatings ten opsigte van die huidige probleem,

geestesiekte, en fisiese siekte. Elke psigiatriese verpleegkundige moet vaardig wees in die opstel van 'n genogram vir die pasiënt se familie samestelling en evaluering. (Bylae C.1: simbole wat gebruik word.) Bylae C2, 3 en 4 bevat die spesifieke inligting wat ingesamel word.

3.9 **DIE OBSERVASIES EN EVALUERING VAN 'N PASIËNT IN 'N FORENSIESE EENHEID**

Daaglikse aktiwiteite word beplan in samewerking met die arbeidsterapeut, verpleegkundige personeel en sielkundige. Aanmoediging van die pasiënt om deel te neem aan aktiwiteite word sterk aanbeveel.

Die inligting benodig om 'n opinie te gee oor die beskuldigde se geestestoestand word verkry deur observasie van die pasiënt en toetse:

- Mediese Onderzoek (Bylae C.4.);
- Psigiatriese Evaluering (Mini-Mental State Examination)(Bylae C.5);
- Sosiale werkersverslag;
- Bloedtoetse VDRL ("Venereal Disease Research Laboratory"); MIV; urienetoets (Bylae C.6.);
- Arbeidsterapeut se observasies;
- Verpleegpersoneel se observasies (Bylae C.7.);
- Psigometriese toetse en sielkundige evaluering; en
- EEG (Elektroënkefalogram) "CT" (Computerized Axial Tomography" skandering (indien benodig) (Bylae C.8.).

Die pasiënt moet weekliks deur die geneesheer ondersoek word of soos sy geestes- of fisiese toestand dit benodig.

Vir interessantheidshalwe word die Britse evalueringdokument, ook hierby ingesluit. (Bylae C.9.).

3.10 'N GEVALLE VOORDRAG VAN 'N FORENSIESE PASIËNT

Na observasie en waarneming moet elke pasiënt weekliks op die kliniese saalrondte deur die multidissiplinêre span bespreek word en sy verpleegsorgplan daarvolgens aangepas word.

In Bylae C.10 is 'n vorm wat deur die navorser self ontwerp is vir weeklikse terugvoer vanaf die verpleegpersoneel en wat in 'n hospitaal aanvaar is.

Uit die gevallevoordrag kan die psigiater ook met al die inligting wat van lede van die multi-dissiplinêre span verkry is, die besluit neem of die kliënt siek is en of hy geskik is om sy hofverrigtinge by te woon. Daarna word 'n skriftelike verslag opgestel wat saam met die kliënt na die hof gaan. Die verslag word aan die SA Polisie oorhandig en 'n afskrif word in die kliënt se lêer geplaas (Bylaag C.11.).

Gevallevoordrag moet ook deur die verpleegpersoneel gedoen word en dien as 'n leerproses vir alle personeel.

3.11 VERPLEEGPERSONEEL INDUKSIEPROGRAM TOT DIE EENHEID

'n Induksieprogram vir verpleegpersoneel is baie belangrik in die eenheid.

3.11.1 Doel van Induksieprogram:

Die doel is om 'n gestruktureerde en sistematiese manier van opleiding te voorsien, en te verseker dat elke personeellid se individuele kennis en ondervinding in ag geneem word. Dit is belangrik in 'n forensiese psigiatrisse eenheid, ook om te voorsien dat elke nuwe personeellid bekend is met die nodige kennis om hulle in staat te stel om met selfvertroue hul rol effektief in die eenheid te kan vervul.

3.11.2 Induksie

Die lengte en tyd van die induksieperiode sal afhang van die individuele behoeftes en die behoeftes van die eenheid en kan byvoorbeeld een kalendermaand wees.

Op die eerste dag sal die nuweling toegeken word aan 'n mentor wat algehele verantwoordelikheid sal hê vir die induksieprogram. Die persoon sal ook 'n gestruktureerde program ontvang om te volg en toegeken word aan individue om mee saam te werk om spesifieke aspekte van die program te bemeester. Elke doelstelling sal geteken en gedateer word met afhandeling. (Bylae C.12)

Om in 'n nuwe stresvolle werksomgewing aan te pas, verg baie tyd. Deur vrae te vra en belang te stel sal die nodige ondersteuning en leiding gegee word deur kollegas.

3.12 **MEDIESE-GEREGTELIKE AANGELEENTHEDE**

'n Deeglike kennis van die medies-geregtelike risiko's is noodsaaklik vir die verpleegkundige.

3.12.1 Inleiding

Die wette van die Suid-Afrikaanse regstelsel kan verdeel word in:

Die gemene reg wat deur die eeue ontwikkel het en gegrond is op geskifte van die ou Romeinse en Hollandse regspraktisyns. 'n Oortreding van hierdie wette word beskryf as 'n "wederregtelike" daad.

Statiêre wette het ontwikkel uit die noodsaaklikheid om menslike gedrag te beheer. Hierdie wette word hoofsaaklik deur die Parlement gemaak, maar dit sluit ook die ordinansies, reëls en regulasies van ander owerhede en statutêre liggame in.

3.12.2 Die Beroepsregte van die Suid-Afrikaanse Forensiese Verpleegkundige.

Die beroepsregte van die Suid-Afrikaanse verpleegkundige word hoofsaaklik in die volgende wette en dokumente bespreek

- (i) Wet op Geestesgesondheid No 18 van 1973
- (ii) Wet op Verpleging No 50 van 1978 soos gewysig
- (iii) Wysigingswet op Verpleging 145 van 1993
- (iv) Die Wet op Gesondheid No 63 van 1977
- (v) Wet op Basies Diensvoorwaardes 1998
- (vi) Etiese reëls van die S.A. Raad op Verpleging
- (vii) Staatsdienswet 1994 en Staatsdiens Regulasies 1999
- (viii) Die Strafproseswet No 51 van 1977

3.12.3 Definisie van Regsaanspreeklikheid.

“Aanspreeklikheid” beteken dat iemand tot verantwoording vir sekere optrede geroep word. Regsaanspreeklikheid dui daarop dat 'n persoon deur die reg verantwoordelik gehou word en dat die dader straf moet dra of die benadeelde moet vergoed. Ten einde regsaanspreeklikheid beter te begryp, moet dit onderverdeel word in publiekregtelike (strafregtelike) en privaatregtelike aanspreeklikheid.

In publiekreg staan die staat in gesagsverhouding teenoor die onderdaan. So sal die staat persone straf (by wyse van 'n boete en of gevangenisstraf) indien hulle 'n misdaad pleeg.

In privaatrek tree persone as gelykes teen mekaar op. Sou een persoon 'n ander benadeel, verg die privaatrek dat die dader die benadeelde moet vergoed.

Privaatregtelike aanspreeklikheid spruit uit twee onderafdelings van privaatreë (naamlik die kontrakreg en onregmatige dadereg of deliktereg).

Deliktuele aanspreeklikheid – die basiese uitgangspunt in die reg is dat die skade rus waar dit val (*resperit domino*). Dit wil sê, elkeen wat skade gely het, moet dit self dra. (Verschoor et al. 1996.)

Regsaanspreeklikheid ontstaan wanneer 'n persoon se gedrag of handeling 'n ander persoon in enige opsig benadeel. Hierdie gedrag of handeling kan wees:

- 'n positiewe handeling = (Latynse woorde "commissio"), óf
- 'n versuim = (Latynse woord "ommissio").

Wanneer hierdie handeling van naderby beskou word in die gesondheidsdienslewering en met die klem op handeling deur verpleegkundiges, ontstaan die vraag.

"Hoe word die korrekte handeling bepaal en gereël in die praktiese omstandigheid?"

Dit word gereël deur:

- Wette;
- Etiese reëls van Statutêre liggame;
- Departementele voorskrifte wat op almal van toepassing is;
- Interne Hospitaal Beleid; en
- Spesifieke posbeskrywing.

Oorsake vir die ontstaan van regs aanspreeklikheid, is ongetwyfeld:

- Onbedagsaamheid en
- Nalatigheid.

3.12.4 Die Oorsaak van Onbedagsaamheid.

Die oorsaak van onbedagsaamheid en nalatigheid kan in 'n paar belangrike groepe geklassifiseer word:

- Onvoldoende vooraf en voortgesette onderrig en oriëntasie vir die taak en gebrekkige kommunikasie;
 - Onvoldoende indiensopleiding en opleiding oor die gebruik en toesig van apparaat;
 - Swak en onvoldoende dokumentasie
 - Onduidelike handskrif;
 - Gebrekkige kommunikasie tussen spanlede;
 - Gebrekkige identifisering van pasiënte-prosedures;
 - Gebrekkige kennis oor prosedures/ingrepe; en
 - Gebrekkige kennis en gebrekkige voorsorg teen moontlike noodsituasies wat mag ontstaan.

- Oningeligte toestemming wat van 'n kliënt/pasiënt verkry word. (Hierdie is die enkele grootste oorsaak van suksesvolle eise in die V.S.A.) (Appelbaum, 1991).

- Die afwesigheid van of nie-toepassing van grondige bestuursbeginsels.
 - Oneffektiewe mannekragbenutting.
 - Onvoldoende spanbenadering en spanorganisering: Elkeen gaan voort op sy/haar eie wat ook oorvleueling van take kan voortbring;

- Gebrekkige metodes en kanale van kommunikasie;
- Gebrekkige beplanning vir krisis- en noodsituasies wat in 'n eenheid mag ontstaan; en
- Afwesigheid van voortdurende hersiening en opknapping van prosedure en beleidshandleidings en voortdurende indiensopleiding.

3.12.5 Die beginsels van nalatigheid.

Nalatigheid word bevind wanneer die redelike man -

- (a) anders as die dader redelikerwys die moontlikheid sou voorsien het dat sy optrede 'n ander persoon of sy besittings kan benadeel en hom/haar sodoende onregmatiglik skade berokken, en
- (b) hy (die redelike man) redelike stappe sou geneem het om die skade te voorkom. (Verschoor, et. al. 1996)

By die vasstelling van nalatigheid word gewoonlik die volgende in aanmerking geneem:

- die insig en voorsorg van persone wat geen of min ondervinding het in vergelyking met dié van opgeleide persone en die wat jarelange ondervinding het;
- of 'n persoon 'n sekere gevolg sou kon voorsien het en redelike maatreëls in die lig daarvan getref het om iets ongunstigs te voorkom;
- of versigtigheid gehandhaaf is byvoorbeeld in die kontrole van medisyne;
- of die kliënt/pasiënt gedurende 'n noodtoestand behandel is en 'n persoon skielik 'n besluit moes geneem het;
- 'n blote oordeelsfout ("error of judgement") stel nie op sigself nalatigheid daar nie;
- onkunde kom nie noodwendig op nalatigheid neer nie;

- oor gebrek aan ervaring en vaardigheid kan niemand sonder meer verwyt word nie, wel van onbedagsaamheid;
- die uitoefening van 'n sekere prosedure wat aanvaarbaar is maar waar 'n ander gedagterigting voorkeur gee aan 'n ander prosedure is nie noodwendig verkeerd nie; maar
- roekelose eksperimentering is nie toelaatbaar nie. (Schwär.; 1981)

3.12.6 Metodes en tegnieke om die risiko van Regsaanspreeklikheid in die praktyk te verminder.

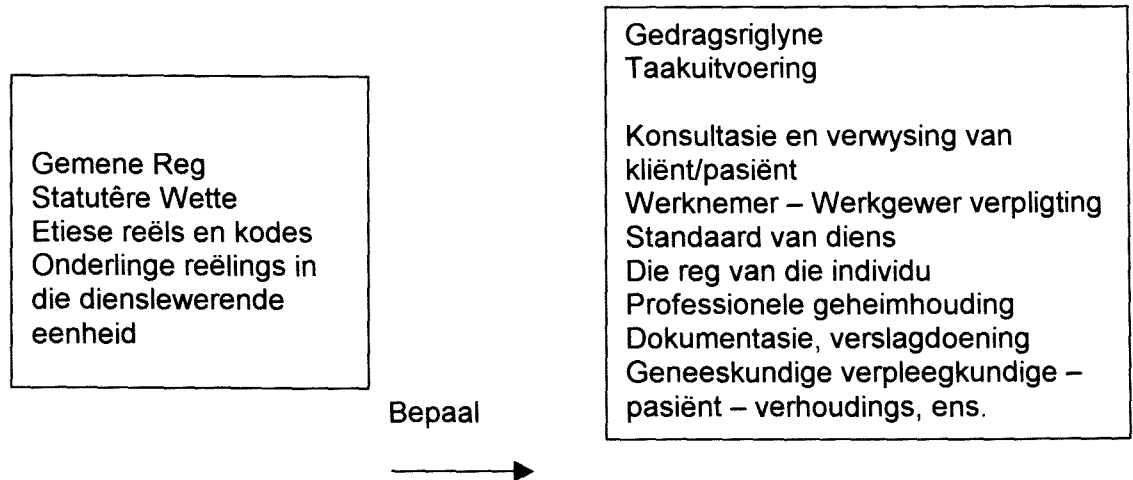
Die ontstaan van regsanspreeklikheid in die praktyk kan tot 'n minimum beperk word deur opleiding.

Opleiding van die forensiese psigiatriese verpleegkundige behoort voorsiening te maak vir die wetenskaplike kennis vir die aangewese taak; en inligting oor regspraktyke.

De volgende vrae moet gevra word:

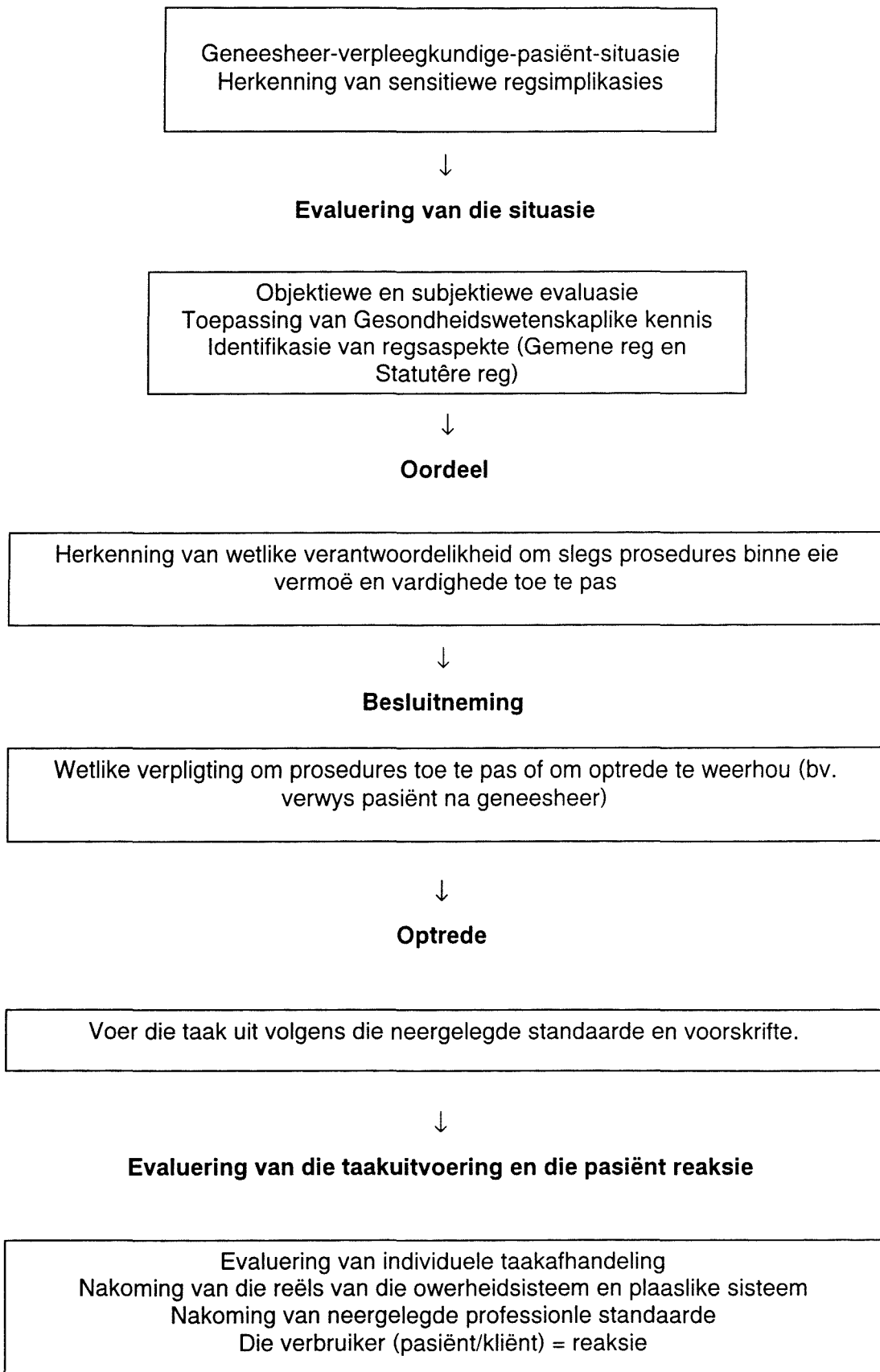
- Is daar 'n duidelike indikatie vir die gekose middel of prosedure en
- Is die metode van die prosedure bekend ?

Inligting oor regspraktyke behoort 'n basiese kennis en begrip van alle verbandhoudende wetgewing en die praktiese toepassing daarvan in te sluit en kan as volg opgesom word in Figuur 3.3.

Figuur 3.3**Inligting oor regspraktyke**

Dit is elke instansie en verpleegkundige se eie verantwoordelikheid om hul self op hoogte te hou van elke nuwe wet en regulasie, want “Onkunde is geen verskoning van die Gereg”. (Bylaag C.13.)

Die organogram (aangepas uit Legal Accountability in the Nursing Process) skets die regsverdedigbare besluitnemingsproses en verduidelik as sulks die professionele verantwoordelikheid tussen verpleegkundige en geneeskundige. (Figuur 3.4.). (Murchison, et al., 1978)

Figuur 3.4**Regsverdedigbare besluitnemingsproses**

3.12.7 Mediese Geregtelike Risiko's

Medies Geregtelike Risiko's sluit in:

Die versuim of nalatigheid om:

- Regverdig op te tree;
- Die kliënt/pasiënt se identifikasie en of kliënt/pasiënt se voorskrif te kontroleer;
- Byhou van behoorlike rekords en leesbaar skrif;
- Ondertekening van alle rekords met naam, rang en datum;
- Verkryging van geldige toestemming;
- Vroegtydige verwysing van kliënt/pasiënt of om hulp te verkry;
- Korrekte gebruik en onderhoud van aparate;
- As span te funksioneer;
- Professioneel teenoor werkskollegas op te tree;
- Etiese kodes na te kom;
- Beëdigde verklarings af te lê;
- Voorskrifte uit te voer;
- Mediese geregtelike risiko's aan te meld
- Verbreking van professionele geheimhouding;
- Konfidensialiteit te handhaaf; en
- Verbreking van dienskontrak.

'n Afname van regs aanspreeklike insidente kan ontstaan en kan 'n toename van kwaliteit en standaard van dienslewering meebring.

Insidente van regs aanspreeklikheid neem snel toe weens veral die volgende redes naamlik omdat die publiek se verwagtings toeneem, en die publiek word minder verdraagsaam teenoor swak dienslewering.

Geslaagde pogings wat deur die hospitale in Amerika en Brittanje toegepas word, kan ook hier ter plaatse aangewend word, naamlik:

Elke hospitaal moet 'n waaksaamheidskomitee of risikobestuurs-komitee hê.

Hul pligte sluit in:

- Evalueer alle terreine van dienslewering krities met die oog op voorkom en die optrede.
- Vroeë deeglike ondersoek van elke insident, nie om 'n persoon skuldig te vind nie, maar om werklike oorsaaklikheid te bepaal.
- Die vroeë en aandagtige aanhoor van elke kliënt/pasiënt se klagte, hoe gering ook al. Hierdie fasiliteit moet openhartige kliënt/pasiënt kommunikasie moontlik maak.
- Voortdurende en deurlopende opknapping van enige gebrekkige
 - organisasie
 - voorskrifte (Interne Beleid)
 - prosedurehandleidings
 - opleiding
 - demonstrasies
 - oriëntasieprogram, ens.

3.12.8 Samevatting:

In Hoofstuk 3 is die rol van die verpleegkundige werksaam in 'n forensiese psigiatrisse eenheid in diepte bespreek. Noodsaaklike vaardighede is geïdentifiseer en bespreek. Laastens is die belang van kennis ten opsigte van regsaspekte en die voorkoming van medies-geregtelike risiko's aangedui.

HOOFSTUK 4

NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 INLEIDING

Die metodologiese beskrywing van navorsing vorm die kern van enige navorsingsprojek. 'n Wetenskaplike benadering tot forensiese psigiatriese verpleegkunde vereis dat 'n sistematiese- en logiese metode gebruik moet word. Die metode wat gebruik word wissel na gelang van die aard van die studie en wat as navorsingsdoelstellings en strategie ingestel is (Greeff, 1994). In hierdie hoofstuk word 'n gedetailleerde uiteensetting ten opsigte van die navorsingsmetodologie wat gebruik is, beskryf.

4.2 NAVORSINGSBENADERING EN ONTWERP

Alle navorsing het ten doel om te verken, te beskryf en of te verklaar of, anders gestel, om te besin of te begryp (De Vos, 1998).

'n Verkennende benadering gerugsteun deur praktykervaring en eie ondervinding word gevolg om aspekte van die verpleegdienste in 'n geselekteerde forensiese psigiatriese eenheid soos geïdentifiseer is, te ondersoek en te beskryf.

4.3 STEEKPROEFNEMING

Die grondliggende doel van steekproefneming is om die navorser in staat te stel om die verlangde inligting op 'n betroubare wyse te verkry, sonder om die totale populasie te betrek. Die navorser wil dus op 'n praktiese, ekonomiese wyse waarnemings maak van die steekproef, gevolgtrekkings hieruit maak en dit veralgemeen na die populasie (Uys & Basson, 1983).

Die populasie sluit in alle verpleegkundiges werksaam in die Forensiese Psigiatrisiese Eenhede wat in hierdie navorsingsprojek gebruik is, asook alle pasiënte wat ten tye van die projek in die eenhede gehospitaliseer was. Die steekproefbepaling is gedoen in konsultasie met 'n deskundige op die gebied van Forensiese Psigiatrisiese Dienste. Die steekproef was baie beperk as gevolg van die beskikbaarheid van die forensiese dienste.

4.3.1 Forensiese Psigiatrisiese Eenheid

Slegs een forensiese psigiatrisiese eenheid in die Wes-Kaap kon vir die navorsing gebruik word. Die eenheid was maklik toeganklik vir die navorser. Die navorser was self werksaam in die eenheid en het alreeds 'n verhouding opgebou met die personeel en ken die uitleg van die eenheid.

4.3.2 Pasiënte

Die pasiënte in die eenheid was vir observasie en evaluering van hul geestestoestand deur 'n hof gestuur na 'n forensiese psigiatrisiese maksimum sekuriteitseenheid.

Daar was 26 pasiënte in die eenheid opgeneem vanaf Januarie tot Junie 2000 en al 26 pasiënte is in die steekproef ingesluit. Volgens Stoker (de Vos, 1999) moet die steekproefgrootte 100% met 'n populasie van 20 tot 30 wees. Slegs 24 van die pasiënte het ingestem om deel te neem aan die navorsingsstudie. Twee van die pasiënte het om persoonlike redes geweier om deel te hê aan die navorsing.

Insluitingskriteria was -

- Die pasiënte moes 'n rasonale gesprek kon voer, en
- Afrikaans of Engels magtig gewees het.

4.3.3 Personeel

Van die 30 psigiatriese verpleegpersoneellede wat ondervinding en blootstelling aan forensiese psigiatriese verpleegkunde gehad het, is 25 persone geïdentifiseer wat beskikbaar was om aan die navorsing deel te neem.

Van die 25 geïdentifiseerde persone het nege (9) geweier om deel te neem en een (1) respondent is uitgeskakel omdat hy nie sy samewerking wou gee nie. Die steekproef het dus uit 15 respondente bestaan.

4.4 DATAVERSAMELING

Dataversameling verwys na die instrumente wat gebruik is om die data te versamel asook die insameling van die data self.

4.4.1 Instrumente

De Vos (1998) noem dat verskeie instrumente gebruik kan word om inligting te verkry, naamlik:

- Vraelyste;
- Onderhoudvoering;
- Observasie; en
- Rekords.

'n Volledige literatuuroorsig is gedoen waarna 'n konsepvraelys opgestel is. Die menings van psigiatriese verpleegkundiges in die praktyk asook assistent-direkteure in beheer van psigiatriese verpleegdienste en maatskaplike dienste is verkry om te verseker dat die vraelyste 'n weerspieëling is van die praktykvoering van die forensiese psigiatriese verpleegkundige.

4.4.1.1 Vraelyste

Cilliers (1965) onderskryf die volgende aspekte as belangrik wanneer 'n vraelys saamgestel word:

- Bewoording van vrae;
- Formaat van vrae en antwoorde; en
- Tegniese versorging van die vraelys insluitende die lettertipe wat gebruik word.

'n Vraelys is vir die verpleegpersoneel opgestel om hulle ervaring van forensiese psigiatriese verpleegkunde en -dienste te bepaal (Bylae D.2). Veelkeuse vrae is opgestel waar die respondente die mees toepaslike antwoord kon aandui. Oop-einde vrae is ook ingesluit om die mening van die respondente te bekom.

Vrae is gestel ten opsigte van die volgende:

- Persoonlike besonderhede
- Professionele kwalifikasies
- Kommentaar ten opsigte van die diens

Ten spyte van die feit dat die navorser die doel van die navorsing duidelik gestel het, het van die verpleegkundiges geweier om deel te neem aan die navorsing, omdat hulle van mening was dat die navorser namens die owerhede inligting insamel. Weens die tekort aan psigiatriese verpleegkundiges, deels veroorsaak deur verliese as gevolg van vrywillige skeidingspakette en vervroegde pensioen, is gevind dat baie van die verpleegkundiges nie hulle weg oopgesien het om die vraelyste te voltooi nie of om enigsins aan die projek deel te geneem het nie.

4.4.1.2 Onderhoudvoering

Onderhoude is persoonlike gesprekke waardeur navorsingsinligting bekom word (De Vos, 1998). Die formaat van onderhoude is gestruktureerd (waar spesifieke vrae gevra word waarop respondente moet respondeer), of ongestruktureerd (waar kernvrae gevra word). Die sukses van onderhoudvoering word bepaal deur die tegniek wat gebruik word. Die betroubaarheid van die inligting wat deur middel van onderhoude bekom word, kan verhoog word deur die sistematiese, gestandaardiseerde notering daarvan (Cilliers, 1998).

Gestruktureerde onderhoude is met die pasiënte as diensverbruikers gevoer om hul ervaring van dienste gelewer, te bepaal. (Bylae D.1).

Vrae het die volgende aspekte ingesluit:

- Persoonlike besonderhede en sosio-ekonomiese status;
- Belewenis en beskouing van forensiese verpleegdienste;
- Spesifieke probleme wat ervaar word; en
- Aanbevelings wat gemaak kan word om forensiese psigiatrisse probleme aan te spreek.

Ten spyte van pogings deur die navorser om vrae duidelik te stel sonder om leiding tydens die gesprek te gee, is die volgende probleme ondervind tydens die onderhoude met die pasiënte:

- Misverstande as gevolg van taalgebruik;
- Misinterpretasies van vrae en antwoorde waar die navorser van 'n tolk gebruik moes maak (alhoewel al die pasiënte aangedui het dat hulle Afrikaans of Engels magtig was, het dit tydens die onderhoudvoering nodig geblyk om van 'n tolk gebruik te maak by sekere pasiënte); en

- Sommige pasiënte het geweier om sekere vrae te antwoord omdat hulle wantrouig was teenoor die navorser en van mening was dat die navorser namens die owerhede die inligting wou bekom.

Ongestruktureerde onderhoude is ook met psigiatriese verpleegkundiges, verpleegassistente en sekuriteitsbeampes in maksimum sekuriteitseenhede in Brittanje gevoer. Vrae is oor die volgende aspekte gestel (Bylae D.3):

- Die forensiese psigiatriese verpleegkundige se beskouing van die forensiese psigiatriese dienste;
- Riglyne waaraan die forensiese verpleegpraktyk volgens die verpleegkundige moet voldoen; en
- Opleiding van forensiese psigiatriese verpleegkundiges.

4.4.1.3 Rekords

Pasiëntrekords is gebruik om die inligting wat deur die onderhoude bekom is, vir korrektheid te kontroleer. Probleme is ondervind met die rekords wat onvolledig was. Daar was ook nie opgedateerde toelatings- en ander pasiëntestatistieke in die eenheid wat gebruik kon word nie.

4.4.1.4 Observasie

Observasie is die mees klassieke en oudste navorsingstegniek (Engelbrecht, 1981). Baie van die inligting is bekom terwyl die navorser in die betrokke eenheid werksaam was. 'n Kontrolelys van riglyne vir verpleegaktiwiteite is deur die navorser opgestel wat die volgende ingesluit het (Bylae D.4):

- Organisasoriese aktiwiteite;
- Prosedure- en beleidshandleidings;
- Verpleegsorgaktiwiteite;

- Personeelaktiwiteite; en
- Fisiese fasiliteite en toerusting.

4.4.2 Insameling van data

Skryflike toestemming is vanaf die geselekteerde eenheid verkry om die navorsing te doen. Die navorsingsprosedure is aan die pasiënte verduidelik en dat konfidensialiteit verseker sou word deurdat name en plekke nie genoem sou word nie.

Data-insameling is oor 'n tydperk van twee jaar gedoen. Die navorser het self as veldwerker opgetree om die data in te samel. Data is deur middel van veldnotas opgeneem. Waar toepaslik, is voorafkodering gebruik wat met kundiges op die gebied gekontroleer is vir eksklusiwiteit en inhoudsgeldigheid. Sorg is gedra dat waar interpretasies van inligting gedoen is, die interpretasies met 'n kundige in die kliniese praktyk gekontroleer is.

Vyf-en-twintig vraelyste is uitgestuur en respondente is versoek om die vraelyste so gou moontlik te voltooi en dit in 'n ingeslote, gefrankeerde koevert terug te stuur.

Slegs 16 van die 25 vraelyste wat uitgestuur is, is terugontvang, een is uitgeskakel (dus 'n respons van 64%). De Vos (1998) noem dat 'n lae respons gewoonlik verkry word wanneer vraelyste uitgestuur word.

Daar is dus besluit om ook 'n onderhoud met respondente self uit te voer.

4.5 LOODSSTUDIE

'n Loodsstudie is 'n voorondersoek wat uitgevoer word met 'n klein steekproef uit dieselfde populasie, maar mag nie respondente betrek wat reeds in die steekproef vir die navorsing ingesluit is nie (Uys & Basson, 1983). Die doel van so 'n

voorondersoek is om aan die navorser die geleentheid te gee om sy instrumente te verfyn of te wysig. Engelbrecht (1981) sê: " ... die tyd wat aan 'n loodsstudie bestee word, is goed bestee. Dit kan later baie frustrasies voorkom of uitkakel".

'n Loodsstudie is uitgevoer om te bepaal of die vraelyste duidelik en verstaanbaar was. Drie verpleegkundiges is versoek om die vraelys deur te werk. Enkele veranderinge is aan die vraelyste aangebring om die vrae duideliker te stel. Die resultate is nie in die finale data-analise in berekening gebring nie.

4.6 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

Geldigheid is die mate waartoe die instrumente meet wat dit veronderstel is om te meet (De Vos, 1998). Die navorser het die vraelyste voorgelê aan kundige persone, insluitende 'n forensiese psigiater om te evalueer of dit 'n korrekte weergawe is van die aspekte wat van belang is vir 'n verpleegkundige in die forensiese psigiatrisiese veld. Enkele veranderinge is aangebring na die gesprekke met die kundiges, veral ten opsigte van vrae oor die pasiënt se tevredenheid met die diens. Hierdie tipe van geldigheid staan bekend as inhoudsgeldigheid.

Betroubaarheid volgens De Vos (1998) is die mate waartoe daar staatgemaak kan word op die korrektheid van die inligting, en indien die studie herhaal word, of dieselfde resultate weer verkry sal word.

Betroubaarheid in hierdie studie is verseker op grond van die volgende:

- 'n Loodsstudie is gedoen en soortgelyke resultate is tydens die loodsstudie as in die finale dataversamelingsfase gekry;
- Die navorser het baie ondervinding in die forensiese psigiatrisiese dienste en kon dus sy eie praktykervaring vergelyk met die navorsingsdata en daar was ooreenstemming tussen die bevindings; en
- Die beperkte literatuur wat gevind is, dui ook op soortgelyke resultate.

4.7**TOESTEMMING OM DIE ONDERSOEK TE ONDERNEEM**

Die navorser het per brief sy besoeke aan die onderskeie psigiatrisie hospitale, korrektiewe dienste, gevangnisse en Suid-Afrikaanse Polisie gereël. Die brief het inligting insake die navorsingsprojek asook kopieë van die verskillende vraelyste bevat (Byae D.5).

Daar is ook met die psigiatrisie hospitale se Mediese Superintendente en forensiese psigiaters gereël om die kliënte (wie vir observasie en psigiatrisie evaluering deur die howe verwys is) te spreek en te laat deelneem aan die navorsingsprojek.

Die Assistentdirekteure (Verpleging) van die verskillende psigiatrisie hospitale is telefonies gekontak vir toestemming om verpleegpersoneel te laat deelneem aan die navorsingsprojek.

Magtiging om die vraelyste en onderhoude met forensiese psigiatrisie verpleegkundiges werksaam in forensiese eenhede in psigiatrisie hospitale in die Wes-Kaap provinsie te bespreek en onderhoude met observasie pasiënte te doen, is van vier psigiatrisie hospitale in die Wes-Kaap aangevra en die volgende antwoorde is teruggekry:

Hospitaal No 1 het terug geantwoord om te sê dat hulle nie meer forensiese psigiatrisie dienste by hul hospitaal aanbied nie.

Hospitaal No 2 het geantwoord dat hulle in die proses is om forensiese dienste in te stel en dus nie gereed was vir 'n navorsingsprojek nie.

Hospitaal No 3 was baie negatief ingestel teenoor die navorsingsprojek. Die hospitaal wou 'n afskrif hê van die navorsingsprotokol en skriftelike goedkeuring van die Etiese Komitee van die Provinsiale Administrasie, Wes-Kaapse Departement

van Gesondheid. 'n Kontrak en ooreenkoms met die hospitaal moes geteken word. Die navorser het hierdie hospitaal uitgeskakel.

Hospitaal No 4. Die hospitaal het in beginsel die aansoek goedgekeur, maar met die voorbehoud dat die navorser eers 'n onderhoud met die forensiese psigiater van die hospitaal voer. Daarna is toestemming verleen en hul dienste beskikbaar gestel vir die uitvoering van die navorsingsprojek.

4.8 PROBLEME ONDERVIND IN DIE UITVOERING VAN DIE VOLTOOING VAN DIE VRAELYSTE

Die volgende probleme is ondervind met die voltooiing van die vraelyste:

4.8.1 Personeelbeskikbaarheid

Daar is tans 'n geweldige tekort aan psigiatrisse verpleegkundiges wat opleiding of genoegsame ondervinding in die forensiese psigiatrisse dienste het as gevolg van die vrywillige skeidingspakkette, vervroegde pensioen, en ander redes.

4.8.2 Personeelweerstand

Sommige respondente was oortuig dat hierdie navorsingsprojek 'n ondersoek was wat uitgevoer is vir die Departement van Gesondheid. Die navorser het aan die respondente verduidelik dat dit navorsing vir 'n werkstuk was en anoniem geskied. Verder is ook verskonings van die verpleegpersoneel ontvang om nie deel te hê aan die navorsingsprojek nie. Sommige van die proefpersone het nie baie aandag aan die vraelys geskenk nie.

4.8.3 Onvolledige Rekordhouding en Lêers

- Probleme is ondervind met die rekordhouding. Toelatingsstatistieke is nie bygehou in die eenheid nie.
- Pasiëntrekords was onvolledig, wat 'n groot mediese risiko in 'n forensiese psigiatrisse eenheid is.

- Die registrasie departement het geen volledige sisteem vir die byhou van statistiek nie.

4.8.4 Onkunde en onervare personeel

- Personeel het geen formele opleiding of oriëntasie- en induksieprogram tot die forensies psigiatrisse dienste deurloop nie.
- Die personeel het aangedui dat hulle baie probleme ondervind met toesighouding en ondersteuning deur verpleegbestuurders.
- Daar word skynbaar geen ruimte toegelaat vir deelnemende bestuur nie.
- Die personeel voel hulle wat self in die kliniese veld is, moet toegelaat word om deel te hê om insette te lewer in besluitneming ten opsigte van veranderings en verpleegtake in die forensiese verpleegdienste.

Bogenoemde aspekte het die personeel negatief op die navorsing laat reageer.

4.8.5 Geen of onvolledige verpleegdokumentasie

Die navorser het 'n groot leemte by die verpleegdokumentasie ondervind. Daar was geen of baie onvolledige verpleegdokumentasie. Verpleegdokumentasie is uiters belangrike, wetlike dokumente, veral met die weergee van observasies van die kliënt in 'n forensiese psigiatrisse eenheid.

4.9 SAMEVATTING

'n Beskrywing van die navorsingsmetodologie is belangrik sodat die leser die wetenskaplike beredenering van die navorser kan volg. In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die metode wat gevolg is, die steekproef asook die instrumente wat gebruik is om die data te versamel.

HOOFSTUK 5

RESULTATE

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal die metode en resultate van die navorsingsondersoek bespreek word.

Die navorser wil dit duidelik stel dat die navorsing uit 'n verpleegperspektief benader is en dat die bevindinge dus ook vanuit 'n verpleegperspektief aangedui gaan word.

5.2 METODE VAN DATA ONTLEDING EN BESPREKING

Die doelstelling van hierdie navorsingstudie was om 'n bespreking te doen oor die afbakening van die rol en funksies van die forensiese psigiatriese verpleegkundige.

Spesifieke aspekte wat voortvloeiend ook hieruit bespreek sal word, is die data wat verkry is ten opsigte van die volgende komponente, naamlik:

- Toepassing van Wetgewing;
- Pasiëntprofiel;
- Personeelprofiel;
- Inligting verkry van -
 - Ander relevante rolspelers, en
 - Riglyne vir die evaluering van verpleegaktiwiteite.

Die kriteria van opsigte van die onderskeie aktiwiteite waaraan voldoen is, is afgemerk, en na 'n persentasie verwerk om interpretasie te vergemaklik.

5.3 WETGEWING

In die forensiese eenheid is die toepassing van wetgewing 'n baie belangrike funksie van die verpleegkundige, maar hierdie bepalings is nie altyd gerespekteer en nagekom nie.

Die Wet beskerm alle pasiënte/kliënte deur sekere kernkonsepte daar te stel. Vervolgens word hierdie aspekte bespreek soos gevind binne die konteks van die navorsing.

Dit het uit die ondersoek geblyk dat die pasiënte/kliënte se regte soos beskryf in hoofstuk 2, volgens die Handves van Menseregte nie nagekom word nie.

5.4 DIE NORME OF RELEVANTE BEPALINGS WAARAAN WETGEWING GETOETS IS IN DIE FORENSIESE PSIGIATRIESE VERPLEGING.

Die volgende norme waaraan die Wet op Geestesgesondheid en die Handves van Menseregte getoets kan word en die toepassing daarvan soos gevind in die navorsing sal vervolgens bespreek word.

□ Die Grondwet.

In die grondwet word die volgende beginsels genoem:

5.4.1 Gelykheid (Grondwet : artikel 9)

Elke persoon is gelyk voor die reg en het alle reg op beskerming en die voordeel van die reg. Daar mag ook geen onderskeid wees op grond van ras, geloof, godsdiens en/of kultuur nie. Geeneen mag benadeel word deur onbillike diskriminasie nie. Hierdie praktyk doen hom self nog voor al is dit nie so ooglopend nie. Pasiënte/kliënte en gesondheidspersoneel is in eie reg gelykwaardig en die een mag nie die ander domineer nie, byvoorbeeld die personeel wat die pasiënt/kliënt dwing om iets teen haar/sy sin te doen. Daar is gevind dat die

pasiënt/kliënt word gedwing om medikasie teen haar/sy sin te neem. (Allan, 1997.)

5.4.2 Menswaardigheid (Grondwet : artikel 10)

Elkeen het ingebore waardigheid en die reg dat daardie waardigheid gerespekteer en beskerm word.

In die daarstelling van 'n terapeutiese omgewing moet daar gewaak word dat die pasiënt/kliënt enigsins blootgestel word aan fisiese of psigiatriese mishandeling. Elke prosedure moet aan die die pasiënt/kliënt verduidelik word. Daar is gevind dat die hantering van aggressiewe pasiënte/kliënte altyd 'n sensitiewe situasie is, en daar gewaak moet word teen mishandeling. Sommige van die personeel het ook die pasiënte/kliënte geforseer om te help werk in die eenheid soos byvoorbeeld die afdeling skoon te maak.

5.4.3 Die reg op Lewe (Grondwet : artikel 11)

Die verpleegkundige se rol by voorspraak word dikwels gesien as 'n rol waar sy die situasie beheer. Hy/sy tree op namens die pasiënte/kliënte waar enige iemand die pasiënte/kliënte probeer benadeel. Daar is egter gevind dat sommige verpleegpersoneel hierdie posisie misbruik het tot voordeel van hulself om hulle eie magposisie te versterk, ten voordeel van hulself.

5.4.4 Vryheid en sekerheid van die persoon. (Grondwet : artikel 12)

Dit word verwys na outonomie en sluit in dat 'n mens vry moet wees om self rigtinggewende besluite te kan maak.

Outonomie het te doen met diskresie, kontrole en selfbeskikking. Die tipe outonomie word gebaseer op rede en wedersydse vertrouwe, deur te luister, met mekaar te identifiseer en druktoepassing vir eie gewin te vermy. Outonomie

word verder gedefinieer as die individu se vryheid om self haar/sy doelwitte te kan bepaal en dan daarvolgens op te tree. Dit impliseer dat die persoon vry moet wees om self te kan besluit, op voorwaarde dat sy outonomie nie op die outonomie van 'n ander inbreuk maak nie (Pera en Van Tonder, 1996).

'n Pasiënt/kliënt wat om mediese hulp aanklop, vertrou haar/sy liggaam aan die gesondheidspraktisyns toe. Dit beteken egter nie dat die pasiënt/kliënt ook haar/sy reg op outonomie daarmee saam prysgee nie. (Gesondheidsorg. Artikel 27.)

Die samelewing heg baie waarde aan die pasiënt/kliënt se outonomie. Daar moet egter in gedagte gehou word dat die etiese beginsel van hierdie respek vir die pasiënt/kliënt se outonomie geen versekering bied dat die pasiënt/kliënt 'n korrekte besluit sal neem indien hy/sy aan homself/haarself oorgelaat word nie.

5.4.5 Privaatheid (Grondwet : artikel14)

Pasiënte het die reg om persoonlike besittings by hulle te hou en daarom word verwag dat die hospitaal 'n bedkassie sal voorsien wat kan sluit asook voorsiening van private toilette en wasgeriewe.

Die navorser het gevind dat geen privaatheid van die pasiënte toegelaat word nie. Almal bad terselfdertyd en sommige van die toilette het geen deure aan nie.

In forensiese eenhede word pasiënt/kliënte van al hul persoonlike klere en persoonlike besittings gestroop vir veilige bewaring en beskerming van die pasiënt/kliënt in die hospitaalomgewing.

Privaatheid beteken ook beskerming van pasiënt/kliënt se konfidensialiteit en weerhouding van toegang van ongemagtigde personeel tot pasiëntrekords en om pasiëntesake met ander pasiënte/kliënte te bespreek.

5.4.6 Vryheid van godsdiens, oortuiging en mening (Grondwet : artikel 15)

Die pasiënt/kliënt het die reg om haar/sy eie godsdiens te beoefen. Die navorser het gevind dat indien daar byvoorbeeld 'n Christelike kerkdiens aan die gang is, het persone met ander gelowe soos byvoorbeeld Moslems en Rastavarians nie die reg om te weier om dit by te woon nie. Almal word in een vertrek saamgebondel as gevolg van 'n tekort aan personeel, om toesig te hou. Dus het die pasiënt/kliënt geen vryheid van godsdiens.

5.4.7 Vryheid van uitdrukking (Grondwet : artikel 16)

Die reg van vryheid van uitdrukking. Die pasiënt/kliënt se reg op vrye en oop kommunikasie met die buitewêreld mag nie deur die hospitalisasie geaffekteer word nie.

In die ondersoek is bevind dat die hospitaal monitor en beperk hul pasiënte/kliënte se kommunikasie hetsy deur 'n brief of per telefoon. Hul argumenteer die behoefte om die buitewêreld te beskerm van moontlike skadelike kontak met die "kranksinnige" deur 'n dreigende aanval of iets dergeliks. Briewe word gesensor en vir die eerste week mag die pasiënt/kliënt nie per telefoon met die buitewêreld kontak hê nie. Volgens die Handves van Menseregte is dit nie aanvaarbaar nie tensy dit terapeuties aangedui word.

5.4.8 Vryheid van assosiasie (Grondwet : artikel 18). (Die reg op besoeke.)

Besoeke van familie en vriende simboliseer die omgewing wat agter gelaat word, buite die inrigting se mure.

Daar is egter gevind dat geleenthede waar besoeke opgeskort word, vir ± 2 weke na toelating in die forensies psigiatrisse eenheid, terwyl die pasiënt/kliënt aanpas by die saal omgewing en evaluasie gedoen word.

In sommige gevalle is aangedui dat besoekers wat die saal deurmekaar krap, steel, pasiënt/kliënte ontsenu en dwelms aan pasiënt/kliënte verkoop, besoeke kan ontsê word of totaal gestop word in oorleg van die multi-dissiplinêre span.

Sekere persone het weer vrye toegang tot die hospitaal soos prokureurs, predikante en private geneeshere wat die pasiënt/kliënt kom besoek.

Baie verpleegpersoneel het die vraag gevra: “Beskik die persoon in beheer van die saal of die gesondheidspan regtig oor die magte om te besluit wie die pasiënt/kliënt mag besoek en wanneer besoeke mag plaasvind?” Vir sommige word ‘n besoek as ‘n voorreg beskou en nie as ‘n reg nie. Volgens die nuwe konstitusie is dit nie aanvaarbaar nie en het almal die reg op vryheid van assosiasie.

Die doel van regulasies vir besoeke sal wees om die pasiënt/kliënt te beskerm tot die beste voordeel van haar/homself om sy privaatheid te beskerm, maar die belange van die pasiënt/kliënt kom altyd eerste.

5.1.1 Politiese regte (Grondwet : artikel 19)

Politiese regte, waarborg ‘n pasiënt/kliënt wat onder die Wet op Geestesgesondheid aangehou word, dat hy/sy in ‘n algemene verkiesing mag stem of aan enige politieke bedrywighede deelneem. Daar is egter geen aanduiding gevind dat die in praktyk geskied nie.

5.4.10 Vryheid van beweging (Grondwet : artikel 21)

Beweging binne in die hospitaal kan nie willekeurig ingeperk word deur gebruik te maak van afsondering en inperking vir die gerief van hospitaal/saal personeel nie. Beperkings moet ooreenstem met terapeutiese behoeftes. Waar die pasiënt/kliënt se vryheid van beweging in 'n geslote saal of in afsondering beperk word, kan daar wel na inperking verwys word.

In die Wet word slegs voorsiening gemaak vir meganiese dwangmiddels (artikel 69). Nêrens in die wet word daar van afsondering gepraat nie en laat 'n groot leemte in ons wet in vergelyking met Amerikaanse wetgewing.

In Artikel 21 van die Grondwet waarborg die wet die vryheid van beweging en verblyf. Die bepalings in (artikel 3) en (artikel 4) van die Wet op Geestesgesondheid bepaal dat ons 'n handellingsbevoegde pasiënt/kliënt vir vier dae teen haar/sy sin aanhou en volgens die Grondwet van Suid-Afrika is dit moontlik nie aanvaarbaar nie. Die konstitusionele hof mag vind dat dit wel in sekere gevalle aanvaarbaar is.

Daar is bevind dat die aanhouding van pasiënt/kliënte onder die bepalings van (artikel 3) en (artikel 4) in geslote sale is ook 'n manier van inperking van 'n pasiënt/kliënt se reg op vryheid van beweging.

Die nuwe tendens waar pasiënt/kliënte mag kom en gaan soos om soggens na hul werksplekke te gaan en saans terug te keer na die hospitaal, is meer aanvaarbaar, (soos deur die navorser in Engeland waargeneem is, maar nie in Suid-Afrika nie.) indien dit terapeuties aangedui is deur die multi-dissiplinêre span. Indien daar 'n pasiënt/kliënt met selfmoord neigings is, mag die saal wel geregtig wees om die deure te sluit, solank ander pasiënt/kliënte toegelaat word om op redelike tye die

saal te verlaat, maar minstens onder toesig. Interessandheidshalwe, omtrent alle psigiatriese sale in Amerika word outomaties gesluit gehou.

5.4.11 Gesondheidsorg, voedsel, water en maatskaplike sekerheid (Grondwet : artikel 27)

Elkeen het die reg op toegang tot gesondheidsorgdienste, voldoende water, voedsel en maatskaplike sekerheid met inbegrip van gepaste maatskaplike bystand indien hulle nie in staat is om hulself en hul afhanklikes te onderhou nie.

Uit vroeë praktykondervinding is daar aan die navorser vertel dat 'n pasiënt/kliënt as strafmaatreël sonder kos en water gelaat is vir die dag of slegs een maaltyd gegee. Die praktyk het voorgekom in die forensiese psigiatriese dienste en in die gevangenis.

5.4.12 Toegang tot inligting wat deur die staat gehou word (Grondwet : artikel 32)

Pasiënt/kliënt kla dat hulle geen toegang tot hul leers het nie of soos byvoorbeeld sosiale werkers se verslae wat aangestuur word nie. Die pasiënt/kliënt het geen insae of verweer daarin nie.

Alle persoonlike inligting word van 'n pasiënt/kliënt weerhou. Dit wil voorkom asof die pasiënt/kliënte se lêers slegs die dokters se eiendom is.

5.4.13 Toegang tot hof (Grondwet : artikel 34)

'n Pasiënt/kliënt het die reg om toegang tot 'n hof te verkry indien iemand inbreuk maak op haar/sy menseregte. Appelbaum, 1991 bespreek ook die aspek. Daar is geen aanduiding in die ondersoek gekry dat pasiënte/kliënte die hof genader het oor skending van regte nie.

5.4.14 Gearresteerde, aangehou en beskuldigde persone (Grondwet : artikel 35)

Elkeen wat weens 'n beweerde oortreding gearresteer word, het die reg om te swyg, onverwyld verwittig te word, nie verplig te word om 'n bekentenis of erkenning te doen wat as getuienis teen daardie persoon gebruik sou kan word nie, so gou as moontlik voor 'n hof gebring te word.

Elkeen wat aangehou word, met inbegrip van elke gevangene wat gevonnissen is, het die reg om onverwyld van die rede vir die aanhouding verwittig te word. Elke beskuldigde persoon het die reg op 'n billike verhoor waarby inbegrepe is die reg om van die aanklag verwittig te word. Geen bevindings gevind nie.

5.4.15 Beperking van regte (Grondwet : artikel 36)

Die regte in die Handves van Menseregte kan slegs kragtens 'n algemene geldende regsvoorskrif beperk word in die mate waarin die beperking redelik en regverdigbaar is in 'n oop en demokratiese samelewing gebaseer op menswaardigheid, gelykheid en vryheid. Die pasiënt/kliënte kla dat hulle geen regte in die forensiese eenheid het nie en van alle regte ontnem word.

5.4.16 Afdwinging van regte (Grondwet : artikel 38)

Die pasiënt/kliënte voel dat die reg op hulle afdwinging word deur die hof wie hulle verwys vir toelating. Die reëls en regulasies van die forensiese psigiatriese eenheid en die gevangenis word op die pasiënt/kliënt afdwinging en hy/sy het geen sê of bevraagtekening daarvan nie.

5.5 **PROFIEL VAN DIE PASIËNTE/KLIËNTE**

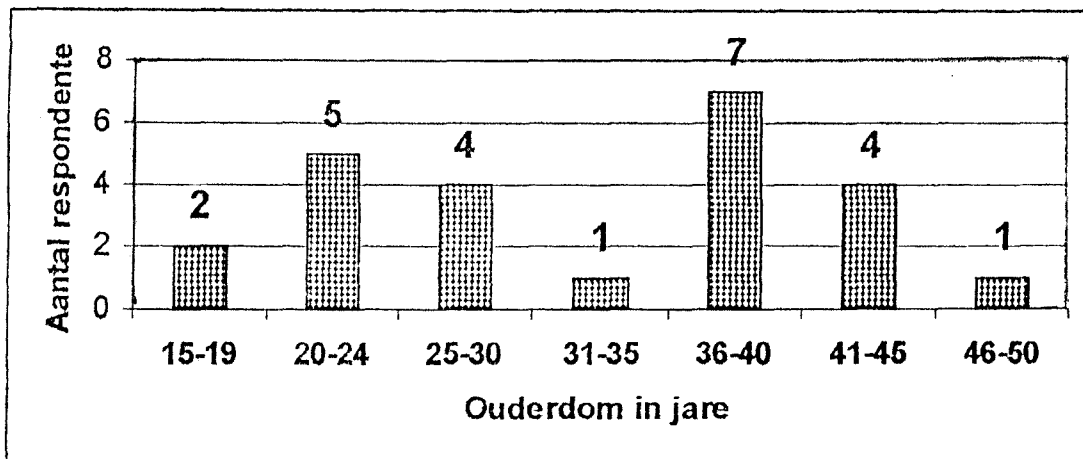
Vervolgens word die inligting verkry uit die onderhoude en rekords van die pasiënt/kliënte, bespreek: (Vraelys - Bylae D.1.)

5.1 Persoonlike besonderhede

Die respondente was almal mans ($n = 24$) in 'n geselekteerde eenheid in die Wes-Kaap wat in die steekproef ingesluit was.

Hul ouderdomme het gewissel soos in Figuur 5.1 aangedui met die meeste van die respondente ($n = 7$) in die ouderdomklas van tussen 36 – 40 jaar.

FIGUUR 5.1
OUERDOM VAN PASIËNTE (N = 24)



Volgens data vanaf die toelatingskantoor (Registrasie) se statistieke is die volgende aantal kliënte vanaf die tydperk Januarie 2000 tot Junie 2000 in die eenheid toegelaat volgens die verskillende ouderdomsgroepe. (Tabel 5.1).

Dit toon aan dat die meeste kliënte tussen 19 – 40 jaar oud was.

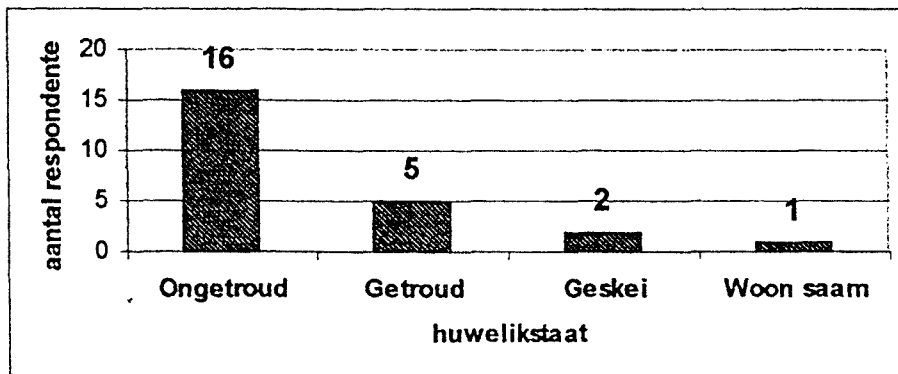
Tabel 5.1**Toelatings vanaf 01/01/2000 tot 30/06/2000 in die verskillende ouderdomsgroepe**

Ouderdom	Manlik	Vroulik	Totaal
6 - 18	2	0	2
19 - 40	18	0	18
41 - 64	6	0	6
65+	0	0	0
Totaal	26	0	26

Volgens die tabel 5.1 kan ons die volgende interpretasies maak:

Slegs 2 pasiënte/kliënte in die ouderdomsgroep 6 - 18 jaar is toegelaat. Gewoonlik word minderjariges in die ouderdomsgroepe in hul ouers se sorg teruggeplaas, onder die wakende oog van die maatskaplike dienste. Die ouderdomsgroep 19 - 40 jaar oud is die meeste, met 18 pasiënte/kliënte. Dit kan toegeskryf word aan werkloosheid, onvolwassenheid, verveeldheid en groepdruk weens bende-betrokkenheid. Die minderheidsgroep tussen 41 - 64 jaar en 65 en ouer is nie meer so aktief nie en minder in botsing met die gereg.

FIGUUR 5.2

HUWELIKSTAAT VAN PASIËNTE (N = 24)

Die meeste respondente, 66.7% ($n = 16$) was ongetroud en enkellopend, soos aangetoon in figuur 5.2.

Daar kan afgelei word dat die pasiënte/kliënte moontlik nie bereid is om die verantwoordelikheid van 'n huwelikslewe te aanvaar nie en liever ongetroud en enkellopend wil wees. Dit is weereens 'n aanduiding van hul onvolwassenheid en kan soms ook deels toegeskryf word aan hul misdaadslewe en/of hul geestesongesteldheid.

Van die respondente het 45,8% ($n = 11$) aangedui dat hulle kinders het en 54,1% ($n = 13$) het aangedui dat hulle geen kinders het nie. Dié wat wel kinders het, het aangedui dat hulle geen verantwoordelikheid vir hul kinders wil of kan aanvaar nie as gevolg van die lewe wat hul lei.

Tabel 5.2**Rasse klassifikasie**

	F	%
Blank	1	4.2
Kleurling	21	87.5
Swartes	2	8.3
Indiërs	0	0
Totaal	N = 24	100%

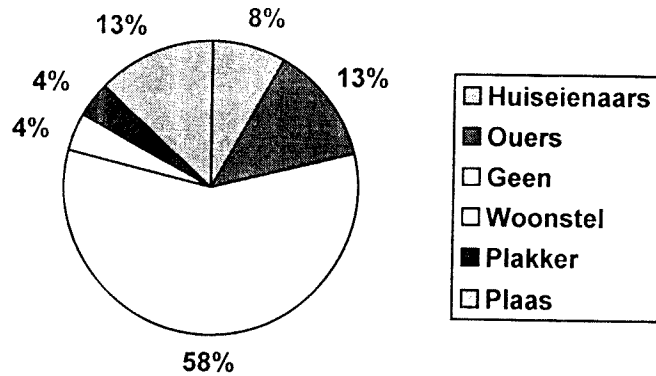
Uit Tabel 5.2 blyk dit dat die meeste respondente Kleurlinge ($n = 21$) was en daar was slegs 1 blanke persoon.

Sewe respondente (29,2%) was van die landelike gebied afkomstig; 45,8% ($n = 11$) van die stedelike gebiede (met 'n hoë insidensie van bendebedrywighede) en 25% ($n = 6$) van stedelike gebiede (met 'n lae insidensie bendebedrywighede) afkomstig. Dit blyk dus dat die meeste respondente in die forensiese psigiatriese eenhede van die stedelike gebiede met baie bendebedrywighede afkomstig is, wat weer probleme in die eenheid skep as gevolg van die vorming van bendes in die eenheid.

5.5.2 Woonplek.

Die meeste van die respondente, (58% $n = 14$) het aangedui dat hulle by hul ouers woonagtig is en van hul ouers afhanklik is, wat 'n moontlike aanduiding is van die respondente se onvolwassenheid en onvermoë om selfstandig te funksioneer en aktief in die beroepslewe te wees (Figuur 5.3.)

Figuur 5.3
Tipe Woonplek (n = 24)



5.5.3

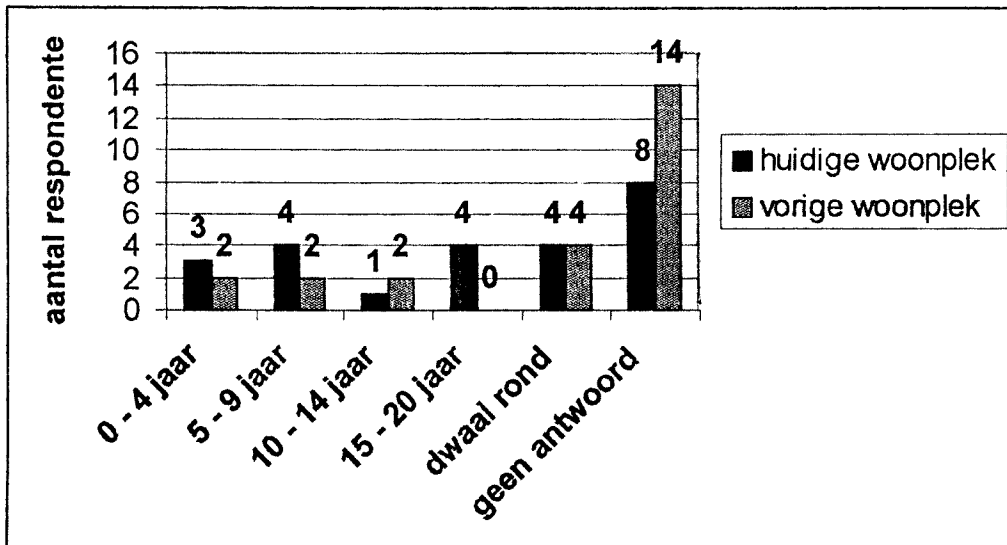
Jare by woonplek

Op die vraag van jare by vorige woonplek het dit voorgekom dat die respondente nie langer as 2 jaar op 'n plek bly nie. Agt-en-vyftig persent (n = 14) kon geen antwoord verskaf nie en 17% (n = 4) het geantwoord dat hulle baie rond dwaal en dus nie 'n vaste woonplek gehad het nie. (Figuur 5.4.)

Dit blyk verder dat die respondente nie baie plek gebonde is nie. By die vraag oor hulle huidige woonplek het 33% (n = 8) geen antwoord verskaf nie en 17% (n = 4) het pertinent geantwoord dat hulle nie weet nie.

Figuur 5.4

Aantal jare wat pasiënte/kliënte by woonplek is (n = 24)

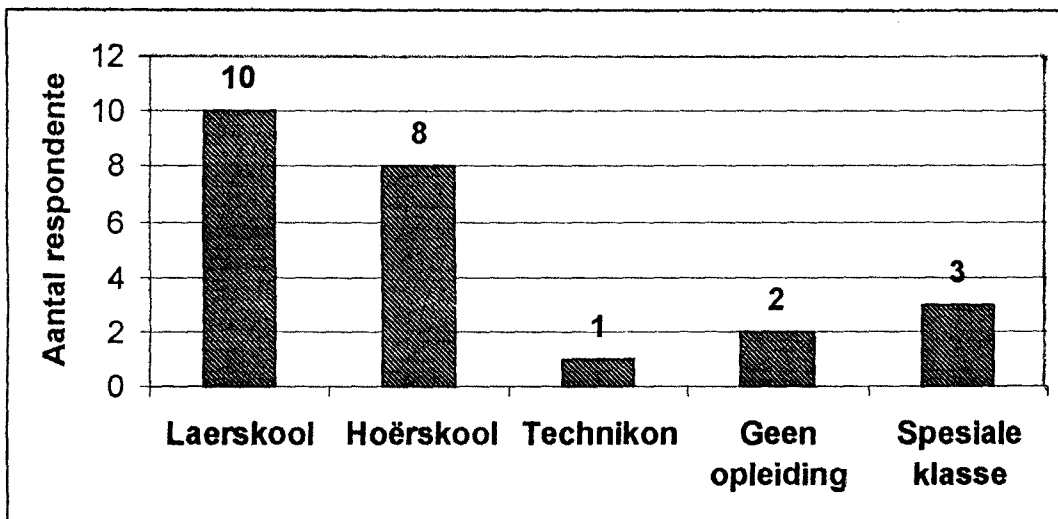


5.5.4 Vlak van opleiding.

Die respondente het almal slegs 'n laerskool en of spesiale aanpassingskoolopleiding gehad. Slegs 33.3% (n = 8) van die respondente het hoërskoolopleiding gehad, maar dit nie voltooi nie. Geen van die respondente het enige tersiêre opleiding gekry nie en dit kon moontlik 'n bydraende faktor wees dat hulle nie 'n suksesvolle werksposisie in die arbeidsmark kon verkry nie. (Figuur 5.5.)

Figuur 5.5

Opleiding van pasiënte/kliënte (n = 24)



5.5.5 Kerkverband

Van die respondente het 79,2% (n=19) aangedui dat hulle aan 'n kerk behoort, maar dit selde besoek. Dit wil egter voorkom dat sodra die pasiënte/kliënte met die gereg bots en in die forensiese sisteem beland, hulle wel hul kerke vir geestelike begeleiding en hulp opsoek. (Sien tabel 5.3.)

Dit blyk uit onderhoude gevoer in Brittanje dat die pasiënte/kliënte nie so kerkvas soos in SA is nie en elkeen maar sy eie gang gaan met min belang by godsdien.

Tabel 5.3

Kerkverband

(n = 24)

Kerkverband	%	F
Christen	16,6	4
Moslem	16,6	4
Katoliek	4,2	1
NG Kerk	12,5	3
Panti Costil	4,2	1
Nuwe Apostoliek	12,5	3
VG Kerk	4,2	1
Kongregatale	4,2	1
Moravies	4,2	1
Geen kerkverband	20,8	5
Totale	100%	n = 24

5.5.6 Sosio-Ekonomiese Status

Van die respondente het 50% (n=12) genoem dat hulle gewerk het voordat hulle toegelaat is en 50% (n=12) was werkloos. Sommige pasiënte/kliënte het die vraag

verkeerdelik geïnterpreteer en genoem dat hulle verhoorafwagting is en dus nie op die oomblik werk nie.

In tabel 5.4 word die tipe werk soos aangedui deur die respondente gegee. Slegs 75% (n = 18) kon die vraag verstaan en beantwoord, 25% (n = 6) kon geen antwoord verskaf nie.

Tabel 5.4
Tipes werk van respondente
(n = 24)

	f	%
Professionele Werk: Onderwyser	1	4.2
Geskoolde Werk: Skakelbord Operateur	1	4.2
Klerk	1	4.2
Stoorman	2	8.3
Moddelering ("casual")	1	4.2
Vragmotorbestuurder	1	4.2
Ongeskoolde Werk: Smous ("casual")	1	4.2
Arbeider op plaas	2	8.3
Verkoop bottels en karton ("casual")	1	4.2
Arbeider ("casual")	6	25
Werk in smokkelhuis ("casual")	1	4.2
Totale (soos vanaf respondente verkry):	N = 18	

Op die vraag van 'n inkomste, wou die respondente nie antwoord nie en het dit as 'n private aangeleentheid beskou. Sestien van die respondente (66,7%) het gesê dat hulle tans geen inkomste het nie; 12,5% (n = 3) het gesê dat hulle 'n ongeskiktheidstoelaag kry, terwyl slegs 20,8% (n = 5) aangedui het dat hulle nog steeds 'n inkomste kry terwyl hulle in die hospitaal is.

Slegs 8,3% van die respondente ($n = 2$) was ten tyde van hospitalisasie met siekverlof en het aan 'n siekefonds behoort. Daar was 20,8% ($n = 5$) van die respondente wie se werkgewers bewus was van hul toelating en 8,3% ($n = 2$) van die respondente wou nie hul werkgewer in kennis gestel het nie.

Slegs 4,2% ($n = 1$) van die respondente is ontslaan as gevolg van toelating, terwyl 8,3% ($n = 2$) van die respondente onseker was oor of hulle hul werk gaan behou. Die ander 87,5% ($n = 21$) van die respondente het gesê die toelating beïnvloed nie hul werk nie aangesien hulle slegs informele werk doen of werkloos is.

5.5.7 Toelating: Opname en verblyf in eenheid

Van die respondente het 4,2% ($n = 1$) gesê dat hulle in 'n "tronk" is, 41,7% ($n = 10$) het gesê dat hulle in 'n hospitaal is en 54,2% ($n = 13$) het geantwoord dat hulle in 'n psigiatrisiese hospitaal is, waarvan 29,2% ($n = 7$) die hospitaal se naam genoem het.

Van die respondente het 95,8% ($n = 23$) kon sê dat hulle deur die hof verwys is en 4,2% ($n = 1$) het geantwoord dat haar/sy vrou hom hospitaal "tronk" toe gestuur het.

In terme van die spesifieke artikel van die Wet op Geestesgesondheid waaronder hy/sy toegelaat is, is die antwoord as volg verkry volgens die pasiëntrekords:

artikel 79(2) toelating	:	66,7% ($n = 16$) was observasiepasiënte
artikel 28 toelating	:	33,3% ($n = 8$) was presidentspasiënte

Slegs 91,6% ($n = 22$) van die respondente se families was bewus van hul toelatings. Die ander respondente het nie geweet waar hul families was nie en het rondgedwaal.

Van die respondente het 54,2% (n = 13) al besoek van familie gehad, terwyl 4,2% (n = 1) 'n telefoonoproep gehad het. Die reël van die afdeling is dat die kliënte eers twee weke in die saal moet wees voordat hulle besoek mag ontvang.

Die antwoord op die vraag van hoeveel keer hul toegelaat is, word in tabel 5.5 aangetoon:

Tabel 5.5
Aantal kere respondente in die eenheid toegelaat was

	f	%
1ste keer	16	66.7
2de keer	3	12.5
3de keer	1	4.2
Meer as 3 keer	4	16.6
	n = 24	100%

Uit tabel 5.5 blyk dit dat 66% (n = 16) van die respondente vir die eerste keer in die forensiese psigiatriese eenheid toegelaat was en 16.6% (n = 4) is al meer as 3 keer toegelaat.

Slegs 54.2% (n = 13) kon naastebly gesê het wanneer hulle toegelaat is.

Uit redes vir toelating in die forensiese eenheid in tabel 5.6 blyk dat misdad die grootste kriminele oortreding was (70,8%:n = 17) en 12,6% (n = 3) as gevolg van hul gedrag.

Tabel 5.6**Redes vir toelating in 'n Forensiese Eenheid**

	f	%
Misdaad	17	70.8
Gedrag	3	12.6
Weet nie	4	16.6
	n = 24	100%

Slegs 12,5% (n = 3) van die respondente kon 'n korrekte verduideliking vir hulle opname gee. As volg is enkele opmerkings:

- "Ek is hier vir observasie, die dokter moet sien of daar iets met my kop verkeerd is";
- "Daarna gaan die dokter 'n verslag skryf en ek gaan terug Hof toe";
- "Hulle gaan sien dat ek uit die tronk bly."

Drie persone (12,5%) het gesê dat die hof ook 'n private psigiater aangestel het om hom te evalueer en die psigiater het aan hom die ernstigheid van haar/sy misdaad en oortreding verduidelik en dat dit 'n tweede opinie van 'n private psigiater genoodsaak het.

Op die vraag oor of hulle deur die polisie gearresteer is, het 79,2% (n = 10) van die respondente "ja" gesê; 16,6% (n = 4) het "nee" geantwoord en 4,2% (n = 1) het geen antwoord gegee nie.

Vervolgens in tabel 5.7 is 'n weergawe van die pasiënte/kliënte se kriminele oortredings, soos deur die pasiënte/kliënte aangetoon en soos dit met die pasiëntrekords deur die navorser gekontroleer is.

Tabel 5.7

Aard van kriminele oortredings volgens die pasiënte en volgens pasiënt rekords

	S.A.P. arrestasies Pasiënt rekords	Volgens Pasiënte
Aanranding: <ul style="list-style-type: none"> • met die opset om te beseer • onsedelike aanranding 	8	3
Moord: <ul style="list-style-type: none"> • Poging tot moord • Strafbare manslag 	5	9
Verkragtings: <ul style="list-style-type: none"> • Sodomie 	1	4
Roof en Diefstal: <ul style="list-style-type: none"> • Algemeen • Huisbraak / Inbraak • Inbraak van voertuie • Winkeldiefstal "Shopliftiing" 	9	13
Dwelmmisbruik: <ul style="list-style-type: none"> • Onwettige besit van dwelms 	4	2
Ander: <ul style="list-style-type: none"> • Dronkbestuur • Onsedelike gedrag (nakend in see geswem) • Opsetlike saakbeskadiging • Bedrog • Besit van 'n vuurwapen sonder 'n lisensie 	7	4

*In sommige gevalle is meer as een rede genoem.

Uit tabel 5.7 kan afgelei word dat roof en diefstal een van die grootste redes aangevoer word vir die pasiënt/kliënte se kriminele oortredings. Volgens die pasiënt/kliënte is dit vir hulle 'n soort manier van oorlewing as gevolg van werkloosheid.

Aanrandings is ook 'n belangrike rede omdat daar soms eers 'n aanranding van die "slagoffer" moet plaasvind voordat hulle hom/haar kan beroof.

Verkragtings en sodomie kom volgens gegewe inligting die minste voor, omdat baie slagoffers van verkragting en sodomie nie die voorval by die polisie aanmeld nie, as gevolg van bloedskaande en stilswe handhaaf om hul naam en persoon te beskerm teen publieke ontbloting. (Bylae A.2) vir statistieke insake kriminele oortredings soos aangemeld.

Van die respondente was 29.2% (n=7) voorheen in die tronk en 20.8% (n=5) wou nie antwoord nie. In tabel 5.8 van aantal toelatings in die gevangenis. Die meerderheid van die forensiese psigiatriese pasiënt/kliënte was al voorheen in die gevangenis en word eers daarna vir forensiese psigiatriese dienste verwys.

Tabel 5.8

Aantal toelatings tot die gevangenis

	%	f
Eerste keer	50	12
Tweede keer	16,7	4
Derde keer	12,5	3
Geen kommentaar	20,8	5
	N = 100	24

Behalwe die inligting en siening van die pasiënt/kliënt soos bespreek in die voorafgaande deel, is ook die volgende kollaterale geskiedenis vanaf die familie deur die navorser verkry:

- “Kliënt was voorheen in Psigiatriese Hospitale, het kaal in see ingeloop, wou selfmoord pleeg”;
- “Hy/Sy het sy/haar stiefdogter seksueel gemolesteer”;
- “Na die moord op haar/sy ma het pasiënt/kliënt begin snaaks optree, hy/sy rook baie dagga”;
- “Kliënt se ma het ‘n psigiatriese geskiedenis, was voorheen in ‘n psigiatriese hospitaal”;
- “Hy het na Standaard VIII (Graad 10) begin snaaks optree; hy het nie geëet óf geslaap nie en van maagprobleme begin kla”;
- “Het gespanne en bedruk begin raak en gebruik baie alkohol”;
- “Kliënt was altyd stadig op skool, altyd stout en in die moeilikheid, baie verkeerde vriende”;
- “In Standaard VI (Graad 8) na Porter Seunsskool gestuur na ‘n misdaad; raak gou kwaad en aggressief”;
- “Was in Bonnie Town Verbeteringskool na ‘n oortreding van huisbraak en na twee weke het hy ontsnap”;
- “Sy gedagtes is stadig; kom vertrap voor; kry epileptiese aanvalle en word deur bendes gebruik”;
- “Raak opvlieënd en aggressief, baie alleen en meng nie maklik nie”;
- “Kliënt praat onsamehangend in die hof en het nie die hofverrigtinge verstaan nie”;
- “Kliënt/Pasiënt doen dinge en weet later niks daarvan af nie”;

- “Op 7-jarige ouderdom het kliënt/pasiënt op sy kop geval en stuipe gekry”;
- “Toon selfmoordneigings, gebruik dagga en alkohol”, en
- “Na 6 maande in die gevangenis het kliënt begin snaaks optree.”

Die familie self is baie verbouereerd en onkundig op die gebied van forensiese psigiatrie en weet nie wat om te verwag nie en of watter iinligting relevant is tot die geskiedenis van die pasiënt/kliënt nie. Daarom is gevind dat die familie ook baie ondersteuning vanaf die verpleegkundige benodig, om meer betrokke te raak by die pasiënt/kliënt se evaluerings sorgplan.

Op die vraag of hulle aan bendes behoort, het 33.3% (n=8) erken dat hulle aan 'n bende behoort; een van die respondente (4.2%) wou nie sê nie en 62.5% (n=15) het "nee" geantwoord. Die navorser is egter van mening dat aangesien daar alreeds 79.2% van die respondente in die tronk was, daar waarskynlik meer respondente aan bendes behoort het as wat hulle aangedui het. As volg die bendes soos aangedui aan die navorser:

- Bendes in tronk sluit in die “26” en “28”'s bende;
- Buite is daar ook die Americans, Dix-Boys, T.D.K.'s, Born Free Kids, Junky Funky's, Naughty Boys. Van die respondente (45,8% (n=11) wou niks oor bendes of hul bendebedrywighede sê nie, maar die aanduidings is duidelik dat hulle tot een of ander bendegroep behoort soos byvoorbeeld:
 - hul liggame was oortrek van tattooërmerke; (sien Bylae Nr D.2)
 - hulle was al in 'n verbeteringskool waar daar 'n hoë insidensie van bendebedrywighede is, of
 - hy/sy was al meer as een keer in die gevangenis waar hy/sy waarskynlik ook in aanraking met bendeaktiwiteit was.

5.5.8 Siening oor psigiatriese diens

Van die respondente het 45,8% (n = 11) voorheen van forensiese psigiatriese dienste gehoor of iets daarmee te doen gehad, terwyl 54,2% (n = 13) nog nooit daarvan gehoor het nie.

Ten opsigte van die vraag "wat verstaan u onder Forensiese Psigiatriese Dienste", was die antwoord as volg:

"Ek is gestuur vir observasie om te sien of ek siek is.;

"Om toetse te doen om my uit die tronk te hou.";

"Ek is gestuur vir "koptoetse".;

"Was alreeds in psigiatriese Hospitale.";

"Dit is 'n tronk.";

"Om te sien of ek reg is – ek dink té stadig.";

"Die mense gaan my help??";

Van die respondente, 41,6% (n = 10) het glad nie geweet wat die term forensiese psigiatriese dienste beteken nie.

Vervolgens is respondente gevra of hulle tot die afdeling georiënteer is (Tabel 5.9).

Tabel 5.9**Oriëntasie ten opsigte van die eenheid
(n = 24)**

	f	%
Slaapsaal	21	87.5
Badkamers	21	87.5
Toilette	17	70.8
Ontspanningsarea	17	70.8
Eetsaal	21	87.5
Kantoorareas vir onder-houde	4	16.7
Personeellede	5	20.8
Mede-inwoners	5	20.8

Dit is wel moontlik dat die respondente georiënteer was, maar dit nie kan onthou nie. Dit is belangrik vir die handhawing van orde en dissipline dat pasiënte/kliënte minstens weet waar die onderskeie areas is en wie hulle mede-inwoners en personeellede is. Dit skep onnodige onsekerheid by pasiënte/kliënte indien hulle na sekere areas moet gaan, maar hulle weet nie waar dit is nie.

Tabel 5.10

Verduidelikings gegee van die kliënte ten opsigte van reëls in die eenheid.

(n = 24)

	f	%
Opstaantye	10	41.6
Slaaptye	12	50.0
Etenstye	10	41.6
Reëls t.o.v. besoekers	15	62.5
Maak van telefoonoproepe	15	62.5
Ontvangs van telefoonoproepe	12	50.0
Besoektye (familie en vriende)	16	66.6
Besoektye (ander bv. Prokureur)	5	20.8
Sport- en ontspanning	8	33.3
Rook	3	12.5
Ontvangs van geskenke	7	29.1
Spesiale versoeke bv. om iemand te spreek	9	37.5
Briewe skryf of ontvang	10	41.6
Hantering van privaat eiendom	15	62.5

Uit tabel 5.10 blyk dit dat pasiënte/kliënte nie ten volle ingelig was oor reëls in die eenheid nie.

Indien pasiënte/kliënte nie weet wat die reëls in die eenheid is wat nagekom moet word nie, is dit onbillik om hulle te "straf" indien hulle nie die reëls sou nakom nie.

Volgens Tabel 5.11 het al die respondente kontak gehad met die geneesheer terwyl slegs drie pasiënte/kliënte met die eenheidsbestuurder kontak gehad het.

Tabel 5.11
Kontak met personeel

	f	%
Geneesheer	24	100
Psigiater	21	87.5
Maatskaplike Werker	14	58.4
Sielkundige	6	25.0
Arbeidsterapeut	21	87.5
Verpleegbestuurder	3	12.5

Dit is nie duidelik of die pasiënte/kliënte dit moontlik nie kon onthou het nie, en of die verpleegdiensbestuurder dalk selde in die eenheid teenwoordig was nie.

Oor die beskikbaarheid van dagga en alkohol in die tronk, was die bevindinge as volg:

Twaalf (50%) van die respondente het aangedui dat hulle dagga gebruik. Die respondente wou nie hul kontakte bekend maak nie. Twaalf (50%) van die respondente sê hul koop net waar hulle kan. Die res kry dit buite by vriende, wanneer hulle geld het.

Twaalf (50%) van die respondente erken hulle gebruik alkohol, die res ontken enige gebruik en slegs een van die respondente rook nie.

Ten opsigte van die tipe en hoeveelheid wat gebruik is, het hulle gemeld:

- Slegs naweke;
- 'n sosiale drinker;

- wyn, bier, tuisgemaakte bier;
- brandewyn en “Coke” ; “Cane” spiritus;
- enige ander sterk drank wanneer daar geld is;
- “as plaasarbeider kry ek wyn elke aand en drink erger oor naweke.”

Ander middels wat gebruik is, sluit in:

Dwelms, “Mandrax, Extacy,” snuif van gom, enigiets waarop hy/sy kan kom en hom ‘n “kick” kan gee. (Sommige rook selfs hulle tablette fyngemaak met tabak.)

5.5.9 Hantering van kliënte se regte

Na verduideliking het 58,3% (n = 14) van die respondente “ja” gesê dat hulle wel regte het, terwyl hulle in die eenheid is.

As volg enkele aspekte wat deur die kliënte geopper is ten opsigte van pasiëntregte:

- Privaatheid word nie gerespekteer nie;
- Wil hul eie prokureur enige tyd kan spreek;
- Wil hul eie klere kan dra;
- “Waarom is hulle opgesluit soos in ‘n tronk?”;
- “Waarom word hulle afgesonder en gestraf?”;
- Wil private telefoonoproepe kan maak;
- “Hier is niks om te doen in die eenheid nie”;
- Wil die reg op besoekers hê;
- Wil Moslem kos volgens hul geloof hê;
- “Waarom kan ons nie in ‘n oop saal wees nie?”

Sommige voel hulle het geen regte nie, en moet maar net na die personeel luister en doen soos hulle sê.

Geeneen van die respondente het nog ooit van die Handves van Menseregte gehoor nie.

Van die respondente het slegs 58,3% (n = 14) regsverteenvoordinging gehad, die res het glad nie verteenwoordiging gehad nie of nie geweet nie. Slegs 54,2% (n = 13) van die respondente het kontak gehad óf is gesien met verwysing.

Ten opsigte van die duur van hospitalisasie (opname) het 41,6% van die respondente (n = 10) geantwoord dat hy/sy 30 dae of een maand moet bly terwyl die ander respondente nie geweet het nie.

Slegs 33% van die respondente (n = 8) het gesê dat die evaluasieproses aan hulle verduidelik is, terwyl die ander respondente nie geweet het waarna verwys word nie.

5.5.10 Pasiënttevredenheid.

In tabel 5.12 word die pasiënttevredenheid met spesifieke aspekte aangedui:

Tabel 5.12
Pasiënt Tevredenheid

	%	f
Aanspreekvorm	8.3	2
Slaapplek	79.2	19
Kos	62.5	15
Klere	50.0	12
Wasgeriewe	91.6	22
Besoektye	70.8	17
Reëls van die afdeling	12.5	3

Dit blyk dat die meeste kliënte/pasiënte 79.2% (n=19) tevrede was met hul slaapplek en 91.6% (n=22) met die wasgeriewe, en dat hulle dankbaar is vir die huisvesting en kos.

Van die pasiënt/kliënte was egter ontevrede oor hoe hulle deur die personeel aangespreek word en die streng reëls van die eenheid.

5.5.11 Stokperdjies of vryetydsbesteding in die samelewing.

Die volgende stokperdjies of vryetydsbesteding is genoem:

- Kyk televisie en speel televisie-speletjies;
- Kyk sport op televisie;
- Dobbel op perde en dobbel met dobbelstene
- Musiek, tuinwerk, lees;
- Besoek moskeë op Vrydae of
- Dwaal doelloos rond.

Volgens data ingewin, het die respondente oor die algemeen geen konstruktiewe vryetydsbesteding gehad nie.

5.5.12 Pasiënt probleme.

Respondente het die volgende probleme geopper in verband met:

- Die Omgewing:
 - “Moet maar aanpas om te oorleef”
 - “Geen privaatheid”
 - “Ek wil huistoe gaan”
 - “Die ander pasiënte hinder en steur my”.
 - “Die pasiënte het niks om te doen in die eenheid nie”.
 - “Die eenheid is vuil en onnet”.

"Die eenheid is vuil en onnet".

- Voedsel:

"Jy weet nie of die Moslem kos skoon is nie".

"Die kos is baie min en aandete word baie vroeg soos ±16h00 alreeds bedien".

- Personeel:

"Die personeel is onvriendelik en help my nie"

"My versoeke word nie aandag aan gegee nie"

- Regulasies:

"Saalreëls is té streng – en dit voel soos 'n tronk"

"Ek wil 'n brief skryf of die telefoon gebruik en moet eers wag vir twee weke".

"Al my regte is my ontnem"

"Ek voel baie onseker en weet nie wat aangaan nie".

- Algemeen:

"Kry nie geleentheid om dokter te spreek nie".

"Baie alleen en kry geen besoekers".

"Die pasiënte dobbel met hul private eiendom soos klere, toiletware, ens".

"Droom baie daarvan om myself dood te maak"

"Al my persoonlike eiendom is my ontnem en ek mag nie my eie klere dra nie"

Op die vraag oor waarmee hulle nie saamstem nie, is as volg gereageer:

- Die saalreëls is té streng;
- Kliënte voel soos in 'n tronk toegesluit;
- Kliënte het geen voorregte in die eenheid;

- "Waarom word besoekers eers na twee weke toegelaat en dan onder toesig bewaak?"
- Die tydperk vir observasie periode is somtyds té lank (30 dae);
- "Waarom moet ons slaapklere dra en nie ons eie klere nie?";
- "Waarom moet ons eers in 'n enkelkamer in afsondering slaap?"
- "Aandete word té vroeg bedien en dan word ons té vroeg opgesluit";
- "Alle uitgaande- en inkomende pos word deur personeel gesensor";
- "Telefoonreëls is té streng en pasiënte/kliënte mag slegs een dag per week die telefoon gebruik";
- "Mag nie persoonlike besittings by ons hê nie, en ons word gestroop van alles".

Ander probleme wat geïdentifiseer is, is as volg:

- Pasiënt/kliënte toon homoseksuele neigings en is dus onder streng observasie vir moontlike verkragtings en sodomie;
- Hulle raak gou aggressief na dwelmmisbruik in die eenheid en later ontken hulle dit alles;
- Twee pasiënte het ontsnap in 'n massaontsnappingspoging deur die sekuriteitspersoneel te oorrampel;
- Een pasiënt was met een maand verlof en het versuim om terug te keer nadat die verlof verstreke was.

Respondente is gevra wat gedoen kan word om die dienste te verbeter. Van die respondente het 54.2% (n=13) geen kommentaar gegee nie.

Die voorstelle vir verbetering is soos volg:

- Beter fasiliteite;
- Beter slaapgeriewe;

- Opgeleide personeel vir die diens en personeel wat belangstel en omgee vir hul pasiënte;
- Personeel moet aandag gee aan die kliënte/pasiënte;
- Personeel moet meer hulpvaardig wees;
- Observasie kliënte moet apart gehuisves word;
- Minder pasiënte/kliënte moet toegelaat word;
- Personeel moet hul aanspreekvorm van die kliënte/pasiënte verbeter;
- Pasiënte/kliënte moet in oop sale verpleeg word, want hulle is nog nie skuldig bevind nie;
- NawEEKverlof moet ingestel word;
- Meer aandag moet aan die dagprogram van die kliënte/pasiënt gegee word om hulself besig te hou;
- Pasiënte/kliënte moet toegang tot hul regsverteenvoordinging hê;
- 'n Biblioteek moet vir die kliënte/pasiënt in die eenheid ingestel word;
- Familiebetrokkenheid moet bevorder word.

5.5.13 Mediese Geskiedenis (Tabel 5.13)

Ten opsigte van die mediese geskiedenis, is die volgende inligting verkry (slegs die relevante data word gegee) asook medikasie wat gebruik word

Tabel 5.13

Mediese Geskiedenis

• Epileptiese aanvalle	
• Peptiese ulkuse (alkoholverwant)	
• Beserings as gevolg van aanranding (frakture, steekwonde, ens.)	
• Medikasie:	
Generiese naam	Handelsnaam
Fluphenazine decanoate	Modecate inspuiting
Haloperidol	Serenace: Rol Haloperidol
Orphenadrine	Oropax; Orpadrex
Clozapine	Leponex
Valproate	Convulex
Chlorpromazine	Largactil
Carbamazapine	Tegretol; Degrenol
Geen generiese naam	Clopixol

(Sommige van die voorskrifkaarte en toedieningsrekords was nie beskikbaar nie).

Dit blyk egter dat 50% (n=12) van die respondente ten tyde van die navorsing medikasie gebruik. Uit die inligting oor die fisiese ondersoek van die pasiënte/klieënte blyk dit dat die respondente oor die algemeen baie swak versorg is.

5.5.14 Psigiatriese Geskiedenis

Ten opsigte van die psigiatriese evaluasie van die kliënte/pasiënte, is die volgende simptome geïdentifiseer:

- Hallusinasies
- Psigotiese toestande

- Onttrekkingssimptome
- Delusies

Ten opsigte van die psigiatriese diagnose met toelatings, blyk dit dat van die respondente 50% (n = 12) nie geestessiek was nie en geskik was om hul hofverrigtinge by te woon.

Die volgende psigiatriese diagnoses is aangeteken:

- Maniese psigosos
- Skisofrenie
- Depressie
- Geestesvertraging
- Anti-sosiale gedrag
- Bipolêre gemoedssteuring
- Bipolêre affekstoornis

'n Verpleegsorgplan is slegs voltooi by 50% (n = 12) van die respondente. In terme van die verloop van pasiënte/kliënte se vordering, is die volgende aangeteken:

- Pasiënt/Kliënt toon goeie gedrag en gee sy samewerking;
- Pasiënt/Kliënt bly psigoties en het swak higiëne;
- Pasiënt/Kliënt na 8 dae in eenheid in afsondering geplaas (rede volgens kliënt: hy wou papier hê om 'n brief aan sy prokureur te skryf en die papier is vir hom geweier); die pasiënt het die personeel begin skel en beskuldig en is gevolglik in afsondering gesit. Volgens lêer toon die pasiënt selfmoordneigings en was dus onder streng observasie.

Dit is kommerwekkend aangesien dit voorkom asof daar nie beplanning van verpleegsorg plaasvind nie en verpleegtussentrede lukraak geskied.

5.5.15

Algemene persepsies van die pasiënte/klieënte oor forensiese psigiatriese dienste.

Die volgende algemene patroon betreffende die persepsies van die klieënte/pasiënte oor forensiese psigiatriese dienste het na vore gekom:

'n Aantal positiewe persepsies oor sekere fasette van inrigtingsorg is gevind insluitende:

- Die regte van die klieënte; word gehand haaf
- Familie betrokkenheid; word bevorder
- Personeel se betrokke;
- Tevredenheid met fasiliteite;
- Probleme met verblyf, en
- Aanbevelings ter verbetering van die dienste.

Nieteenstaande die feit dat die klieënte intense ongelukkigheid met opname ervaar het en eers met die tyd leer om by die veranderde lewenspatroon aan te pas en dit te aanvaar, het 50% (12) van die respondente aangetoon dat die sosialiseringproses in die inrigting in 'n mate geslaag het. Faktore wat die sosiale aanpassingsproses vertraag het, was die volgende:

- Eensaamheid en verlange na familie en vriende word ondervind, want die fisiese- en sosiale isolasie binne die eenheid veroorsaak dat kontak met familie en vriende nie so geredelik soos vroeër gemaak kan word nie;
- Die klieënte kan nie meer vrylik kan kies met wie gesosialiseer word nie en die gebrek aan privaatheid wat ervaar word is 'n verdere struikelblok;
- Die klieënte kan nie sy kamer of kamermaats kies nie en word weens bestaande fisiese strukture gedwing om met ander hul leefruimte te deel en 'n botsing in persoonlikhede bemoeilik dikwels die proses, en
- Geleenthede vir vryetydsbesteding word deur die arbeidsterapeut gereël en is dikwels op die groep gerig en heel party klieënte wil liefs as individue

fasiliteite en geleenthede vir vryetydsbesteding hê. Die radio, televisie en handwerk aktiwiteite, as vorm van vryetydsbesteding, is belangrik, maar sommige van die kliënte wil self kies waaraan meegedoen of waarna geluister wil word.

Faktore wat die aanpassing of sosialiseringsproses bevorder het, was:

- Regte kamermaats wat kameraadskap bevorder;
- Behoud van kontak met familie en vriende, en
- Persoonlikheidseienskappe wat 'n persoon maklik met ander oor die weg laat kom en maklik vriende laat maak.

Die persepsie wat die kliënt van die verpleeg- en ander multidissiplinêre spanlede gehad het, was as volg:

- Kontak met die multidissiplinêre spanlede word as ontoereikend ervaar;
- Die verpleegpersoneel word gesien as onprofessioneel en onpersoonlik hoofsaaklik omdat daar nie genoeg individuele aandag aan die kliënte gegee word nie, en
- Die bestuur speel 'n bepalende rol in die lewering van gehaltesorg en dienslewering.

Die persepsies van die fisiese omgewing asook die leefwêreld binne die inrigting was:

- Die leefwêreld binne die eenheid word deur die kliënt as 'n eensame wêreld met beperkte grense ervaar, en
- 'n Gebrek in die eenheidstruktuur wat duidelik na vore gekom het is die gebrek aan doelgerigte ontspanningsmoontlikhede en interaksie met die verpleegpersoneel. Dit lei tot die swak motivering vir doelgerigte

vryetydsbesteding wat so dikwels by kliënte aangetref word en aanleiding gee tot verveeldheid en aggressiewe uitbarstings.

Die respondente het oorwegend 'n negatiewe persepsie omtrent die rede vir hul opname geopenbaar, hoofsaaklik omdat ander persone vir die besluit vir hul opname verantwoordelik was. Hierdie ander persone het familie, die S.A. Polisie, staatsaanklaers en selfs 'n eggenoot ingesluit.

5.5.16 Aanvanklike ervaring van opname:

Die opname in 'n inrigting is as 'n negatiewe gebeurtenis in hul lewens deur die oorgrote meerderheid van die pasiënte/kliënte ervaar.

Vir sommige was die aanpassing die moeilikste wat hulle tot nou toe in hul lewens moes maak.

Hierdie persepsies word as volg uitgedruk:

“Was die Here se wil”.

“Maak die beste van 'n slegte saak”.

“Gevoel asof van God verlate”.

“Niemand om na my belange om te sien nie”.

Van die probleme wat met die aanpassing in die eenheid ondervind word, word daarin gesien dat die inrigting soos 'n tronk voel.

Die pasiënte/kliënte het dikwels die persepsie dat die nodige respek nie aan hulle betoon word nie. Die personeel ontvang soms informele opleiding betreffende interpersoonlike vaardighede, maar die kliënt sien die personeel slegs as 'n middel tot versorging en soek die nodige aanvaarding liever by haar/sy mede-inwoners binne die eenheid. Die beperkte leefruimte waarin die pasiënte/kliënte homself

bevind, veroorsaak dat hy/sy gedwing word om met ander persone in noue verbintenis saam te leef. Die reaksie hierop is soms fisiese onttrekking deur in die kamer te bly en soms liever konflik met hul mede-inwoners te vermy.

Die pasiënte/kliënte wat die persepsie het dat haar/sy familie of gesin hom verwerp het, is geneig om die familie te verwyf en raak veeleisend en ontevrede met alles.

5.5.17 Die navorser se waarneming in Brittanje.

In Brittanje is gevind dat die pasiënte/kliënte aldaar baie meer voorregte geniet en meer tevrede is met die forensiese psigiatriese diens.

- Hulle kry meer aandag vanaf die multidissiplinêre span;
- Hulle word in oop sale verpleeg afhangend van hul gedrag in 'n enkelkamer;
- Eie klere mag gedra word en private besittings word by hulle gehou;
- 'n Gestruktureerde saalprogram word daaglik gevolg;
- Minder kliënte word in 'n gespesialiseerde eenheid gehuisves;
- Die personeeltoekenning tot 'n eenheid is baie goed en die personeel is professioneel opgelei om in die forensiese psigiatriese eenheid te kan werk;
- Die opvolg en ondersteuning na ontslag is baie goed en baie tyd en mannekrag word aan die opvolg van die kliënte bestee. Dit verhoed dat die pasiënt weer met die gereg bots en in die forensiese psigiatriese sisteem beland.

5.6 **PERSONEELPROFIEL**

Vervolgens word data ten opsigte van inligting vanaf die personeel verkry, bespreek.
(Bylae D.3)

Die verpleegpersoneel was almal betrokke by forensiese psigiatriese verpleegkunde. Deelname aan die studie was vrywillig.

5.6.1 Geslag van die respondente verpleegpersoneel (N =15)

Die oorgrote meerderheid, naamlik 71% (n = 11) van die respondente was mans en 29% (n = 4) van die respondente was vroulik wat 'n beduidende aanduiding is van die oorheersende teenwoordigheid van manlike personeel in die forensiese psigiatriese eenhede in Suid-Afrika. Volgens literatuur word die tendens wêreldwyd ondervind (Mason, 1998).

Uit die navorsingsonderhoude het dit aan die lig gekom dat vroeër jare van die veronderstelling uitgegaan is dat slegs manlike personeel in beheer van 'n psigiatriese hospitaal of 'n forensiese psigiatriese eenheid kon wees.

Die navorser is egter van mening dat tye dit anders bewys het en dat die vroulike geslag ook hulle regmatige plek kan volstaan en beheer oor die eenhede kan neem.

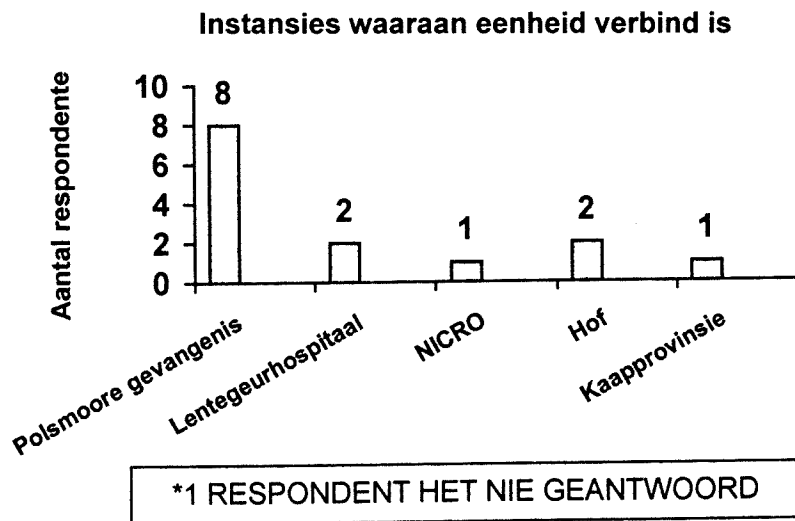
Tans is die Assistent-Direkteur van die een navorsingshospitaal en die Direkteur van psigiatriese dienste in die Wes-Kaap albei vrouens. Die Direkteur van Psigiatriese Dienste is 'n mediese geneesheer.

Die personeel is gevra of hul instansie verbonde is aan enige spesifieke korrektiewe diens, waarop 86,7% (n = 13) ja geantwoord het en 13,3% (n = 2) het nie geweet nie en kon geen antwoord gee nie. (Figuur 5.6.)

Op die vraag onder watter owerheid die dienste moet resorteer, was die respons as volg:

Vyf (33,3%) van die respondente het aangedui dat dit onder die Departement van Gesondheid tuishoort, terwyl 33% (n = 5) aangedui het dat dit by die Departement van Justisie tuis hoort. Vier van die respondente (26,7%) was van mening dat dit 'n funksie van korrektiewe dienste is, terwyl een respondent (6,7%) nie die vraag beantwoord het nie.

Figuur 5.6



Ten opsigte van die aard van forensiese psigiatriese verpleegdienste het 86,7% (n = 13) van die respondente gemeld dat dit as 'n spesialiteitsdiens geklassifiseer behoort te word by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging en 13,3% (n = 2) het aangedui dat dit nie as 'n spesialiteitsdiens gesien moet word nie, maar het nie hulle antwoord gemotiveer nie.

5.6.2 Opleiding in Forensiese Psigiatriese Verpleegkunde

Slegs sewe van die respondente (46,7%) was van mening dat die feit dat daar verpleegkundiges met verskillende kwalifikasies in die dienste werk, 'n bepalende faktor kan wees vir die siening oor psigiatriese verpleegpraktykvoering, veral onder die verpleegkundiges wie slegs 'n kwalifikasie in psigiatriese verpleegkunde het

teenoor die ander verpleegkundiges met algemene verpleegkunde asook psigiatriese verpleegkunde en ander addisionele kwalifikasies. Een van die respondente het genoem dat die verpleegkundige met slegs 'n psigiatriese kwalifikasie in die praktyk minderwaardig geag word teenoor haar kollega met algemene verpleegkunde en psigiatriese verpleegkunde en dit veroorsaak soms baie wrywing in die eenheid. Dikwels word die persoon met slegs 'n psigiatriese verpleegkundige kwalifikasie in beheer geplaas van die eenheid op grond van haar/sy ervaring in die forensiese psigiatriese verpleegpraktyk.

Daar is 'n baie groot behoefte aan formele opleiding in forensiese psigiatriese verpleegkunde. Tans word daar geen spesifieke kursus of program vir forensiese psigiatriese opleiding aangebied nie, en dit word as 'n groot leemte in die verpleegdienste en ook in die Suid-Afrikaanse Polisie dienste beskou. Van die respondente het 93,3% (n=14) sterk aanbeveel dat 'n kursus óf indiensopleidingsprogram in forensiese psigiatriese verpleegkunde ingestel moet word, terwyl 6,7% (n = 1) geen antwoord gegee het nie. Alhoewel 73,3% (n = 11) 'n basiese diploma in psigiatriese verpleegkunde het, het slegs 26,7% (n = 4) van die respondente blootstelling en ondervinding in forensiese psigiatriese verpleegkunde gehad.

Op die vraag of daar 'n verpleegpersoon op nasionale vlak die dienste moet koördineer, het 86,7% (n =13) die voorstel ondersteun terwyl 13,3% (n = 2) laat blyk dat hulle nie die rol van so 'n persoon verstaan nie. Van die respondente het 73,3% (n = 11) dit afgekeur dat 'n nie-verpleegkundige die taak verrig.

5.6.3 Jare diens en ondervinding.

Die antwoord op die vraag aan die verpleegpersoneel oor hul jare diens en ondervinding in psigiatriese hospitale word in tabel 5.14 aangedui. Van die

respondente wou twee (2) persone nie op die vraag antwoord nie omdat hulle dit as persoonlik beskou het.

Tabel 5.14

Jare diens en ondervinding van die respondente

Jare diens	f	%
0 - 4	1	6,7
5 - 9	2	13,3
10 - 14	2	13,3
15 - 19	2	13,3
20 - 24	4	26,8
25+	2	13,3
Geen antwoord	2	13,3
N	15	100%

Die meeste 26,6% (n = 4) van die respondente het tussen 20 – 24 jare diens gehad wat 'n aanduiding is van die personeel se langtermyn diens in die psigiatriese hospitale.

5.6.4 Die diensstaat en aantal personeel in die eenheid.

Slegs 53,3% (n = 8) van die respondente kon aandui hoeveel personeellede in die eenheid werksaam was terwyl 46,7% (n = 7) geen antwoord gegee het nie of geen kommentaar gelewer het nie.

In tabel 5.15 word die diensstaat vanaf Januarie tot Junie 2000 gegee soos verkry vanaf die personeelafdeling.

Tabel 5.15**Statistiek van personeeltoekenning vir eenheid vir periode Januarie tot Junie 2000**

	HVK	SPV	PV	IV	VA	AA	SEK	KL
Januarie	1	2	2	3	7	5	6	1
Februarie	1	2	2	3	8	5	6	1
Maart	1	2	2	3	8	5	6	1
April	1	2	2	3	7	6	6	1
Mei	1	2	2	3	7	6	8	1
Junie	1	2	2	3	8	6	8	1

Sleutel:

HVK: Hoofverpleegkundige

SPV: Senior Professionele Verpleegkundige

PV: Professionele Verpleegkundige

IV: Ingeskrewe Verpleegkundige

VA: Verpleegassistent

AA: Algemene Assistent

SEK: Sekuriteit

KL: Klerk

Volgens literatuur (W.G.O.) is die aanbevole of verwagte verpleeg : pasiënt ratio (1:0,49), dus volgens die gegewe aantal pasiënte/kliënte moes daar 25 verpleegpersoneel aan die eenheid toegeken gewees het.

Volgens gegewe data was daar slegs 15 verpleegkundiges aan die eenheid toegeken, wat dus 'n verpleeg : pasiënt ratio van 1:0,30 impliseer.

Die aanduiding is dus dat die verpleegtoekenning baie laag is vir die eenheid wat 'n negatiewe impak mag hê op die veiligheid en sekuriteit, en dit kan ook lei tot onvoldoende forensiese verpleegsorg.

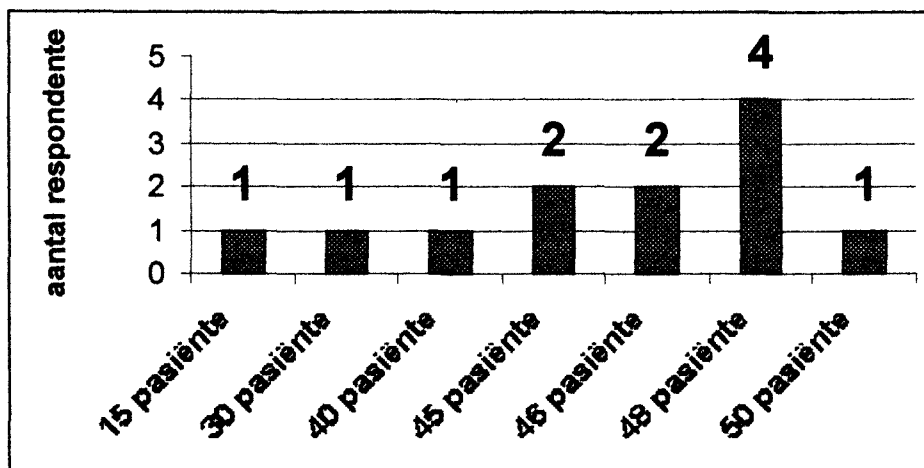
5.6.5 Aantal kliënte waarvoor verpleegpersoneel verantwoordelik is:

Op die vraag oor die aantal pasiënte/kliënte in die eenheid, was die antwoord soos in Figuur 5.7 aangedui. Slegs 26,7% (n = 4) van die respondente was korrek en 20% (n = 3) van die respondente het geen antwoord verskaf op die vraag nie. Dit laat 'n groot bron van kommer indien 'n verpleegpersoneellid nie weet hoeveel pasiënte/kliënte in haar/sy sorg is nie. Dit dui daarop dat hy/sy geen kontrole het nie of indien daar 'n ontsnapping uit die eenheid sou plaasvind, sal hy/sy nie aan die Suid-Afrikaanse Polisie korrek kon rapporteer hoeveel pasiënte/kliënte ontsnap het nie.

Daarom is dit van die uiterste belang om soggens, middae en saans die hoeveelheid pasiënte/kliënte in die eenheid te tel. Dit kan ook liefers ongemerk gedoen word om die pasiënte/kliënte nie te laat voel hulle is in 'n gevangenis nie, byvoorbeeld tydens etenstye.

Figuur 5.7

**Aantal kliënte waarvoor verpleegpersoneel verantwoordelik is
(n = 12*)**

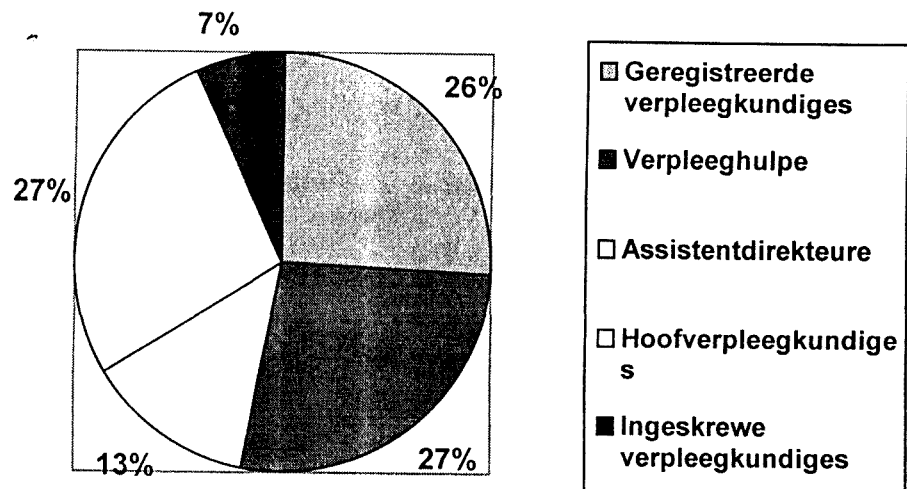


* 3 RESPONDENTE HET NIE 'N ANTWOORD VERSKAF NIE

5.6.6 Range van die verpleegpersoneel.

Die meerderheid van die verpleegpersoneel was geregistreerde verpleegkundiges en verpleeghulpe (Figuur 5.8). Daar is baie min ingeskrewe verpleegkundiges (stafverpleegkundiges) werksaam in psigiatrisse verpleeginrigtings.

Figuur 5.8
Range van Verpleegkundiges
(N = 15)



Veertien van die respondente (93,3%) was ten gunste van die betaling van 'n gevaartoelaag. Die betaling van 'n gevaartoelaag is egter 'n sensitiewe saak veral waar dit "geld" betref want indien een verpleegkundige 'n gevaartoelae ontvang, moet die verpleegkundige in die akute toelatingsaal ook 'n gevaartoelae betaal word en so kon feitlik alle verpleegkundiges aanspraak op 'n gevaartoelaag maak.

5.6.7 Verpleegkundige take en verantwoordelikheid.

Daar is nie eenstemmigheid oor of die versorging van forensiese psigiatrisse persone 'n verpleegkundige taak is, al dan nie. Die pasiënte/kliënte is meestal

verhoorafwagend en word deur bewaarders opgepas en geklassifiseer as gevaarlike pasiënte/kliënte.

Op die vraag of forensiese psigiatriese verpleegkunde 'n verpleegkundige taak is, het 86,6% (n = 13) ja gestem; 6,7% (n = 1) het nee gestem en 6,7% (n = 1) het geen antwoord gegee nie.

Daar is ook geen spesifieke verpleeggevallebestuurder ("case manager") vir elke pasiënt/kliënt toegewys nie wat ook potensiële aanleiding kan gee tot suboptimale verpleegsorg.

Soos in Hoofstuk 3 (paragraaf 3.3) aangedui, is verpleegkundiges ook gevallebestuurders en moet hy/sy die geleentheid kry om 'n gevallestudie van 'n observasie geval (kliënt) te doen en aan die multidissiplinêre span by 'n gevalle voordragsessie voor te lê. Dit bied aan die verpleegkundige die geleentheid om al haar/sy vaardighede waaroor haar/sy beskik, te benut.

Sewe (46,7%) van die respondente was ten gunste van 'n gevallebestuurder vir elke observasiegeval, 40% (n = 6) het daarteen gestem en 13,3% (n = 2) het geen antwoord gegee nie of nie die vraag verstaan nie.

'n Verpleeghulp het aangedui dat hy/sy eerder soos 'n tronkbewaarder voel en nie as 'n verpleegkundige tydens die uitvoer van sy/haar take nie.

Die stelling is ook deur een van die respondente gemaak dat die Suid-Afrikaanse Polisie "hul gewere, rewolwers en knuppels asook hul hande en vuiste as selfverdediging het terwyl die verpleegkundige slegs haar/sy pen het as verdediging om 'n verslag mee te skryf. (vroeër het hulle darem 'n fluitjie gehad om te gebruik om hulp te ontbied"). In Engeland dra die personeel 'n moderne "Panic-Button" om

hulp te roep ten tye van gevaar. Die verpleegpersoneel is van mening dat hulle geen regte of beskerming of ondersteuning het in die hoë risiko-area waar hulle werk nie.

5.6.8 Bestuur van forensiese eenhede.

In die forensiese psigiatrisie verpleegeenheid bestaan daar verskeie probleemareas. Die personeel voel hulle word nie geken in bestuur nie, besluite word geneem deur die hospitaal- of verpleegbestuur en dit word dan via boodskappe saam met die sekuriteitspersoneel of deur die saalklerk oorgedra, sonder dat hulle enige insette kon gee. Hulle het aangedui dat hulle dit as onaanvaarbaar beskou.

Baie veranderings word aan die eenheid aangebring, sonder om eers met die verpleegpersoneel te konsulteer wie eerstehandse kennis oor die probleemareas in die eenheid het, byvoorbeeld die bewaring of beheer van sleutels. Dikwels geskied die veranderinge sonder die nodige kennisgewing aan die verpleegpersoneel.

'n Baie ontstoke personeellid is al op twee geleenthede deur die pasiënte/kliënte in die eenheid aangerand en op een geleentheid met die agterkant van 'n skerp-gemaakte staallepel in die oogbank gestee. Die beamppte weier om ooit weer in die forensiese eenheid te werk, want daar is nooit eers 'n berading met die beamppte na die insident gedoen nie.

5.6.9 Algemene kommentaar van respondente.

Personeel raak dikwels oorbetrokke by 'n pasiënt/kliënt en haar/sy familie. Daar is van die personeel wat hulself laat omkoop deur die familie deur geskenke van die familie te aanvaar. Dan verwag die familie dat die personeel voorkeurbehandeling aan hul familielid in die eenheid gee.

Smokkelhandel vind tussen die pasiënt/kliënt en die personeel plaas, byvoorbeeld, personeellede bring dwelmmiddels vir die pasiënte/kliënte en dryf handel daarmee. Hierdie tipe van korrupsie is 'n groot bron van kommer.

Probleme wat die navorser in haar/sy eie praktykvoering teëgekom het, sluit in die maak van wapens deur enigiets waarop die pasiënt hul hande kan lê, soos byvoorbeeld:

Gebreekte meubels, (byvoorbeeld 'n stoel of tafel se poot); gebreekte glas; stukkende eetgerei en of enige chirurgiese aparate waarop hulle hul hande kan lê word gesteel, skerpmaak en gebruik as wapens in die eenheid. Die wapens word gebruik in aanvalle teen mede-inwoners of teen die personeel.

Daarom moet alle eetgerei elke aand getel, gekontroleer en as korrek aangeteken word. Inspeksie van meubels en chirurgiese aparate word weekliks gedoen. Indien enigiets as vermis aangemeld word, word daar onmiddellik gesoek en 'n visenteringsproses word van stapel stuur.

Die dag wanneer die pasiënte/kliënte skeer of hare sny, word daar streng kontrole gehou oor alle aparate veral die skêre en enige skerp voorwerpe. Indien daar 50 wegdoenbare skeerlemme uitgegee word, moet daar 50 ontvang word en almal gekontroleer word om toe te sien dat die lemme nog in al die wegdoenbare skeermesse is, anders kan dit as 'n gevaarlike wapen gebruik word.

Wanneer 'n pasiënt vir 'n pen vra om 'n brief of iets te skryf, moet daardie pen teruggegee word of anders word dit as 'n wapen gebruik.

Die navorser het self gesien waar 'n klip of harde stuk seep binne-in 'n sokkie versteek en soos 'n slinger as 'n slaanvoorwerp gebruik word.

Pasiënte/kliënte wat vanaf die hof of vanaf enige buite instansie terugkeer, word vir enige ongemagtigde artikels gevisenteer. Die pasiënte/kliënte word ook onder streng observasie gehou, want die pasiënte/kliënte kon buite geld of dwelms verkry wat hy/sy in plastiek versteek deur dit in te sluk (en later deur 'n stoelgang uitbring) of deur dit in haar/sy rektum versteek. Selfs tandeborsels, 'n harekam of 'n brilraam word skerp gemaak om as 'n mes te dien en as 'n wapen te gebruik.

Wanneer die pasiënte/kliënte in opstand kom teen die personeel of die diens en nie hul sin kan kry nie, word hulle almal in hul slaapkwartiere opgesluit. Indien die situasie nie reg hanteer is nie, sal die pasiënte/kliënte begin om aandag te trek. Hulle sal begin deur hul beddens om te keer, hard teen die deure te slaan en kap en hard te begin skreeu en sing. Die pasiënt/kliënt sal ook hul ontlasting teen die muur smeer en uriene onderdeur die deure gooi sodat dit in die gange in afloop om die personeel se aandag te verkry. Hulle sal ook hulle kostafels omkeer, sing en rondhardloop in die besmeerde eetsaal om die personeel te ontwig en hul sin te kry.

Ten slotte, het een van die respondente die stelling gemaak dat ons Suid-Afrikaanse forensiese psigiatriese verpleegkundiges "must move away from our prison treatment approach towards forensic psychiatry nursing services and focus on a pure psychiatric nursing approach." Dit sal ons verhouding met die kliënte soveel meer verbeter en ons daaglikse taak soveel meer vergemaklik.

5.7

Ander rolspelers.

'n Totaal van 52 onderhoude is deur die navorser self in die Wes-Kaap gevoer. In Brittanje (England) is 12 forensiese psigiatriese hospitale/eenhede en gevangenis ("Specialised units") besoek, data is ingewin en onderhoude gevoer. (Bylae D4.)

Die respondente het bestaan uit:

- Deskundiges op die gebied van forensiese psigiatrie;
- Forensiese psigiaters;
- Lede van die S.A.P. (ondersoekbeamptes);
- Staatsaanklaers;
- Klerke werksaam in die eenhede;
- Gevangenis/Tronkbewaarders, en
- Sekuriteitspersoneel (geen opleiding).

Die navorser het vanweë jarelange betrokkenheid by forensiese psigiatriese verpleegkunde doelbewus 'n onderhoudskedule vir die onderhoude beplan. Geen beperking is egter op onderwerpe in die gesprekvoering geplaas nie.

Al die inligting wat met die onderhoude verkry is, is in die vorm van veldnotas tydens en direk na die onderhoud deur die navorser neergeskryf.

Die verwerkings van die inligting is egter met 'n kundige persoon op die gebied bespreek en gekontroleer.

Die Suid-Afrikaanse Polisie (die ondersoekbeamptes); die Korrektiewe dienste; die Gevangenis (die bewaarders); die Howe (Hofordinansies) en die sekuriteitspersoneel ervaar egter almal dieselfde probleme as die verpleegkundiges in dié veld.

Brittanje egter het 'n baie beter forensiese psigiatriese verpleegdiens. Die personeel is almal opgelei om die diens te kan doen. Elke streek het hul eie gespesialiseerde forensiese eenheid. Befondsing is soveel meer dat daar soveel meer in die diens gesit kan word.

Opgeleide personeeltoekenning is van die hoogste en die pasiënt kan 'n kwaliteitsverpleegsorg verwag. Na ontslag word die pasiënt in 'n opvolgprogram geplaas sodat hy/sy nie weer in die forensiese sisteem beland nie. In geval van oordeelsfoute word 'n ondersoekspan ingestel om die gevalle te ondersoek en aanbevelings ter verbetering van die diens te doen. (Bluglass, 1999.)

5.7.1 Opleiding.

Niemand kry enige formele induksie of indiensopleiding met betrekking tot die hantering en behandeling van die forensiese psigiatriese kliënte in Suid-Afrika nie.

Daar bestaan 'n groot leemte aan formele opleiding in almal se kursusse met betrekking tot die forensiese psigiatriese dienste.

In Brittanje word spesiale opgeleide personeel gebruik om die dienste te hanteer.

5.7.2 Eerste kontak binne die stelsel.

Die Suid-Afrikaanse Polisie wie altyd eerste kontak het met die pasiënte/kliënte, ervaar die aanvanklike probleme. Indien 'n persoon in hegtenis geneem word vir 'n kriminele oortreding en daar bestaan die vermoede dat die persoon geestessiek is, selfmoordneigings toon of enige onaanvaarbare gedrag openbaar, mag so 'n persoon volgens wetgewing nie in 'n gevangenis opgesluit word nie.

Die persoon moet eers medies ondersoek word en geskik verklaar word vir aanhouding deur 'n mediese geneesheer.

5.7.3 Die rol van die Gevangenisdiens (Korrektiewe Dienste).

In die gevangenis bestaan die probleem van oorbevolking en 'n tekort aan personeel. Daar is geen spesiale geriewe of fasiliteite vir die forensiese psigiatriese

gevangene nie. Die gevangenis personeel het geen kennis of opleiding in die hantering en behandeling van die forensiese psigiatriese gevangene nie.

In Brittanje bestaan egter die reëling waar 'n forensiese psigiatriese verpleegkundige wie 'n ekspert op die gebied is, rondgaan by die howe en gevangenis soos haar dienste benodig word en die pasiënte/kliënte by die hof evalueer om toe te sien of hy/sy regtig in die forensiese sisteem behoort. Daarna sal die pasiënt/kliënt deur die hof 'n forensiese psigiater gesien en geëvalueer word en na 'n forensiese diens verwys word.

In Suid-Afrika is dit slegs die forensiese psigiater wie alreeds so 'n groot werkslading by die hospitale het, wie by die gevangenis omgaan om die pasiënte/kliënte aldaar te gaan sien. Dus ontstaan die probleem dat baie van die pasiënte/kliënte in die gevangenis agterweë gelaat word, sodat daar eerste aandag aan die mees ernstige gevalle gegee kan word.

Die gevangenis hospitale is nie altyd ingerig om in die pasiënte/kliënte se behoeftes te voorsien nie en het ook nie die mannekrag in die veld nie.

Die vraag ontstaan dus wie bepaal of die oortreder of gevangene geestessiek is.

Vroeër kon die distrikgeneesheer gevra word vir hulp, maar vandag is distrikgeneesheer ook nie meer so redelik beskikbaar nie, dus moet die persoon na die naaste daghospitaal geneem word. Dit neem baie van die alreeds onderbemande Suid-Afrikaanse Polisie diens se tyd in beslag om die hele dag by die daghospitaal te gaan sit om vas te stel of hul pasiënt/kliënt wel geestessiek is.

5.7.4 Verwysing na die regstelsel.

Daar moet gewag word op 'n hofdatum. Die hof sit weer met die probleem van lang oorlaaide hoflyste en hofdatums, daarom moet sommige hof nou op 'n Saterdagoggend ook werk.

By die hof ontstaan die probleem weer wie bepaal of die pasiënt/kliënt toerekensvatbaar is en die hofverrigtinge sal kan verstaan. In Brittanje het die navorser waargeneem dat daar 'n forensiese psigiatrisiese verpleegkundige is wie voorlopig kan vasstel of die kliënt geestessiek is en na 'n forensies psigiatrisiese diens vir observasie en evaluering verwys moet word. In Suid-Afrika berus die besluit oor die pasiënt/kliënt se geestestoestand by die hof.

By die hof bestaan daar onkunde oor die forensiese dienste by die ondersoekbeamptes, hofordinansies, staatsaanklaers om aan te voer dat die kliënt ontoerekensvatbaar is, daarom word die pasiënt/kliënt verwys na 'n forensiese psigiatrisiese eenheid vir evaluering van haar/sy geestestoestand.

5.8 **VERPLEEGAKTIWITEITE**

Riglyne vir die evaluering van Verpleegaktiwiteite:

Die kriteria is geformuleer vir evaluering van verpleegsorg ten opsigte van die volgende aspekte, naamlik:

Aktiwiteit 1 : Organisasoriese struktuur

Aktiwiteit 2 : Beleid

Aktiwiteit 3 : Fisiese fasiliteite en toerusting

Aktiwiteit 4 : Personeel

Aktiwiteit 5 : Prosedures en sorg

Uit die literatuur en praktykervaring is sekere aktiwiteite, vaardighede en pligte geïdentifiseer wat deur die verpleegpersoneel in 'n forensiese psigiatrisie eenheid behoort gedoen te word, en waarvoor hulle ook verantwoordelikheid en aanspreeklikheid moet aanvaar.

'n Kontrolelys is vir hierdie aktiwiteite opgestel en die bevindinge, soos in een forensiese psigiatrisie eenheid geëvalueer, word vervolgens bespreek:

Ter wille van interpretasies word die resultate in % (persentasievorm) weergegee. Die bevindinge word aangebied aan die hand van Bylae D.5.

Die volgende metode is gevolg om die persentasies ten opsigte van die verpleegaktiwiteite te bereken.

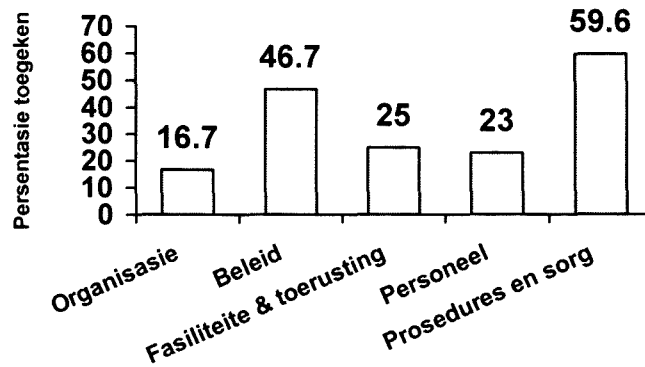
- Die kriteria ten opsigte van die onderskeie verpleegaktiwiteite waaraan voldoen is, is afgemerk;
- Die totale aantal kriteria is in 'n persentasievorm verwerk, en
- Die finale persentasie is bereken en grafies voorgestel.

Wanneer na die algehele persentasies gekyk word, blyk dit dat vir Aktiwiteit no. 5 (prosedures en sorg) die hoogste persentasie toegeken is, terwyl die ander aktiwiteite almal minder as 50% behaal het (sien figuur 5.9).

Hieruit kan moontlik afgelei word dat die organisatoriese struktuur die minste aandag geniet, wat aanduidend kan wees dat deelnemende beplanning en besluitneming nie altyd plaasvind nie.

Vervolgens word elke verpleegaktiwiteit afsonderlik bespreek:

FIGUUR 5.9
EVALUERING VAN VERPLEEGAKTIWITEITE
 (% toegeken)



5.8.1 Organisasoriese struktuur.

Hier is spesifiek gekyk na die volgende:

- Besikbaarheid van:
 - 'n geskrewe organisatoriese plan;
 - 'n taakoms krywing, en
 - 'n visie en misie vir die organisasie en die eenheid.
- Evaluering van doelstellings, en
- Die volg van 'n multidissiplinêre spanbenadering.

Daar is wel 'n spanbenadering gevolg en daar was 'n taakoms krywing, alhoewel dit onvolledig was. Daar was egter glad nie 'n visie, misie, doelstellings of organisatoriese plan beskikbaar nie.

Die navorser is van mening dat dit uiters noodsaaklik is dat enige instelling of organisasie wel oor 'n visie, misie en doelstellings moet beskik om aan te dui waarheen die organisasie op pad is en wat hul doelstellings is.

5.8.2 Besikbaarheid van beleidsdokumente (Figuur 5.10).

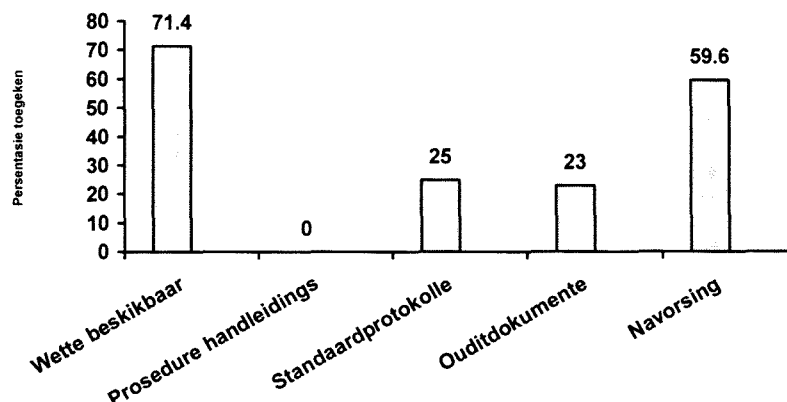
Hier is spesifiek gekyk na die volgende aspekte:

- Die beskikbaarheid van:
 - Wette en verwante regulasies;
 - Prosedure en beleidshandleidings;
 - Standaardprotokolle vir die spesifieke eenheid;
 - Die oudit van verpleegsorg, en
 - Verpleegnavorsing.

FIGUUR 5.10

BESKIKBAARHEID VAN BELEIDSDOKUMENTE

(% toegeken)



Daar was wel wette en verwante regulasies in die eenheid gevind waarvolgens die verpleegkundige haar beroep moet beoefen en veilige praktykuitvoering kan verseker. Daar kon nie versekering vanaf die verplegingbestuur verkry word oor die feit of die wette gereeld op datum gehou word nie. Dit blyk dat die funksie afhang van die psigiater se bydrae tot die eenheid.

Uit 'n totaal van 16 van die prosedures en protokolle op die kontrolelys was daar slegs 4 gevind, wat 'n aanduiding is dat daar geen versekering is van optimale verpleegsorg wat gegee word nie.

Geen versekering kon gevind word dat verpleegsorgprosedurehandleiding en-protokolle op datum gehou word nie. Daar was ook geen aanduiding van verpleegbetrokkenheid by navorsing in die eenheid nie.

Die navorser glo dat elke organisasie haar/sy eie voorgeskrewe prosedure- en beleidshandleidings moet hê. Dit sal aan elke spanlid rigting en leiding gee oor hoe take uitgevoer word en eenvormigheid en kontinuïteit verseker.

5.8.3

Verpleegsorgaktiwiteite.

In hierdie aktiwiteit is spesifiek gekyk na die volgende aspekte:

- Verpleegsorg volgens die verpleegproses;
- Verwysingskriteria;
- Evaluering van die verpleegsorgplan;
- Opvolgprosedures, en
- Verpleegvaardighede.

Die beplanning van verpleegsorg berus wel op die beginsels van 'n wetenskaplike verpleegproses, maar daar is nie 'n individuele verpleegsorgplan vir elke pasiënt beskikbaar nie.

Van die verpleegsorgplanne wat wel opgestel was, was 50% onvolledig. Daar was byvoorbeeld nie 'n probleemstelling of 'n volledige beraming van die pasiënt/kliënt se behoeftes gedoen nie, dus kon geen implementering van verpleegsorgplanne gedoen word nie. Die verpleegsorgplanne is ook nie volgens die pasiënt/kliënt se

vordering aangepas of hersien nie, dus is daar geen evaluering van die verpleegsorgplanne gedoen nie. Daar is gevind dat slegs in 50% van die gevalle pasiënte/kliënte wel terug na die hof verwys is.

Daar was geen opvolgprosedure beskikbaar vir na ontslag van die pasiënt/kliënt nie. Soms word slegs 'n opvolgdatum vir opvolg na 'n buitepasiëntklinik gegee soos deur een van die kliniese spanlede versoek.

Die verplegingspersoneel kon mondelings aan my noem wat hulle verplegingsvaardighede is en hoe hulle terugvoer gee aan die multidissiplinêre span, maar nêrens is 'n geskrewe protokol of prosedure gevind wat vir die nuweling 'n riglyn kon wees nie. Dit blyk ook dat verplegingpersoneel nie die geleentheid kry om 'n gevallevoordrag te doen nie.

5.8.4 Personeelaktiwiteite.

In die struktuur is aandag aan die volgende geskenk:

- Bestuur van die verpleegdiens;
- Voorsiening van personeel (toekenning , werwing , aanstelling en keuring);
- Oriëntasië; induksië en leergeleenthede;
- Evaluering;
- Griewe - en dissiplinêre prosedures.

Die verpleegeenheidsbestuurder het wel oor die nodige kwalifikasies beskik om die eenheid te bestuur, maar het geen formele opleiding in forensiese psigiatrisie verpleging gehad nie.

Verpleegtoekenning aan die eenheid was nie voldoende of volgens die W.G.O. se aanbeveling nie.

Die eenheid beskik nie oor 'n werwings- of keuringsprogram nie. Die eenheidsbestuurder het wel tot 'n mate deelname in die aanstelling en toekenning van verpleegpersoneel tot die eenheid. Dit is baie duidelik dat deelnemende bestuur ontbreek, soos bewys kan word uit die persoonlike onderhoud.

'n Groot leemte ontstaan as gevolg van oriëntasie vir die nuwe personeel, omdat daar geen geskrewe oriëntasieprogram of induksieprogram bestaan nie.

Leergeleentheid geskied op 'n "tref en trap" metode. Geen indiensopleidingsprogram is in die eenheid vir verpleegpersoneel nie, dus word geen indiensopleiding vir die verpleegpersoneel aangebied nie. Daar is wel 'n indiensopleidingsprogram vir die kliniese span gevind. Op die vraag waarom verplegingpersoneel dit nie bywoon nie, is die volgende antwoord verkry:

"Uitnodiging slegs aan kliniese span";

"Taalgebruik" (Engels)

"Tekort aan personeel"

"Skaam, teruggetrokke, voel uitgesluit".

Geen evalueringssessie word met die verpleegpersoneel gedoen nie, dus kan hul tekortkominge nie aangespreek word nie.

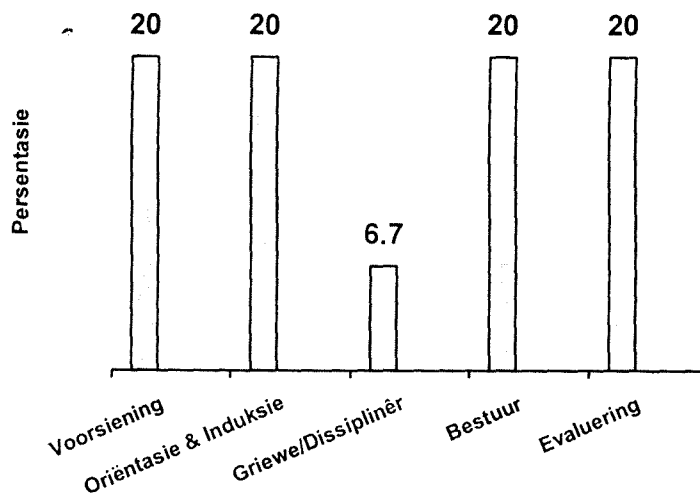
Die moontlikheid van die verpleegpersoneel om simposiums, werksinkels of kongresse by te woon, bestaan nie vir die verpleegpersoneel nie.

Die navorser kan hier uit eie ondervinding spreek. 'n Nasionale psigiatriese kongres was geskeduleer en die navorser het skriftelik aansoek gedoen om dit by te woon en gevra vir finansiële steun omdat die kostes bo sy vermoë was, maar sy aansoek is deur die organiseringskomitee afgekeur.

Daar bestaan geen geskrewe griewe - of dissiplinêreprosedures op skrif in die eenheid nie.

Afloop personeel met geen ondervinding of blootstelling aan die eenheid nie, word ten tye van personeeltekorte gebruik wat 'n groot risiko inhou.

FIGUUR 5.11
PERSONEEL
(% toegeken)



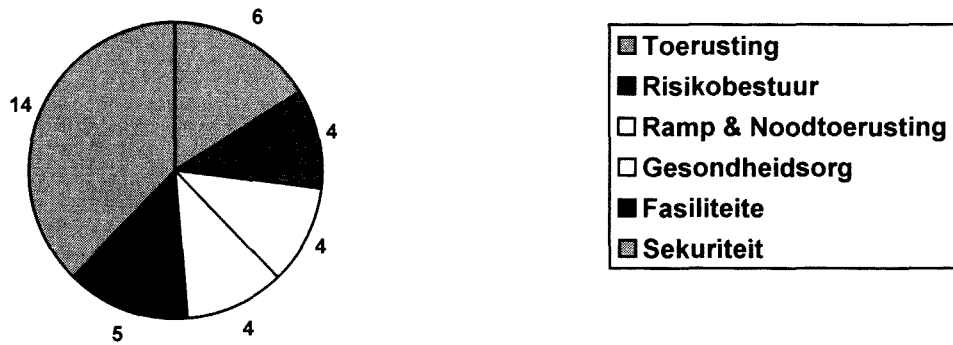
5.8.5

Fisiese fasiliteite en toerusting (Figuur 5.12)

In die aktiwiteite is spesifiek na die volgende gekyk:

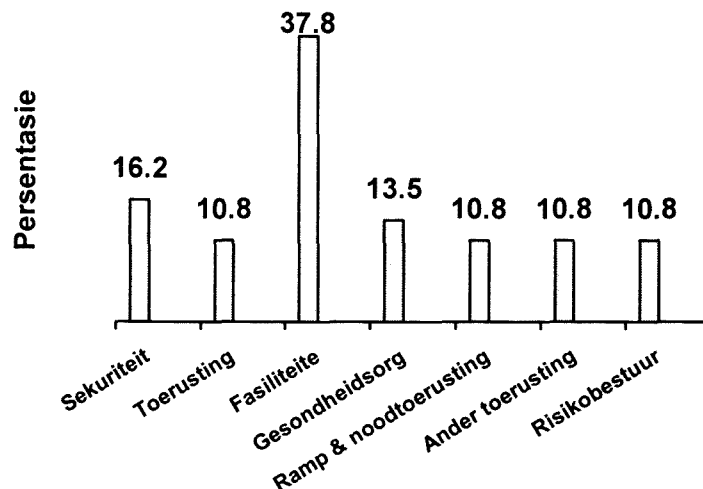
- Fasiliteite;
- Toerusting;
- Sekuriteit;
- Ramplan en noodtoerusting;
- Gesondheidsorg, en
- Risikobestuur.

FIGUUR 5.12
FISIESE FASILITEITE EN TOERUSTING
 (% toegeken)



Die personeel het geen idee van risikobestuur gehad nie en ook nie geweet wat die term beteken nie, wat 'n groot gevaar in so 'n hoogs gespesialiseerde eenheid inhou.

FIGUUR 5.13
FISIESE FASILITEITE EN TOERUSTING



Die fisiese fasiliteite bestaan wel in die eenheid, maar het volgens die navorser baie aandag nodig en is veral 'n gesondheidsrisiko.

'n Sekuriteitsafdeling bestaan wel wat in die eenheid, maar met baie probleemareas. Die navorser stem nie saam met die aanstelling van 'n private sekuriteitsfirma vir die eenheid nie. Die eenheid moet hul eie sekuriteitsafdeling hê en personeel kan oplei.

Daar is geen geskrewe rampplan in die eenheid beskikbaar gevind nie. Die navorser voel dat in so 'n hoogs sensitiewe gevaarsone 'n rampplan uiters noodsaaklik is. Geen oefening vir brand- of ontruimingsprosedures is al ooit gedoen nie. Die brandblusser is nie volgens die verpligte prosedure geïnspekteer nie.

Die siekeboeg bestaan wel en is toegerus met die nodige aparate, maar daar is nie voorsiening om 'n siek pasiënt/kliënt in die siekeboeg te verpleeg nie. Kontrole en voorsiening van toiletware is 'n probleem en is nie vrylik beskikbaar nie.

5.8.6 Opsomming

In Hoofstuk 5 is die resultate bespreek. Die pasiënte/kliënte se ervaring van die psigiatryse dienste is aangetoon, asook 'n ontleding van die inligting verkry vanaf die personeel. 'n Evaluering is ook van die verskillende verpleegaktiwiteite gedoen.

Die personeel het geen idee van risikobestuur gehad nie en ook nie geweet wat die term beteken nie, wat 'n groot gevaar in so 'n hoogs gespesialiseerde eenheid inhou.

In Hoofstuk 6 word die gevolgtrekking en aanbevelings bespreek.

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 INLEIDING

In Hoofstuk 5 is die metode en resultate van die ondersoek bespreek. Vervolgings sal 'n opsomming van die verkreeë gevolgtrekkings, met toepaslike aanbevelings onder die geïdentifiseerde kategorieë bespreek word.

Die doelwitte is in Hoofstuk I gestel:

- Om 'n literatuurstudie op nasionale en internasionale vlak te doen, en om die situasie op nasionale en internasionale vlak te verken;
- Om die wetgewing wat toepaslik is vir die forensiese psigiatriese verpleegpraktyk te identifiseer en te beskryf;
- Die pasiënt/kliënt se persepsies van die forensiese psigiatriese sisteem te bepaal en spesifieke riglyne daar te stel; en
- Ander rolspelers se menings en persepsies te bekom en te bepaal;
- Om die stelsel van rekordhouding en administratiewe funksionering te ondersoek ;
- Om die rol en funksies van die forensiese psigiatriese verpleegkundige te verken en op 'n georganiseerde wyse te beskryf;
- Die multidissiplinêre span in 'n forensiese psigiatriese eenheid te identifiseer en oorvleuling in hul rolle te verken; en
- Toepaslike verpleegaktiwiteite gerig op die lewering van kwaliteit verpleegsorg te ondersoek, riglyne daar te stel en aanbevelings te kan maak soos nodig.

6.2 GEVOLGTREKKINGS

Die gevolgtrekkings ten opsigte van die mees belangrikste doelwitte se bevindinge sal uitgewys en beklemtoon word.

6.2.1 Beperkings.

Voordat die gevolgtrekkings en aanbevelings bespreek kan word, moet daar eers van die beperkings op die studie melding gemaak word.

- Baie min nasionale literatuur en geen Afrikaanse literatuur kon gevind word nie;
- Fasiliteite was beperk, naamlik die gebruik van die verwysingseenheid (hospitaal) as die enigste navorsingsinstituut;
- Beperkings van finansies en beskikbare personeel sou 'n meer omvattende studie moontlik gemaak het;
- In die studie sou die voer van meer onderhoude data meer verryk het;
- Beperking op die bywoning van 'n nasionale psigiatriese kongres, geskeduleer slegs vir psigiaters en ander para-mediese personeel, waar die verpleegpersoneel uitgesluit is.

Die navorser het 'n kontrolelys saamgestel wat 'n nuwe instrument is. Die rede waarom die navorser glo in die kontrolelys se geldigheid is as volg:

- 'n Indiepte literatuurstudie is gedoen voor die ontwerp van die kontrolelys en dit het dus 'n sterk teoretiese basis gevorm; en
- Kundiges op die gebied was ook genader in die beplanning van die studie.

6.2.2 Gevolgtrekkings tot Wetgewing.

Wetgewing is toepaslik op forensiese psigiatriese verpleegkunde en die forensiese pasiënt/kliënt word beskerm deur die Wet op Geestesgesondheid No 18 van 1973 en die Strafproses Wet No 57 van 1977.

Die Wet maak ook voorsiening vir die opname, observasie en die behandeling van persone wat aan 'n geestesongesteldheid ly en wat met die gereg gebots het of 'n pasiënt/kliënt wat gevaarlik of 'n kriminele misdadiger is.

Daar is gevind dat die wet nie voldoende beskerming teenoor die forensiese pasiënt/kliënt bied nie.

Vervolgens word van die belangrikste aspekte weergegee en bespreek.

Die Observasie geval (Artikel 79² van die Strafproseswet).

Hierdie persone word toegelaat vir 'n tydperk van ± 30 dae observasie met 'n opnemingsbevel (J.138) vanaf die Hof, indien dit in enige stadium gedurende strafregtelike verrigtinge vir die hof blyk dat die beskuldigde van weë of as gevolg van geestesongesteldheid of geestesgebrek nie oor die vermoë beskik om die verrigtinge te begryp sodat hy/sy nie sy/haar verdediging na behore kan voer nie, gelas die hof dat die aangeleentheid volgens die bepalings van Artikel 79(2) van die Strafproseswet No 51 van 1977 ondersoek word deur die superintendent van die inrigting of die hoof psigiater en 'n verslag moet aan die hof voorgelê word rakende die pasiënt/kliënt se geestestoestand.

Soms word hierdie verwysings misbruik ter verkryging van die kriminele ondersoek.

Staatspatiënt/kliënte (Artikel 28)

Dit is persone wat in die hof verskyn het omdat hulle 'n bedoelde misdryf gepleeg het. Gedurende die verrigtinge bevind die hof dat die beskuldigde die betrokke handeling verrig het en ten tye van so 'n misdryf vanweë 'n geestesongesteldheid of geestesgebrek nie vir daardie oortreding strafregtelik toerekenbaar is nie.

Die hof beveel dan dat die beskuldigde in 'n hospitaal of inrigting vir geestessiektes of in 'n gevangenis aangehou word hangende die beskikking van die Staatspresident.

Die Tekortkoming in Wetgewing oor Geestesongesteldes wat bevind is as volg:

Institusionalisering. Artikel 26, 35 en 38 van die Wet op Geestesgesondheid. Dit ontnem die persoon van sosiale kontak en familie interaksie. Geleidelik verloor die persoon bevoegdheid en uiteindelik kan hy/sy nie funksioneer in 'n werksituasie of gemeenskap en familieverband nie. Sy/haar persoonlikheid gaan agteruit en hy/sy bereik 'n punt waar die pasiënt/kliënt alle inisiatief verloor. Die eindproduk is 'n pasiënt/kliënt en familie wat tevrede is met permanente toelating en totaal ontnem word van enige stimulasie.

Daar word aanbeveel dat 'n gemeenskapsbenadering aangemoedig moet word. Voorsiening moet in die Wet gemaak word vir evaluasie van volgehoue institusionalisering deur 'n ombudskomitee, beman deur 'n multidissiplinêre span.

Misbruik van sertifisering (Artikels 9 en 12)

Daar is bevind dat sommige geneeshere ter vergemakliking van die diens die pasiënt/kliënt sertifiseer. 'n Pasiënt/kliënt wie kontak met die werklikheid verloor het, wie dringend behandeling benodig maar toelating en behandeling weier, moet gesertifiseer word. Dit moet die uitsondering wees en nie die reël nie. Ongelukkig

word baie pasiëntekliënte toegelaat onder Artikels 9 en 12 in psigiatrisie hospitale. Sommige pasiëntekliënte is gewillig om toegelaat te word en behandeling te ontvang en is daarom nie sertifiseerbaar nie.

Sertifisering stigmatiseer 'n pasiënt/kliënt en kan tydelik of permanente skending van beperkings op 'n persoon se fundamentele regte hê, en soms ook sy/haar wetlike bevoegdheid.

'n Persoon moet vir 48 uur observasietydperk in 'n gemeenskapshospitaal aangehou word. Probleme mag ontstaan om baie moeilike pasiënte/kliënte aan te hou.

'n Psigiatrisie konsultasie moet so gou as moontlik gereël word vóór sertifisering.

Die outonomie van personeel om pasiënt/kliënt op te sluit of te bedwang (afsondering).

Dit mag nodig wees om personeel, ander pasiënte/kliënte of eiendom sowel as die pasiënt/kliënt self te beskerm, waar die pasiënt/kliënt aggressief en vernielsugtig is te beskerm. Hierdie prosedure word, of kan misbruik word om pasiënte/kliënte te intimideer of te "straf", waar berading soms suksesvol sou gewees het. Daar is gevind dat personeel te vinnig optree om die pasiënt/kliënt op te sluit of te bedwang ter gemak van hulself.

Daar moet voorsiening in die wet gemaak word om pasiënte/kliënte af te sonder en wanneer dit wel nodig is, moet goedkeuring skriftelik van die psigiater verkry word.

Curator ad Litem.

'n *Curator ad litem* is die persoon wat deur die hof aangestel of wetlik benoem word om oor die regte van 'n geestesongestelde pasiënt/kliënt te waak by aansoeke om 'n opnemingsbevel of ander hofaansoeke.

Vir die doeleindes van die Wet op Geestesgesondheid is die Prokureur - Generaal die amptelike *curator ad litem* van pasiënte/kliënte wat aangehou word kragtens 'n opnemingsbevel deur 'n landdros uitgereik, of wat verder aangehou word kragtens die bevel van 'n regter, sowel as van Staatspasiënt/kliënte en van sodanige pasiënte/kliënte wat voorwaardelik ontslaan is.

Waar 'n pasiënt/kliënt opgeneem word kragtens 'n aanhoudingsbevel, moet 'n Distriksgeneesheer of die superintendent in die geval van pasiënte/kliënte wat in 'n inrigting aangehou is, binne die vasgestelde tyd 'n verslag oor die pasiënt/kliënt se geestestoestand aan die amptelike curator ad litem deurstuur. Laasgenoemde moet op sy/haar beurt die mediese sertifikate en verslae aan 'n regter voorlê.

Die regter mag sekere aanbevelings maak, waaronder

- 'n bevel vir verdere aanhouding van die pasiënt/kliënt of 'n bevel dat 'n dagvaardiging uitgereik word aan die pasiënt/kliënt en amptelike *curator ad litem* om gronde aan te voer waarom die pasiënt/kliënt nie tot 'n geestesongestelde verklaar en sy/haar aanhouding nie bevestig moet word nie, of indien nodig, waarom 'n kurator nie spesiaal aangestel moet word om vir sy/haar persoon te sorg en om die versorging of bestuur van sy/haar eiendom te behartig nie; en
- 'n bevel dat die pasiënt/kliënt onmiddellik ontslaan word of 'n bevel vir benoeming van 'n *curator bonis* vir die tydelike versorging of bewaring van die eiendom van die pasiënt/kliënt.

Alle verrigtinge moet privaat geskied.

Die feit dat die Prokureur Generaal die amptelike *curator ad litem* van die pasiënt/kliënt is, gee aanleiding tot probleme in die praktyk. In die praktyk is die Prokureur-Generaal verantwoordelik vir vervolging van misdade in die provinsie. Die funksie wat hom onder die wet op Geestesgesondheid opgelê word, is onversoenbaar met sy/haar vervolgingsfunksie.

Die Prokureur-Generaal is nie die geskikste persoon om as kurator op te tree nie. Die Prokureur-Generaal se mense het ook nie die kennis om 'n sinvolle konsultasie met psigiatriese pasiënte/kliënte te voer nie (Strauss, 1988).

Die amptelike *curator ad litem* is slegs bedoel om die pasiënt/kliënt by te staan ten opsigte van gedinge onder die Wet op Geestesgesondheid. As die pasiënt/kliënt betrokke raak in ander sake byvoorbeeld 'n siviele saak soos 'n egskeiding, word 'n lid van die Balie aangestel.

Daar is alreeds geruime tyd gerugte dat die huidige Wet op Geestesgesondheid moontlik in die afsienbare toekoms deur 'n nuwe Wet vervang moet word.

Daar is in die loop van die afgelope 20 jaar reeds verskeie wysigingswette geproklameer om leemtes in die Wet aan te spreek.

Hoe so 'n nuwe Wet daar gaan uitsien, is onbekend. Wat wel seker is, is dat die geestesongestelde pasiënt/kliënt en sy/haar veilige versorging altyd die middelpunt van so 'n Wet moet wees en dat daar indringend voorsiening gemaak sal moet word vir die Handves van Menseregte volgens die nuwe Grondwet van Suid-Afrika.

Wetlike aspekte

Die volgende wette en regulasies is nodig om 'n Forensiese Psigiatriese diens effektief te kan bestuur:

- Die Wet op Gesondheid No.63 van 1977.
- Die Wet op Geestesgesondheid No.18 van 1973.
- The Mental Health Care Bill 2000 (nog nie geproklameer nie).
- The Proposed Patients Charter for South Africa.
- Die Strafproses Wet No.57 van 1977.
- Wysigingswet op Strafregtelike Aangeleenthede No 68 van 1998.
- Wet op Verpleging No.50 van 1978 soos gewysig met regulasies.
- Wysigings Wet op Verpleging. No 21 van 1992.
- Wysigingswet op Verpleging No.145 van 1993.
- Die Suid-Afrikaanse Handves van Menseregte
- Die Nuwe Grondwet van Suid-Afrika Wet No. 108 van 1996
- Die Wet op Basiese Diensvoorwaardes No.3 van 1983.
- Wet op Basiese Diensvoorwaardes 1998.
- Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid No.85 van 1993.
- Wet op Arbeidsverhoudinge No.66 van 1995.
- Staatsdiens Wet 1994 (Soos gewysig.)
- Staatsdiens Regulasies 1999.
- Wet op Misbruik van Afhanklikheidsvormende stowwe en Rehabilitasiesentrums No.41 van 1971.

Vervolgens word die gevolgtrekkings ten opsigte van die volgende bespreek:

- pasiënt/kliënt profiel;
- probleme in die eenheid;
- ander rolspelers; en
- verpleegaktiwiteite.

6.2.3 Pasiënt/kliënt profiel

Forensiese pasiënt/kliënt is kriminele oortreders, wat tekens toon van 'n psigiatriese siekte of emosionele probleme. Die pasiënt/kliënt mag in 'n psigiatriese hospitaal toegelaat word, as gevolg van:

- Onbevoegdheid om hofverrigtinge by te woon of te verstaan;
- Onskuldig bevinding weens rede van geestessiekte;
- 'n Gevangene of prisonier van 'n gevangenis wie akute psigiatriese simptome ontwikkel het en hospitalisasie benodig; en
- Hy/Sy mag verwys geword het deur 'n hof om psigiatriese evaluasie te ondergaan (observasies) voor sy/haar hofverrigtinge.

In al die bogenoemde gevalle word die pasiënte/kliënte toegelaat onder die jurisdiksie van beide die kriminele justisie en die geestesgesondheidssisteme.

Verpleegkundiges wie met forensiese pasiënte/kliënte werk, kom te staan voor die uitdaging van versoening van die teenstrydige doelwitte van hierdie twee baie uiteenlopende sisteme. Die aspekte van sekuriteit, detensie en straf van die kriminele justisie sisteem, sal dikwels bots met die doelstellings van bevordering of instandhouding van geestesgesondheid.

In 'n forensiese maksimum sekuriteitseenheid neem verpleegkundiges baie keer die rol aan van 'n tronkbewaarder, eerder dié van 'n gesondheidspersoneellid aan.

Verpleegkundiges bewaar die bos sleutels van die geslote eenhede. Hy/sy moet die spesiale reëls en prosedures afdwing op die pasiënte/kliënte in die eenhede.

Daar is nêrens geskrewe protokolle of standaarde wat die verpleegkundige of die kliënt kan lei en sodoende die lewe vir beide partye meer verdraagsaam kan maak agter die geslote deure en veiligheidshekke nie.

Die volgende gevolgtrekkings word uit die resultate gemaak:

- Menslike kontak en kommunikasie figureer nie altyd as sinvolle psigo-sosiale interaksie nie; en
- Die omgewing waarbinne die kliënt homself in die inrigting bevind, skep die persepsie van 'n kleiner leefwêreld en word as vreemd ervaar.

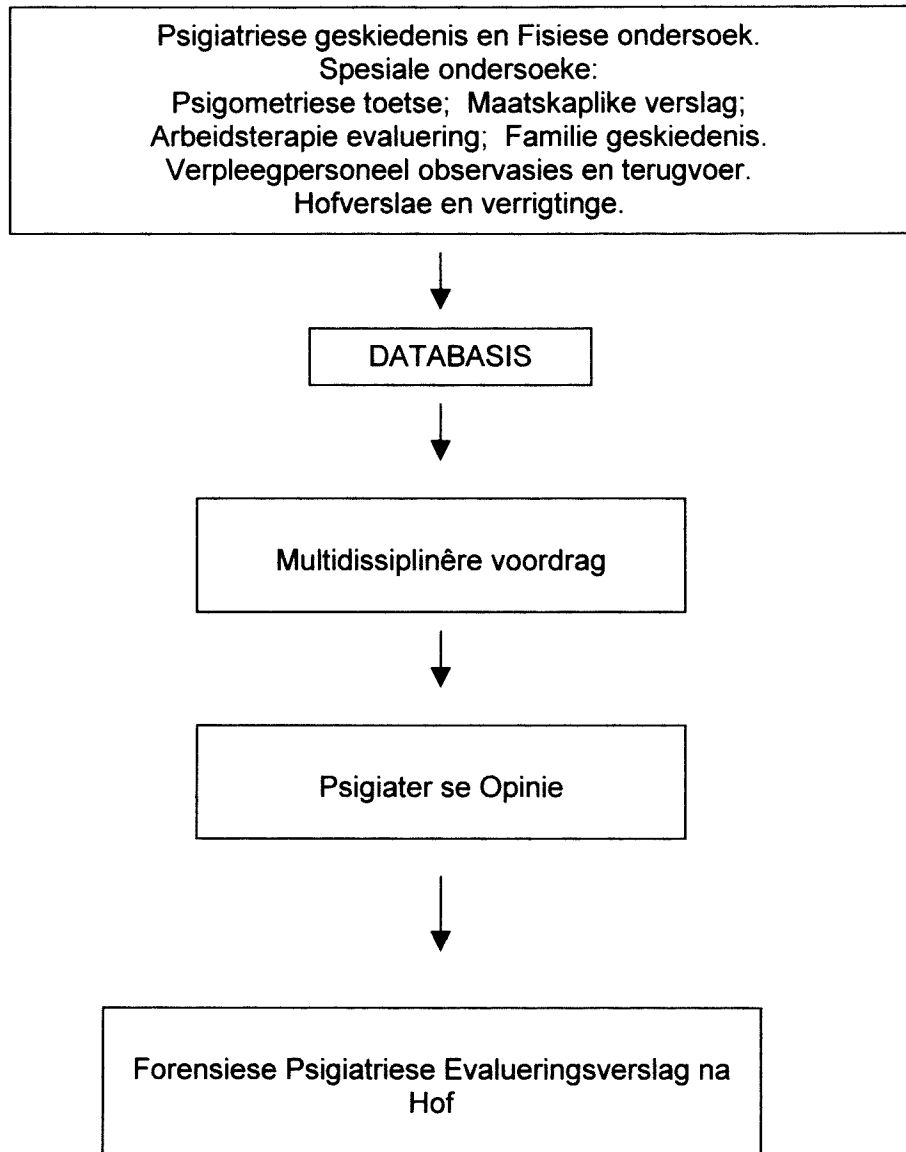
'n Gebrek aan verantwoordelikheid vir die handhawing van gehalte lewenskwaliteit en 'n deelname aan besluitneming betreffende die toekoms kom ook baie duidelik na vore:

- Die inrigting/eenheid word as 'n "vreemde omgewing" ervaar; en
- Die kliënt ervaar sosiale isolasie binne die eenheid, omdat hy/sy skielik van sy/haar familie en vriende geskei word.

Die navorser het ook tot die gevolgtrekking gekom dat die pasiënte/kliënte gaan van die veronderstelling uit dat hulle niks het om te verloor nie.

Die pasiënte/kliënte argumenteer dat of indien hulle nou in die forensiese psigiatriese eenheid is of in die gevangenis is, dit irrelevant is want in die gevangenis het die persoon ten minste 'n ontslagdatum waarna hy/sy strewe. In die forensiese psigiatriese eenheid as 'n presidentspasiënt/kliënt het hy/sy geen datum nie en kan hy/sy vir 'n baie lang tyd in die forensiese sisteem wees. Die ontslagprosedure is 'n baie lang en ingewikkelde proses.

Die verloop van die pasiënt/kliënt se evalueringsproses as 'n observasie geval in die eenheid kan as volg voorgestel word (Figuur 6.1).

FIGUUR 6.1**VERLOOP VAN OBSERVASIE GEVAL SE EVALUERINGSPROSES**

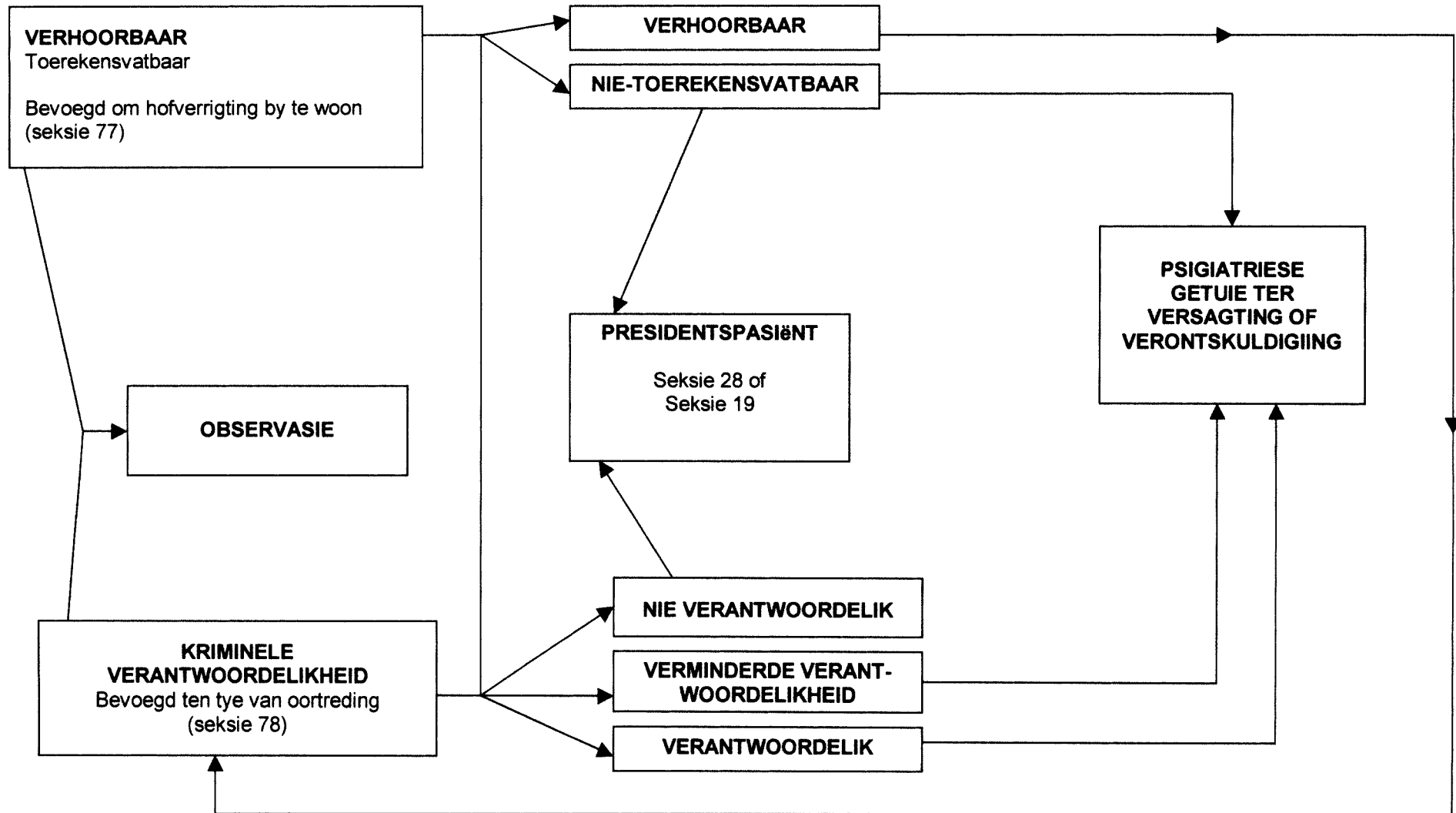
Die inligting/data van die multidissiplinêre span word bymekaargebring en voorsien die databasis waarvolgens die psigiater sy/haar evaluering en beslissing kan maak.

Die oordeel van al die kundige spanlede word in aanmerking geneem.

In Figuur 6.2. word die oorservasie-proses ook aangedui.

Figuur 6.2

OPSOMMING VAN OBSERVASIE PROSES "FROM TRAUMA TO TRIAL .."



6.2.4 Probleme in die Maksimum Sekuriteit Forensiese Psigiatriese Eenheid.

Die volgende probleme is in die eenheid geïdentifiseer:

- Eenheid disorganiseerd - swak kontrole
- Swak rekordhouding - byvoorbeeld verplegingproses; neem van geskiedenis;
- Geen sleutelbeheer; en
- Swak toegangsbeheer .

Daar is 'n tekort aan personeel om 'n effektiewe kwaliteitsdiens te verrig. Dit strem die hantering van aggressiewe pasiënte/kliënte en moeilik hanteerbare gevalle.

Sekuriteitspersoneel mag geen verpleegfunksies verrig nie en moet hulle toespits op sekuriteit en veiligheid van die eenheid.

Sommige kundiges gaan van die veronderstelling uit dat dit baie beter sou wees om liewer bewaarders aan te stel vir die "oppas" van die forensiese pasiënt/kliënt in plaas van sekuriteitsbeamptes, maar baie kundiges verskil hieromtrent. (Appelbaum, 1991).

6.2.5 Personeelaangeleenthede.

Die volgende gevolgtrekkings ten opsigte van die personeel in die Maksimum Sekuriteitseenheid is gemaak.

Die navorser het tot sy/haar groot teleurstelling tot die slotsom gekom dat daar skynbaar geen belangstelling van die verpleegpersoneel se kant in hul werk is nie asook hulle onbetrokkenheid in die dienslewering. Vir baie is dit net nog 'n werk waarvoor hulle 'n salaris moet ontvang.

Dit het weer eens vir die navorser bewus gemaak van die belangrikheid van oriëntasie, induksie en indiensopleiding vir die personeel om hul belangstelling in die veld te verkry.

Die personeel wie gekies word om in die maksimum sekuriteitseenheid te werk, moet met oorleg gekies word. Die personeel moet 'n belangstelling in die veld hê, geïnteresseerd wees en die nodige opleiding of blootstelling in forensiese psigiatrie hê.

6.2.6 Ander Rolspelers:

Sekuriteit / Bewaarders.

Uit eie ondervinding het die navorser dit ervaar dat dit vir die forensiese dienste baie beter sal wees om hul eie sekuriteit in die eenheid te kan hê wie hul self kan oplei en vertrou as om sekuriteit vanaf 'n private maatskappy te verkry.

Die private maatskappy stuur elke dag verskillende persone met geen ondervinding of enige spesifieke opleiding nie. Dit is tydrowend vir die verpleegpersoneel om daagliks die sekuriteit in te lig wat hulle pligte is en wat van hulle verwag word, wat hulle mag doen en nie mag doen nie.

In 'n eenheid van \pm 50 pasiënte/kliënte sal aanbeveel word om \pm 6 sekuriteitsbeamptes per skof te kan hê, plus een vroulike lid vir deursoeking van vroue besoekers.

Indiensopleiding is van die uiterste belang en moet insluit::

- Konfidensialiteit
- Risikobestuur; Observasie
- Veiligheid en sekuriteit
- Hantering van aggressiewe pasiënt/kliënte
- Begeleiding van pasiënt/kliënte

- Deursoeking en visentering van besoekers

Die Howe, die S.A.P. en die Korrektiewe Dienste:

Die dienste het almal 'n baie beperkte kennis en insig in die hantering van die geestesongesteldes. Probleme wat gereeld in die dienste na vore kom is byvoorbeeld geestessiekgevangenes wat vir langer as 48 uur in 'n sel opgesluit word, sonder enige mediese behandeling en of toesig. Die dienste dra geen kennins van die "regte" van die pasiënte/kliënte nie en die pasiënte/kliënte word as kriminele oortreders behandel, daarom ook die feit dat die Suid-Afrikaanse Polisie die observasiepasiënt/kliënte as verhoorafwagendes sien en soms die pasiënt/kliënt op vrye voet uitlaat. Daar word ook deur die dienste gekla dat die evaluasietydperk van 30 dae in 'n forensiese eenheid té lank is en dat hul tyd verspeel word. Die forensiese psigiatriese dienste bestee soms baie tyd aan die insameling van data, soos byvoorbeeld maatskaplike werkersverslae.

Die dienste kry ook geen indiensopleiding aangaande forensiese psigiatriese dienste nie, wat 'n groot leemte laat in hul daaglikse werk.

6.2.7 Verpleegaktiwiteite: Prosedures en Beleid

Die navorser het die formulering en daarstelling van aktiwiteite vir die forensiese psigiatriese verpleegkundige as fokuspunt van hierdie navorsing gestel. Daar is wel in sommige van die inrigtings standaardprosedures en beleidhandleidings gevind, maar hierdie standaarde en prosedures is nie as geskik vir die doel van die navorsing gevind nie, aangesien dit ouderwets, onprakties en onwettig was.

Daar is dus nie geskikte verpleegsorgaktiwiteite beskikbaar vir die psigiatriese verpleegkunde se praktykvoering in die forensiese psigiatriese verpleegkunde nie.

Vervolgens het die navorser spesifieke konsepkategorie vir die forensiese psigiatriese verpleegpraktyk geformuleer wat met kundiges geverifieer is (Bylae 6).

Die navorser is van mening dat die aktiwiteite en kriteria soos in die navorsing geformuleer is, as geldig beskou kan word en resultate opgelewer het wat bruikbaar is.

6.3 AANBEVELINGS

Die aanbevelings vir die navorsing word gedoen, gebaseer op die bevindinge en resultate soos in hoofstuk 5 en die gevolgtrekkings wat bevind is, naamlik:

- Wetgewing;
- Hantering van die pasiënt/kliënte;
- Sentrale Maksimum Sekuriteitsentrum/eenheid;
- Personeel in die forensiese eenheid;
- Forensiese dienste; en
- Aanbevole prosedures.

Na die behoeftebepaling moet hierdie tekortkomings gereeld reggestel word deur middel van die volgende:

- Wysiging in die opleiding van psigiatriese verpleegkundiges met spesiale aanpassing van onderrig veral wat die kliniese praktika in forensiese psigiatriese verpleegkunde betref;
- Indiensopleidingsprogramme moet onder die soeklig geplaas word en volgens bestaande behoeftes aangepas word. Die klem moet veral op praktiese demonstrasies, induksie en oriëntasieprogramme van forensiese psigiatriese verpleging geplaas word; en

- Die erkenning en goedkeuring van 'n forensiese psigiatriese diens as 'n spesialiteitsrigting in psigiatriese verpleegkunde op nasionale vlak deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

6.3.1 Wetgewing

Tans word daar gewerk aan die opstel van 'n nuwe Geestesgesondheidswet. Die navorser het die wetgewing bestudeer en maak die volgende opmerkings en ons kan ons self die volgende vrae afvra hieromtrent word:

- Is die wet vir forensiese dienste in samewerking met die Strafproses Wet No 51 van 1977 in aanmerking geneem?
- Word daar voldoende voorsiening gemaak vir Wetgewing vir forensiese psigiatriese dienste op Nasionale vlak?
- Alle hofverwysings behoort eers deur 'n forensiese psigiatriese verpleegkundige by die hof geëvalueer te word, voordat die kliënt die dienste betree. Dit sal baie tyd en koste bespaar vir onnodige of verkeerde verwysings vanaf die hof.

Die beskerming van die regte van die geestesongestelde persoon in gemeenskaps- of hospitaalverband is 'n belangrike dog uitdagende taak. Daar is egter vier basiese beginsels wat die psigiatriese verpleegkundige en ander geestesgesondheidspersoneel in gedagte moet hou in die uitoefening van voorspraaktussentredes volgens die Grondwet van S.A.

- Die eerste area in voorspraak is die kwaliteit van die sorg wat die pasiënt/kliënt ontvang (verwant aan die beginsel van lewe (artikel 11) (goedheid en korrektheid). Dit beteken dat alle pasiënt/kliënte as 'n menslike wese (artikel 10) behandel sal word met respek en waardigheid;

- Die tweede area behels die pasiënt/kliënt se toegang tot gesondheidsorg (artikel 27) (verwant aan die beginsel van geregtigheid en regverdigheid). Dit beteken dat geestesgesondheidspersoneel te alle tye duidelik sal aandui waarom hulle op 'n sekere manier optree. (Van Tonder, 1966);
- Die derde area is dat die pasiënt/kliënt ten volle ingelig moet word oor die sorg wat hy/sy ontvang, met ander woorde, die effekte en newe-effekte moet aan die pasiënt/kliënt verduidelik en deur die pasiënt/kliënt verstaan word (verwant aan die beginsel van die waarheid of eerlikheid). Die personeel moet hulle handeling evalueer; en
- Die vierde area dui op die pasiënt/kliënt se begrip van beskikbare alternatiewe tot die beoogde behandeling (verwant aan die beginsel van individuele vryheid (artikel 12). Die pasiënt/kliënt moet die geleentheid gegun word om te appelleer ten opsigte van besluite wat oor sy/haar welstand geneem is.

□ Menswaardigheid en voorkom van mishandeling.

Met die hantering van aggressiewe pasiënt/kliënte behoort personeel opgelei te word in die toepassing van alternatiewe metodes om die pasiënt/kliënte meer sinvol te hanteer. Ten einde mishandeling van pasiënt/kliënte te voorkom, moet personeel 'n sensitiwiteit openbaar om enige situasie wat nadelig op die pasiënt/kliënt mag voorkom, te identifiseer en aan te spreek.

Daar moet ten alle tye gewaak word teen pasiëntearbeid. Die behandelingsprogram moet eerder nagekom word.

In die Verenigde State van Amerika is beslis dat pasiënt/kliënt minimum lone betaal moet word. Die effek hiervan was egter dat daar geen arbeidsterapie in hospitale aangebied word nie. In Duitsland moet pasiënt/kliënte betaal as hulle in 'n arbeidsterapie eenheid wil werk.

Voorstelle vir die "Patient's Charter" vir geestesgesondheid is:

- Elke pasiënt/kliënt het die reg tot 'n gesonde en veilige omgewing;
- Toegang tot gesondheidsorg moet gewaarborg word;
- Konfidensialiteit en privaatheid moet gehandhaaf word;
- Ingeligte toestemming moet verkry word;
- Pasiënt/kliënt het die reg op 'n tweede opinie;
- Uitoefening van die reg op keuse van gesondheidsorg;
- Kontinuiteit van sorg moet gehandhaaf word;
- 'n Pasiënt het die reg om klagtes te opper;
- Deelname in besluitneming wat sy/haar gesondheid beïnvloed moet bevorder word.
- Pasiënte/kliënte moet behandel word deur 'n bekende gesondheidsversorger;
- Pasiënte/kliënte het die reg om behandeling te weier.

(Patient's Charter for Mental Health Services - June 2000).

6.3.2 Hantering van die pasiënt/kliënte.

Die pasiënte/kliënte moet met menswaardigheid behandel word en ook met waardigheid en respek. Daar moet respek wees vir die pasiënt/kliënt se privaatheid.

Elke kliënt moet 'n gevallebestuurder hê. Kliënt moet bewus wees van sy/haar regte of daarvan ingelig word, soos:

- Regshulp;
- Toestemming vir enige toetse of ondersoeke en deursoeking in die eenheid;
- Bewus wees van die verloop van sy/haar evalueringsproses (Figuur 6.1);
- Die reg om behandeling te weier; en

- Die dra van sy/haar eie klere en behoud van sy/haar eie private eiendom.

'n Klagtesprosedure as 'n kwaliteitsverbeteringsstrategie moet ingestel word. Risiko-evaluering moet vir alle pasiënte/kliënte geïmplimenteer word om die risiko-areas vas te stel van t.o.v

- Gevaarlikheid;
- Selfbeserings of selfmoordneigings;
- Geestesongesteldheid of veranderlikheid;
- Kwesbaarheid; en
- Dwelmafhanlikheid .

Alle informasie beskikbaar insake die kliënt moet voor of met toelating aangestuur word na die forensiese eenheid soos aangevra, byvoorbeeld:

- Maatskaplike werkersverslag;
- Vorige psigiatriese toelatings of kontakte;
- Vorige kriminele oortredings of kontakte met die S.A.P;
- Huidige kriminele oortredings en Hofverslae.

Die navorser gaan van die veronderstelling uit dat indien Suid-Afrika 'n meer in hul reëls en regulasies in die forensiese dienste verslap, hulle meer samewerking van die pasiënte/kliënte sal verkry soos wat die geval in Brittanje is.

Indien die inwoner voel hy/sy word nie menslik behandel deur 'n personeellid nie, sal so 'n inwoner onvermydelik 'n negatiewe houding inneem.

Die navorser wil sterk aanbeveel dat wanneer 'n persoon vir observasie na 'n forensiese psigiatriese eenheid gestuur word, daar na die persoon as 'n "KLIËNT"

verwys word. Daar is nog nie vasgestel of die persoon geestessiek is nie en daar kan nie as 'n pasiënt na hom verwys word nie.

Die kliënt moet oorweeg word vir parool en of naweekverlof, want sosiale isolasie word binne die inrigting/eenheid ervaar. Die verlies aan familie, persoonlike vriende, besittings en gebeurtenisse beklemtoon die kliënt se eensaamheid. Die familie moet aangemoedig word om meer betrokke te wees by die kliënt se evalueringsprogram; Geen geleentheid om buite die inrigting/eenheid te beweeg tydens observasie tydperk word ervaar. Daar is ook toenemende ledigheid na opname, omdat 'n terapeutiese milieu nie geskep word nie. Ontspannings- en terapeutiese programme van die kliënt in die eenheid moet beskikbaar wees en geïmplementeer word. 'n Gebrek aan verantwoordelikheid vir die handhawing van gehalte lewenskwaliteit en deelname aan besluitneming betreffende versorging kom voor.

Daar moet beskutte arbeidswerkwinkels oopgestel word vir die pasiënte/kliënte. Die daarstelling van dagsorgsentrums vir rehabilitasie vir Presidents-pasiënt/kliënte moet oorweeg word.

Pasiënte/kliënte moet self toestemming gee vir alle spesiale toetse soos byvoorbeeld die trek van bloed vir VIGS. (Sien toestemmingsvorm Bylae E9(i)).

Pasiënte/kliënte moet voorberei word om weg te beweeg van die stigmitasie van psigiatriese dienste.

6.3.3 Sentrale Maksimum Sekuriteitssentrum

Daar behoort 'n Sentrale Maksimum Sekuriteitsentrum te wees vir alle langtermyn pasiënte/kliënte met 'n "Streeks-satelietsentrum" in elke provinsie. Dit sal sorg vir verdeling van die werkslas in elke provinsie en die kliënt is naby sy/haar familie en die dienste is meer gesentraliseerd;

Die Sentrale Maksimum SekuriteitsSentrum behoort slegs vir forensiese observasie-gevalle te wees, geestesongestelde kriminele oortreders en ander met persone uitdagende gedrag wees wie hulself in die kriminele justisie sisteem bevind

(Bylae 9);

Die diens moet in ooreenstemming met die howe, self die evalueringstydperk bepaal;

Gereelde ontmoetings (\pm elke 3 maande) moet tussen die diens en die kriminele justisie departement geskied. Private psigiaters, die SA Polisie en die Departement vir Korrektiewe Dienste kan ook by die ontmoetings ingesluit word;

Daar moet 'n opvolgsorgprogram-benadering (Care Programme Approach in Brittanje) ingestel word in die gemeenskapsdienste vir opvolg van die forensiese psigiatriese pasiënte/kliënte;

Meer advertensies soos die "Slaan Misdaad Hok" advertensie moet ingestel word deur die media om die publiek meer bewus te maak van misdaad.

6.3.4

Personeel in die Forensiese Eenheid

Personeel moet hul sienswyse verander en wegbeweeg van hul gevangenisdiensbenadering vir ons pasiënte/kliënte en 'n terapeutiese model van 'n sekuriteitsprogram aanneem.

Verpleegpersoneel moet nie as 'n gevangenisbewaarder of sekuriteits-beampte optree nie, maar hul waardigheid as verpleegkundiges behou en menslik optree teenoor die kriminele oortreder met 'n geestessiekte of afwyking wat as 'n kliënt na hulle gestuur word vir hulp en 'n terapeutiese rehabilitasiemilieu skep. Verpleegstandaarde moet opgestel word en daargestel word vir die forensiese psigiatriese verpleegpraktyk.

Spesiale personeelondersteuningsdienste moet ingestel word. Konfidensialiteit met die media moet as baie belangrik beskou word en geen inligting aangaande die kliënt moet sommer aan enigeen bekend gemaak word nie.

Forensiese psigiatriese verpleegkunde moet herkenning kry en erken word as 'n spesialiteitsrigting in verpleegkunde by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

Indien 'n verpleegpersoneel se familielid of vriend in die eenheid toegelaat word, moet die personeellid liewers tydelik van die eenheid onttrek word om ongemak en bevooroordeelings te voorkom.

Meer personeel vir forensiese psigiatriese verpleging moet beskikbaar gestel word om 'n beter kwaliteitsdiens aan die pasiënte/kliënte te kan lewer en hulle moet meer betrokke wees om die diens uit te brei en te verbeter.

Die personeel moet liefsvol konstant bly, maar nie langer as ± 6 maande in die eenheid werksaam wees nie. Dit is wenslik dat personeellede onder hierdie baie stresvolle werksomstandighede 'n verposing/blaaskans gegun word. Daar moet 'n weeklikse diensrooster en werkstoekenningsrooster wees wat vooraf aan die personeel bekend is.

6.3.4.1 Opleiding

Volgens ondersoek deur die navorser is daar geen formele opleidingskursus vir die forensiese psigiatriese verpleegkundige in Suid-Afrika nie in teenstelling met Brittanje wat tot op 'n Meestersgraad in hierdie vakkeuse kan vorder. Dit is wenslik dat 'n spesialisering op nagraadse vlak by die S.A. Raad op Verpleging ingestel word of minstens deel vorm van die psigiatriese kurrikulum.

Forensiese psigiatrie is 'n sosiale maatskaplike problematiese entiteit. Dit is kommerwekkend dat die verpleegkundige van hierdie eeu nog onkundig kan wees ten opsigte van die beleweniswêreld en die verpleging van hierdie pasiënte/kliënte.

Daar moet in elke forensiese psigiatriese eenheid 'n oriënterings- en induksieprogram opgestel word vir alle personeel wat in die eenheid kom werk. Die programme moet alle wetlike aspekte verbonde aan die diens, alle wette wat gebruik word om ons in die diens te lei, observasie vaardighede, risikobestuur, uitdagende gedragsmodifikasie, professionele praktyk en inter-persoonlike verhoudings insluit.

Formele opleiding in forensiese psigiatriese verpleegkunde is 'n baie groot behoefte in die Wes-Kaap. Nêrens bestaan daar 'n kursus in suiwer forensiese psigiatriese verpleegkunde nie.

Daar moet 'n "kultuur van leer" ontwikkel en aangemoedig word, maar gewaak word teen die remmende faktore met betrekking tot die kliniese leerklimate (Tabel 6.1).

Meer opgeleide personeel moet aan die forensiese eenhede aangestel of toegeken word.

Die navorser het na ondersoek bevind dat daar wel nou 'n kursus in forensiese verpleging deur die Universiteit van die Vrystaat aangebied word. Dit blyk dat die kursus slegs uit forensiese patologie bestaan en nie forensiese psigiatriese verpleegkunde insluit nie.

TABEL 6.1

DIE REMMENDE FAKTORE MET BETREKKING TOT DIE KLINIESE LEERKLIMAAT

GEVOLGTREKKING	AANBEVELINGS
<p>Personeeltekorte is verantwoordelik vir 'n hoë werkdruk in die kliniese eenheid.</p> <p>'n Tydbeperking rem die lewering van kwaliteit verpleegsorg.</p> <p>Die geregistreerde verpleegkundige kom swak gemotiveerd voor, gekenmerk deur onbetrokkenheid en ontoeganklikheid.</p> <p>Swak pasiënt/kliënt betrokkenheid deur die geregistreerde verpleegkundige rem die lewering van kwaliteit pasiënt/kliëntesorg.</p>	<p>Meer doeltreffende personeelvoorsiening aan kliniese eenheid deur middel van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die aanwending van meer geregistreerde verpleegkundiges wat direk by verpleegsorg betrokke is - evaluering van bestaande personeel allokasiemetodes in die hospitaal - optimale benutting van verskillende kategorieë personeel volgens hul bestek van praktykregulasies. <p>Deurlopende positiewe motivering van die geregistreerde verpleegkundige in die praktyk om meer betrokke te wees by verpleegsorg deur middel van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die kommunisering en instel van kursusse rakende forensies psigiatrie - die skep van geleenthede vir kennisverryking - die benutting van die kliniese kundigheid van die geregistreerde verpleegkundige in die opleiding van haar personeel. <p>Die geregistreerde verpleegkundige moet saam met haar personeel in die praktyk werk, meer betrokke en meer sigbaar wees.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verandering van die konsep dat die saalsuster na opleiding meer by bestuursvaardighede betrokke sal wees. Hy/sy moet pasiënt/kliëntesorg effektief bestuur. - Die daarstelling van geleenthede vir kennisuitbouing met betrekking tot verskillende spesialiteitsterreine soos Forensiese psigiatriese verpleegkunde.

6.3.5 Forensiese dienste.

Forensiese psigiatrie word dikwels as die teiken van die publieke kritiek en beoordeling gesien.

Daarom moet ons die professie bekend maak en 'n goeie beeld uitdra.

In tabel 6.2 word 'n voorstel hieromtrent gemaak.

Tabel 6.2

Forensiese Dienste



Super Gespesialiseerde Dienste



Evalueringsspan en individueel	Pasiënte/kliënte intervensie	Familie betrokkenheid en intervensie	Opleidingsnetwerk en spanwerk	Bekend stel aan die publiek
--------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Forensiese Psigiatrisiese dienste moet:

- 'n Super-gespesialiseerde diens (forensies, mediese geregtelike evaluering, pediatriese- en adolessente dienste, psigo-terapeutiese eenheid voorsien;
- Noodbehandeling van nie-organiëse psigiatrisiese pasiënt/kliënte bied;
- Moeilike psigiatrisiese gevalle hanteer;
- Behandelingsweerstandigheidsgevalle hanteer;
- Gesertifiseerde pasiënt/kliënte wat moeilik hanteerbaar is, hanteer;
- Langtermyn behandeling van psigiatrisiese probleme bied;
- Rehabilitasieprogramme wat aanvaarbaar is in die provinsie ontwikkel en instel;

- Skakel met alle ander vlakke van sorg om kontinuïteit van sorg te verseker;
- Saamwerk met alle ander komponente van die diens (byvoorbeeld SAP, Howe en gevangenisdiens); en
- Indiensopleiding – en induksieprogramme vir alle personeel verbonde aan forensiese dienste bied.

Die kern van psigiatrisie verpleging is interpersoonlike verhoudinge met individue waarin die psigiatrisie verpleegkundige haarself terapeuties gebruik. Die verpleegkundige moet aangemoedig word om haar potensiaal as terapeut te gebruik in die alledaagse uitvoering van haar administratiewe, opvoedkundige en kliniese funksies.

Die navorser het waargeneem dat daar geen spesiale dienste of fasiliteite beskikbaar is vir die M.I.V. "VIGS" pasiënt/kliënte in die forensiese psigiatrisie dienste nie. Met die groot bewuswording en al die debatte oor M.I.V.en "VIGS" in Suid-Afrika sal die navorser voorstel dat die forensiese dienste ook nou begin om aparte behandelingsfasiliteite daar te stel vir hierdie pasiënte/kliënte.

Sodomie en verkragtings in die diens en gevangenis kan aanleiding tot M.I.V.en "VIGS" gee.

Forensiese psigiatrisie kliniese verpleegspesialiste moet aangemoedig word om verdere navorsing te onderneem.

Gereelde samesprekings tussen die multidissiplinêre spanlede, gevangenis, SAP en die howe is nodig om probleme te identifiseer en op te los in die praktykuitvoering.

6.4 AANBEVOLE PROSEDURES

Die navorser het as dit belangrik en uiters noodsaaklik geag om die volgende prosedures op te stel om as riglyne te dien in die Forensiese Psigiatriese Verpleegdienste.

6.4.1 Inleiding.

Prosedure voorskrifte is 'n belangrike hulpmiddel in die uitoefening van beheer oor veral funksionele bedrywigheede van 'n geroetineerde aard.

6.4.2 Ontwikkeling van werksprosedures.

Wanneer die mens voor 'n geheel en al vreemde taak te staan kom, sal hy/sy self 'n prosedure om die taak te verrig, moet prakseer. Gedurende die eeue heen het die mens egter vir vele take vaste werkswyses ontwikkel waarin paslike prosedures ingebou is. Die prosedures dien as grondslag vir beroepsopleiding. Die verpleegberoep het ook sy eie werksprosedures ontwikkel.

6.4.3 Prosedurebepaling.

Die bepaling van verskeie prosedures wat in verpleging ten uitvoer gebring word, word deur die verpleegbestuur bepaal. Ingevolge die betrokke ordonnansie vereistes en wetgewing is die prosedures wat gevolg moet word.

- die toelatings, ontslag of oorplasing van pasiënt/kliënte;
- die hantering van pasiënt/kliënte se waardevolle artikels; en
- die beheer van sleutels, ens.

Prosedurebepaling is dus reëls en voorskrifte wat gevolg moet word in sekere verpleegaktiwiteite. Dit vorm dus 'n standaard waarteen die toesighouer kontrole kan uitoefen.

Prosedurebepaling behels ook die opstel van handleidings en die opknapping van werkmodes en prosedures wat van tyd tot tyd gewysig moet word en op skrif gestel moet word.

Die verpleegdiens is prosedures gebonde vanweë die feit dat dit 'n praktykgerigte professie is.

Werkspedures moet om die volgende redes met volgehoue ywer op skrif gestel word:

- om te verseker dat daar as gevolg van die individuele en uitlopende benaderings van die spanlede nie 'n verwarrende veelvoud van werkspedures sal bestaan nie;
- om te verseker dat daar steeds op die voorafbepaalde doelwit afgestuur sal word en om meningsverskille oor die optrede uit die weg te ruim;
- om die uitreiking van duidelike werksopdragte aan individuele personeellede te verseker;
- om met die oog op die bewerkstelling van doeltreffende werkverrigting beheer uit te oefen en te verseker dat die dienste wat gelewer word aan die vereistes voldoen;
- sodat daar eenvormige- en geïntegreerde optrede sal bestaan in aangeleenthede waarby meer as een instelling gemoeid is;
- sodat nuwe werkspedures op 'n geordende wyse aan personeel bekend gestel kan word;
- om te verseker dat alle nuwe personeel paslik opgelei word en korrek die induksieprogram sal volg;

- om by die delegasie van bevoegdhede duidelike voorskrifte by te voeg oor die wyse waarop opgetree sal word; en
- sodat die publiek ingelig sal bly oor die wyse waarop die dienste ten volle benut sal word en aan die publiek beskikbaar sal wees. (Cloete, 1986)

In Bylae 6 word spesifieke aanbevole prosedures as riglyne vir die operasionalisering vir verpleegaktiwiteite in die forensiese psigiatrisse verpleegpraktyk gegee.

6.5 SLOT

Al die rolspelers is dit eens dat navorsing vir verpleegpraktykvoering rondom die daarstelling van verpleegstandaarde binne die konteks van hierdie navorsing meer spesifiek die psigiatrisse verpleegkundige se praktykvoering in forensiese psigiatrisse verpleegkunde, uiters noodsaaklik is.

Die uitbreiding van die kennisbasis en vaardighede waarop praktykvoering berus, is nodig om doeltreffende en effektiewe verpleegsorg te kan lewer en die gehalte van die sorg en diens voortdurend te verbeter en meer toeganklik te maak en bekend te stel aan die publiek.

In hul interaksie met die pasiënte/kliënte het lede van die multidissiplinêre span 'n fasiliterende rol vervul waarin hulle gerig was op die mobilisering van interne- en eksterne omgewingsfaktore van die pasiënte/kliënte. Die klem het grotendeels geval op deelnemers se belewenis van hul behoefte en emosionele ondersteuning deur verpleegkundiges.

Daarna het verpleegkundiges en lede van die multidissiplinêre span ewe veel die mobilisering van pasiënte/kliënte se kognitiewe prosesse as 'n wyse van

terapeutiese tussentrede gefasiliteer. Kognitiewe behandeling het gekonsentreer op deelnemers se verkryging van insig en 'n bewussyn van tyd as waardebepalend.

Die beleweniswêreld van pasiënte/kliënte rakende die stigma rondom geestesongesteldheid, hul belewenis van 'n oorgang van negatiewe na positiewe emosies namate hulle vir ontslag gereed geword het.

Dit blyk dat die terapeutiese milieu 'n betekenisvolle komponent in die behandeling van die psigiatriese pasiënt/kliënte is wat deur deurlopende teenwoordigheid van die verpleegkundige in stand gehou word.

In Hoofstuk 6 is die belangrikste gevolgtrekkings bespreek en aanbevelings gedoen.

Bibliografie / Verwysings

Allan, A. **The role of the psychologist in South Africa Courts.** Cape Town: Inter-Ed Publishers, 1995.

Allan, A. **The Law for psychotherapists and counsellors.** Somerset West: Inter-Ed Publishers, 1997.

Allan, A, & Allan, M.M. The right of mentally ill patients to refuse treatment. .Accepted for publication in *the South African Legal Journal*, 1997a.

American Nurses Association. **Scope and standards of forensic nursing practice.** American Nurses Association Publishing. ISBN: ST4, 1997

Appelbaum, P.S. & Gutheil ,T.G. **Clinical Handbook of psychiatry and the law.** Baltimore: Williams and Wikins, 1991.

Arnold, E. & Boggs, K.U. **Interpersonal relationships, Professional communication skills for nurses.** Philadelphia: Saunders, 1999.

Austin ,W. Relational ethics in Forensic Psychiatric Settings. *Psychosocial nursing and mental health services.* September 2001; 39 (9): 12-17.

Bosman, D.B. & Heimstra, L.W. **Tweetalige Woordeboek,** Kaapstad : Nasionale boekdrukkery, 1982.

Benner, P. & Wrubel, J. **The primary of caring.** Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.

Burnard, P. & Morrison, P. **Nursing research in action.** London: Macmillian Press, 1994.

Bloom-Cooper, L. & Halley, H. & Murphy, E, The Falling Shadow: **One Patient's Mental Health Care** .London: Duckworth, 1995.

Bluglass, R. & Bowden, P. **Principles and practice of forensic psychiatry.** London: Churchill 1990.

Bluglass, R. The special hospitals should be closed. *British Medical Journal.* 1992; 305:323-324.

Bluglass, R. & Kieran, C. **Executive Summary of the Report of the Inquiry into the care and treatment of Christopher Edwards and Richard Linford.** Londen; North Essex Health Authority and H.M. Prison Services, 1999

Byrne Fleming. **Nursing Procedure Manual** : C.P.A. Hospitals project, 1992.

Christian Handbook 1999/2000 gebasseer op die 1996 sensus opname: Pretoria.

Chaloner, C. & Coffey, M. **Forensic mental health nursing: Current approaches,** England: Blackwell Science Ltd, 1999.

Cilliers, S. P. **Maatskaplike navorsing:** Stellenbosch: Kosmo Uitgewers, 1973.

Cloete, J. J. N. **Inleiding tot Publieke Administrasie;** Kaapstad: Nasionale , 1986.Boekdrukkery.

Coetzee, W. **Korrektiewe dienste in fokus.** Kaapstad: Galvin and Sales, 1995.

- Cocozza, J.J. & Steadman, H.J. Predictions in psychiatry: An example of misplaced confidence in experts. *Social Problems*. 1978; 25: 265-276.
- Cott, C. Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociology of health and illness*. 1998; (20) 848-873.
- Department of Health/Home Office Custody, Care and Justice: **The Way Ahead for the Prison Service in England and Wales**. HMSO: London, 1991.
- De Vos, A.S. & Strydom, H. **Research at grass roots**. Pretoria: Van Schaik, 1998.
- Edwin, J. & Mikkelsen, M. **Criminal offenders with Mental retardation: Risk assessment the continuum of Community-based treatment programs**. Kingston, N.Y.: Nadd Press, 1999.
- Evans, M. & Wells, D. Scope of practice issues in forensic nursing. *Psychosocial nursing and mental health services*. Jan. 2001; 39(1): 38-45.
- Engelbrecht, E.S. **Handleiding vir navorsingsmetodologie**. Johannesburg: R.A.U, 1981.
- Fairhead, D. **Residential treatment programme for mentally ill offenders in Cape Town**. Cape Town: Valkenberg Hospital, 1986.
- Finkelman, A. W. **Quality Assurance for Psychiatric Nursing**. U.S.A, Maryland: An Aspen publication, 1994.
- Faulk, M. **Basic Forensic Psychiatry**, London: Blackwell Scientific publications, 1988.
- Gillis, L.S. **Guidelines in Psychiatry**. Kaapstad: Cape and Transvaal, 1980.
- Greef, M. 'n Model vir psigiatriese verpleegbegeleiding van die pasiënt met geestes- ongemak. Johannesburg: R.A.U, D.Cur. proefskrif, 1991.
- Greenfield, T. **Research Methods: guidance for post graduates**, London: Arnold, 1996.
- Gunn, J. The role of the psychiatrist. *Criminal behaviour and mental health*, 1991; 1(2): 109-113.
- Gunn, J. Criminal behaviour and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*; 1977; 13(4): 64-65.
- Harrison, J. **Environmental health and safety auditing handbook**.. New York, N.Y. McGraw-Hill, 1995.
- Hawkins, J.M. **The Oxford English Dictionary**. Oxford: Clarendon Press, 1994.
- Huysamen, G.K. **Beskrywende statistiek vir die sosiale wetenskappe**. Pretoria: Academica, 1976.
- Hodgins, S. **Mental disorder and Crime**. London: Sage Publications, 1993.
- Hugh, J.K. **Anatomy of a Prison Great Britain Australia**: Hazell Watson and Viney Ltd, 1972.
- Kitchiner, N. *et.al*. The role of the forensic psychiatric nurse. *Nursing Times* 1992; 88(8): 49-52.

- Kritzinger, M.S. & Labuschagne, F.L. **Verklarende Afrikaanse Woordeboek**. Pretoria: Van Schaik, 1971.
- Kruger, A. **Mental health law in South Africa**. Durban: Butterworth, 1980.
- Kruger, A. Tekortkominge in wetgewing oor geestesongesteldes. *Tydskrif vir Regswetenskap*. 1983, 8(2): 182-185.
- Kruger, A. The insanity defence and a bill on South African. *Journal of Criminal Justice*, 1993; 6(2): 148-152.
- Knight, B.H. Medico-legal Reports and Appearing in Court, *Medical Protection Society*. 1977(1) : 50-55.
- Leedy, P.D. **Practical Research: Planning and design**. New York: Macmillan, 1993.
- Lipsedge, M. Clinical Risk Management in Psychiatry *Quality in Health Care*, 1995; (4):122-128.
- Lynch, V.A. Forensic nursing. Diversity in education. *Psychosocial Nursing and mental health*. 1993; (11):31.
- Lynch, V.A. Forensic aspects of health care. New roles, new responsibilities. *Psychosocial Nursing*. 1993; (11) 31.
- Mason, T. & Mercer, D. **Critical perspectives in forensic care**. London: Macmillan Press, 1998.
- Morrison, P. & Burnard, P. **Aspets of forensic Psychiatry nursing**. England: Avebury Athenaeum Press, 1992.
- Monahan, J. Mental Disorder and Violence Behaviour: Perceptions and Evidence. *American Psychologist*, 1992; 47:511-521.
- Monahan, J. **Mental disorder and violence: Another look**. In S. Hodgins (Ed.) *Mental Disorder and Crime*. London: Sage, 1993.
- Murchison, D. Nichols, D. & Hanson, L. **Legal Accountability in the nursing process**. St. Louis: C.V. Mosby, 1978.
- Nolan, P. **History of Mental Health Nursing**. London: Chapman and Hall, 1993.
- O'Connell, M. Establishing a mutual reality. *Psychosocial nursing and mental health services*. October. 2001, 39 (10): 46-50.
- Pascoe, F. D. **Persoonlike onderhoud**; Kaapstad, 2001.
- Pera, S. & Van Tonder, S. **Etiëk in die verpleegpraktyk**. Kaapstad: Juta & Kie, 1996.
- Peplau, H.E. **Interpersonal Relations in Nursing**. New York: G.P. Putnam's Sons, 1952.
- Prins, H A. **Offenders, Deviants or Patients**. Londen: Tavistock, 1981.
- Poggenpoel, M. **Die funksies van die psigiatriese verpleegkundige in Suid-Afrika**. Kaapstad: Juta & Kie, 1984.

- Progress report on facilities for state, patients and observation cases.** Minmec-31, November 1997.
- Richie, J.H., Dick D. & Lingham R. **The report of the inquiry in the care and treatment of Christopher Clunis.** London: HMSO, 1994.
- Robinson, D, Kettles, A. & Rae, M. **Nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender.** Forensic focus; Jessica Kingsley Publishing, 2000, ISBN: 1853027545.
- Rosenhan, D.L. On being sane in insane places. *Science.* 1978 ;179: 250-258.
- Röscher, C.I. Psigiatriese verpleging in Suid-Afrika. 'n Oorsig. *Suid-Afrikaanse Verpleegtydskrif.* 1975;11(3) : 20-25.
- Schwär, T.G. **Statutêre, Publieke en Etiese Verpligtinge.** (Parow) Kaapstad: Universiteit van Stellenbosch, 41981.
- Searle, C. The history of the development of nursing in South Africa (1652-1960). *South African Nursing Association,* 1965.
- Searle,C. **Professionele praktyk, 'n Suid-Afrikaanse verpleegperspektief.** Durban: Butterworths, 1987.
- South African Statistics. Pretoria. Government Press. 2001.
- Smith, A. **Changing the offender: Ethical Issue in Behaviour Modification.** England: Acta Juridion. 1988.
- Steadman, H.J & Cocozza, J.J. Selective reporting and the Public's Misconceptions of Criminally Insane. *Public Opinion Quarterly.* 1978; 41: 523-533.
- Steyn, & Du Toit, J. **Moderne Statistiek vir die praktyk.** Kaapstad: J.L.van Schaik, 1987.
- Strauss, S.A . **Doctor, patient and the law.** Pretoria: JL van Schaik, 1991.
- Strauss, S.A. **Regshandboek vir verpleegkundiges en gesondheidspersoneel.** Kaapstad: King Edward Trust C.T.C.P Boekdrukkers, 1988
- Tarback, P., Morris, B. & Burnard, P. **Forensic Mental Health Policy, strategy and implementation.** London: Whur Publishers, 1999.
- Travelbee, J. **Interpersonal Aspects of Nursing.** Philadelphia: F.A. Davis Co, 1971.
- Trick, K. L & Tennent,T.G. **Forensic psychiatry, an Introductory text.** London: Pitman press, 1981.
- Uys, H.H.M. & Basson, A.A. **Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde,** Pretoria. HAUM Opvoedkundige Uitgewers, 1983.
- Uys, L. R. **Fundamentele Psigiatriese Verpleegkunde.** Kaapstad: P.J. de Villiers uitgewery, 1979.
- Uys, L. R. & Middelton, L. **Mental health nursing. A South African perspective.** Kaapstad: Creda Press. Juta & Kie, 1997

- Venter, H. **Kriminologie**. Pretoria: J. L. van Schaik, 1977
- Verschoor, T. et.al. **Verpleegkunde en die reg**. Kaapstad: Juta & Kie, 1996.
- Van der Westhuisen, J. **Forensiese Kriminologistiek**. Durban: Butterworths, 1993.
- Whyte, L. & Brooker, C. Working with a Multidisciplinary team in secure psychiatric environment. *Psychosocial nursing and mental health services*. September 2001; 39(9): 26-34.
- Weiner, B.A. & Wettstein, R.M. **Legal issues in mental health care**. New York: Plenum, 1993.
- WHO. **Examples of calculations of needs for National Mental Health Programmes**. 1996.
- Williamson, S.B. The Meaning and Value of research. *S.A. Nursing Journal*. XLIV (12): 18-21. 1977.
- Woods, N. F. & Catanzaro, M. **Nursing Research: Theory and practice**. St. Louis: Mosby, 1988.
- Zabow, T. Management of mentally ill offenders in South Africa. The assessment and rehabilitation program in Cape Town. *International Journal of law and psychiatry*. 1981; (4) :36-50.
- Zabow, T. Psychiatric evidence in extenuation. *Tydskrif vir Regswetenskap*. 1983; 8(2): 143-149.
- Zabow, T. The management of the mentally ill offender. *Medicine and Law*. 1984 (8):150-153.
- Zabow, T. The Psychiatric Patient and the Law. *Continuing Medical Education*. 1984; 2(12):90-96.
- Zabow, T. Psychiatric evidence in extenuation. Assessment and testimony in homicide defendants. *Medicine and Law*. 1989, (8): 631-639.

BYLAE VIR RIGLYNE VIR VOORGESTELDE EN OF AANBEVOLE PROSEDURES IN 'N

MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID

6-A TOELATING TOT 'N MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID

- (1) Standaard toelatingsprosedure
- (2) Opening van 'n kliniese lêer

6-B PASIËNT REKORDS AS 'N MEDIESE GEREGETELIKE DOKUMENT

- (1) Pasiënt rekords/verslae in 'n staatsgesondheidsorgsentrum
- (2) Waaruit bestaan pasiënt rekords
- (3) Mediese geregetelike risikos
- (4) Skryf van verklarings, toestemmingsvorme van pasiënt

6-C VERSLAGSTELSEL

- (1) Geregetelike implikasies
- (2) Prosedures wat gevolg moet word oor rapportering van geregetelike insidente
Bylae: Chapter 21: Nursing - Extract from C.P.A. Memorandum 19
- (3) Verskillende tipe van verslae
 - (i) Vorderingsverslag
 - (ii) Weeklikse verslag op Observasie pasiënte
 - (iii) Ongelukverklaring/Insidentverslag

6-D VERWYSINGS EN BEGELEIDING VAN OBSERVASIE GEVALLE NA ALGEMENE HOSPITALE OF ANDER DIENSTE

6-E AFSONDERING

6-F PLIGSTAAT VAN SEKURITEITSBEAMPTES

6-G DIE BEHEER EN HANTERING VAN SLEUTELS

6-H PROTOKOL VIR BESOEKERSREëLS

6-I VISENTERINGSPROSEDURES

BYLAE 6-A**TOELATING TOT 'N MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID**

Toelatings kan alleenlik in 'n forensiese psigiatriese eenheid oorweeg word in terme van die relevante Wetgewings en wettige dokumentasie.

(1) Standaard toelatingsprosedure

Toelatings word deur 'n hof verwys. Die staatsaanklaer of klerk van die hof reël die toelating met die spesifieke forensiese psigiatriese eenheid.

Vir die toelating van 'n kliënt/pasiënt.

Artikel 79(2); Observasie gevalle volgens die Strafproses Wet 51 van 1977.

Wanneer toelating geskied maak seker van die volgende toelatingsdokumente:

- J.138. Lasbrief tot oorplasing van 'n persoon wat aangehou word, na 'n inrigting, vir ondersoek kragtens die bepalings van Hoofstuk 13. Strafproseswet, 1977. (Wet 51 van 1977), artikels 77; 78 en 79. (Sien Bylae E-2.)

Maak asseblief seker dat die volgende inskrywings korrek op die dokumente voltooid is:

- Die Polisiekantoor
- Die saaknommer (vanaf hof)
- M.R. Nommer (S.A.P. Saak. Nr.)
- Die pasiënt se naam en van
- Beweerde misdaad of oortreding gepleeg

Indien slegs of ook 'n Wetsnommer verskyn by die misdaad, doen navraag by S.A.P./Hof of Staatsaanklaer vir verwysing van die nommer.

- (i) Landdroshof of Magistraatshof se naam
- (ii) S.A.P. Stasie se naam
- Datum van verstryking van die tydperk waarin hy/sy na die hof of gevangenis teruggestuur word.

- Maak seker dat die dokument deur die Voorsittende Regter/Streekslanddros geteken en gestempel is, as wettig vir aanhouding. Die dokument moet in duplikaat voltooi wees.

- J105: Lasgewing vir die aanhouding van 'n beskuldigde; hangende die beskikking van die Staatspresident. Strafproseswet 1977 (Wet 51 van 1977), artikels 77; 78 en 79 (Bylae E.3)
 - Die volgende inskrywings moet korrek wees op dokument:
 - Pasiënt se naam
 - Saaknommer
 - M.R. nommer
 - S.A. Polisiekantoor
 - Misdad of oortreding
 - Geteken en gestempel deur landdros

- SAP 216: Lyfkwitansie: (Bylae E.4)

Die volgende inskrywings moet korrek wees op dokument:

 - Van waar ontvang bv. SA Polisie óf Landdroshof
 - Naam van die pasiënt
 - Begeleide persoon
 - Geteken en gestempel deur klerk van die hof.

- J15: Klagstaat. (Bylae E.5)

'n Baie belangrike, streng vertroulike dokument. Maak asseblief seker dat die volgende inskrywings korrek is op die dokument:

 - Saaknommer
 - Hersieningsaaknommer

- S.A. Polisiekantoor
- M.R. nommer
- Onderzoekbeampte se naam en van
- Distrik/Afdeling
- Plek van verhoor
- Datum van eerste verskyning

Alle besonderhede van pasiënt/kliënt moet aan die eenheid bekend wees:

- Naam van die pasiënt
- Adres
- Geslag
- Ouderdom
- Datum van arres
- Misdryf soos in aanhangsel hierby aangeheg of uiteengesit
- Pleit
- Datum
- Handtekening van Landdros en gestempel as 'n wettige dokument

Wanneer hierdie dokumente almal in orde is, teken die hospitaal of instansie klerk vir ontvangs van die dokumente en pasiënte op die S.A.P. 216 die geel kopie. (Bylae E.4), by handtekening van ontvanger en datumstempel. Die geel kopie van die S.A.P. 216 bly met die hospitaal of instansie en die wit kopie van die S.A.P. 216 gaan terug saam met die begeleide na die S.A. Polisie stasie of Landdroshof.

Soms mag dit gebeur dat die Landdroshof of Magistraatskantoor alreeds dokumentasie oor die verloop van die saak en hofprosedure het en dit word ook saam met die begeleide gestuur.

Al hierdie dokumentasie word as streng vertroulik hanteer en in die pasiënt se kliniese lêer geplaas of aan die psigiater oorhandig vir sy kennisname. Psigiater teken aan in die pasiënt/kliënt

se kliniese lêer of hy enige dokumentasie uitgehaal het.

Soms in baie groot, ernstige kriminele sake word 'n private psigiater aangestel tot die paneel om sy onafhanklike opinie en weergawe te gee van die pasiënt/kliënt se geestestoestand (Bylae E.6).

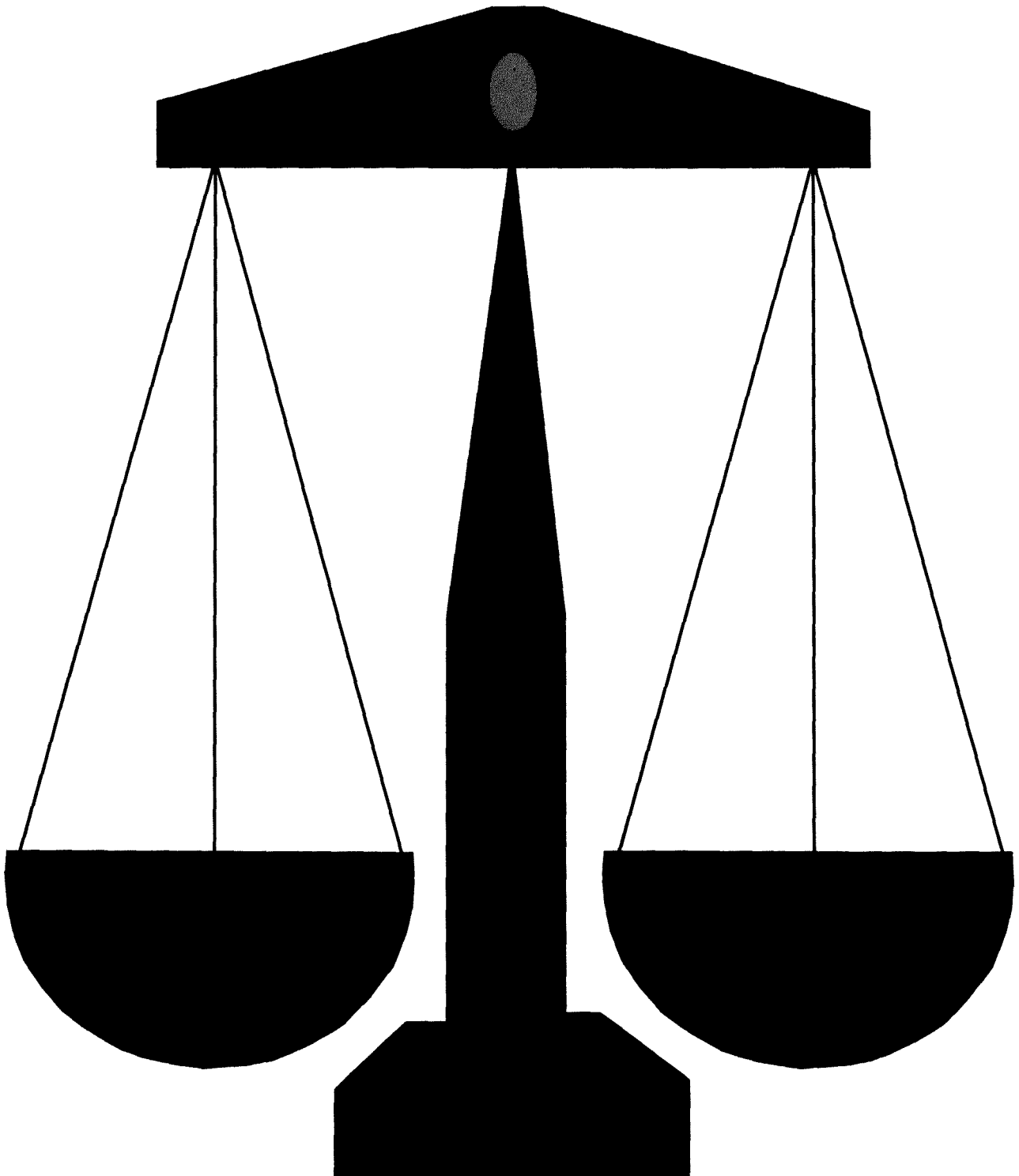
(2) Opening van 'n Kliniese Lêer

Take van Saalklerk:

Neem 'n gewone lêeromslag en voltooi alle relevante dokumentasie:

- Observasie databasis – 8/12 (plaas op die voorblad van die lêeromslag)
(Bylae E.7)
- Naam en adres op voorblad van lêer, Hospitaal registrasienommer; Saaknommer; M.R. Nommer
- Beskrywing van alle forensiese gevalle – 5/37 binne-in lêer (met 'n foto van die pasiënt of foto van uitstaande letsels of tattoëring)
- Toestemming van pasiënt/familielid insake die bekendmaking van alle vertroulike inligting aan lede van die multi-professionele span – 5/23 (Bylae E.9)
- Adreslys. GW 2/47. Volledig (Bylae E.10)
- Verklaring van Vrywaring. 5/22 (Bylae E.11)
- Tandheelkundige behandeling. 5/24 (Bylae E.12)
- Voltooi Sertifikaat van Opneming. Ges 2/30 (Bylae E.13)
 - Kopie na Hospitaalklerk
 - Oorspronklike na Verwysingsmagistraatshof

PASIËNTE REKORDS AS 'N MEDIESE GEREGETELIKE DOKUMENT



(1) Pasiënte rekords/verslae in 'n Staatsgesondheidsorg Sentrum

- Die pasiënt rekord word as 'n Mediese Geregtelike dokument hanteer. Geskrewe notas wat 'n pasiënt se vordering weergee dien as 'n "dual"/tweeledige funksie. Die notas is belangrik vir die integrasie van behandeling en kontinuïteit van sorg in die hande van alle personeel en dissiplines. Addisioneel is dit 'n gelyktydig en omvattende leesbare verslae en konstituut dokumentêre bewys van die observasies, aksies en besluite van die personeel en mag ongeldig wees as ondersteunende bewys in die uitslag van 'n ondersoek of siviele litigasie of enige ander mediese geregtelike ondersoek.

Hospitaalrekords wat oppervlakkig onvoltooid; onleesbaar; ongeorganiseerd of eenvoudig verlore is, is 'n refleksie van algehele swak sorg, maar mag 'n swaar kompromissie of kompromie van die verskeie posisies van personeellede, hospitaal administrasie en die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap as 'n geheel in die uitslag van geregsprosedures wees.

Die administrasie is feitlik magteloos om homself of sy werknemer te verdedig teen litigasie indien dokumentêre bewys van die pasiënt se sorg onvolledig is of nie bestaan nie, en vir dié rede, kan die departement geforseer word om eise te delg wat andersins suksesvol verteenwoordig sou gewees het.

(2) Waaruit bestaan pasiënt rekords?

Vir Medies-geregtelike doeleindes wat toeneem en direk van die ondersoek en (Rx) behandeling van die pasiënt beskou word as deel van die kliniese rekords. Dit sluit in:

- Toelatings en opvolgnotas geskryf deur verpleegkundiges, medisie, sowel as verwysingsbriewe en enige ander korrespondensie, byvoorbeeld

Hofverslae, Polisie dokumentasie wat direk verband hou met die versorging van die pasiënt.

- *Pro formas*, verslae en uitslae van alle spesiale ondersoeke, byvoorbeeld bloeduitslae, laboratoriumondersoeke, Elektroënkefalogram, ensovoorts.
- Enige konfidensiële notas óf lêers wat apart geberg word deur psigiaters of sosiale werkers word deur die hof beskou as deel van die medies-geregtelike rekords en mag gedagvaar word gedurende die ondersoek, vir die notas.
- Kliniese fotos, forensiese fotos wat geneem is vir enige doel, wat ookal word gesien as deel van die pasiënt rekords en moet as sulks gedokumenteer word in die pasiënt se lêer.

N.B.: Alle fotos wat geneem is gedurende die hospitalisasie en wat in enige manier die betrokke pasiënt se identiteit sal bekend maak, is 'n onmiskenbare deel van die pasiënt se konfidensiële rekords.

Personeel wie sulke fotos of transkripsies vir enige publieke lesings, publikasies wil gebruik, mag dit slegs gebruik met skriftelike toestemming van die hoof van die instituut, byvoorbeeld die Mediese Superintendent.

Verklarings en ekspert opinies wat voltooi is deur persone vir mediese geregtelike doeleindes word beskou as "Bevoorregte" dokumente en daarom nie deel van die medies-geregtelike rekords nie.

Hierdie dokumente mag nie gefotostateer word op aandrang van 'n prokureur se versoek vir toegang in 'n pasiënt se lêer nie.

Indien die voorsittende beampte van 'n hof enige geskrewe verklaring van 'n staatsamptenaar benodig, (of 'n beëdigde verklaring) of 'n Suid-Afrikaanse Polisie se J.88 *pro formas* (Bylae E22) wat deel vorm van die hof verslae, word dit nie beskou as bevoorregte dokumente nie.

Wie se eiendom is pasiënte se lêers (rekords)?

Pasiënt rekordes (verslae; lêers) in behoud van enige gesondheidsorg fasiliteite word beskou as hulle eiendom en moet deur hulle vir bewaring gehou word.

Terselfdertyd kan die Bestuurder, of personeel ook nie weier om aan regsgeleerdes die lêers te voorsien nie.

Wie het die reg tot die rekords (lêers; verslae)?

In ooreenstemming met die Suid-Afrikaanse Konstitusie en Brittanje, het pasiënte outomaties die reg tot hulle rekords; lêers.

Dieselfde geld ook vir die ouers of voogde van minderjarige kinders – hulle het ook die reg op die lêers.

Die pasiënte het die reg om te weier dat enige afskrifte van hulle lêers gemaak word en aan enige iemand gegee word; as hulle wel toestemming gee daartoe, moet dit in hulle eie handskrif wees en deur pasiënt geteken wees.

'n Pasiënt wat medies onbekwaam (onbevoeg) of gesertifiseerd verklaar is volgens die Geestesgesondheidswet van 1973, het hulle naasbestaandes die reg tot hulle lêers, as hulle deur die hof aangewys is as die kurator van die pasiënt.

'n Prokureur (regsverteenvoorder) wat die pasiënt verteenwoordig, mag aanvra vir afskrifte van hospitaal lêers, maar terselfdertyd moet die pasiënt skriftelike

toestemming gee. In die geval van dood, het die voog die reg tot die pasiënt se boedel.

Neem Kennis:

'n Geskrewe versoek van 'n regsverteenwoordiger vir pasiënt rekords word as 'n voorwoord vir litigasie beskou. Dus is dit noodsaaklik dat 'n 2de stel afskrifte gemaak en aangestuur word na die

- Hoofkantoor Medies-geregtelike afdeling
- Departement van Gesondheid: daar word 'n lêer oopgemaak in vooruitsig van verdere aksie van die pasiënt se regsgeleerde (regsverteenwoordige).

Die oorspronklike rekords moet nooit uitgestuur word nie. 'n Stel afskrifte moet gemaak word en uitgestuur word. Oorspronklikes word gehou vir enige medies-geregtelike verwickelinge.

Indien daar 'n geregtelike ondersoek of kriminele ondersoek gehou word, mag die Polisie 'n hofbevel aanvra om beslag te lê op die lêers. Net in só 'n geval word die oorspronklikes aan die Polisie gegee en die afskrifte bly by die hospitaalbestuurder.

'n Nota van waarskuwing

Omdat pasiënte deesdae meer vrylike toegang het tot hulle (persoonlike) hospitaal lêers as voorheen: moet personeel ("staff") die notas wat ingeskryf word, van die hoogste etiese standaard wees (gedragskode).

Die mediese personeel moet die aantekening van so 'n aard skryf, dat dit nie 'n verleentheid vir hulle professie is nie.

Voorbeelde:

“pasiënte so vet soos ‘n vark – sy/hy moet hulle kake laat vasdraad”

Dit lyk nie goed op ‘n verslag nie en het geen plek in kliniese notas nie. Hierdie woorde kan op ‘n hofsaak uitloop – “*crimen injuria*” (persoonlikheidskending).

□ Waaruit bestaan die pasiënt se dokumente?

- Data-aantekeninge en geskiedenis (medies- en verpleegkundig) wat by toelating verkry is.
- Mediese- en verpleegkundige diagnostiese stellings.
- Die geneesheer se voorskrifblaai.
- Verpleegsorgplanne en -kontrolelyste.
- Verpleegkundiges se aantekeninge oor vordering, gebeurtenisse en reaksies van die pasiënt.
- Die geneesheer se aantekeninge, inskrywings.
- Medikament-verslae.
- Laboratoriumverslae.
- Die samevattingblaai.
- Inskrywings ten opsigte van klere en kosbaarhede.
- Ontslagvorme.
- Verslae oor X-strale, narkose, bestraling, operasies, laboratoriumtoetse, ensovoorts wat deur geneesheer beskikbaar gestel is.
- Operasieblaai.
- Verslae van binne-aarse en ander terapie, en
- Monitor dokumente (of vloeikaarte).
- S.A. Polisie dokumentasie.
- Hofverslae.

(3) Medies Geregtelike Risikos

□ Inleiding

Die publiek raak meer bewus van hul regte en voorregte sover dit mediese dienste aangaan. Daar is 'n toename in sake teen Geneeshere en Verpleegkundiges. Die redes is gewoonlik soos volg:

- Die dokter het nie
- Die Verpleegkundige het nie

Dink daaraan vir watter redes u 'n saak sal maak! U sal gou agterkom waarna om op te let, byvoorbeeld:

- Kyk na die behandeling wat u gee.
- Kyk na hoe u die geval hanteer.
- Kyk na hoe u die naasbestaandes inlig en op hoogte hou.
- Kyk na die MENS!

Waarna soek iemand wat siek is?

- Simpatie.
- Empatie.
- Belangstelling.
- Menslikheid.

Onthou: "As jy iemand soos 'n hond behandel kan jy gebyt word".

Jou handeling en gesindheid gaan bepaal hoe gelukkig die pasiënt is.

□ Rekordhouding

Punte om aandag aan te skenk:

- Dit moet volledig wees (klein punte wat weggelaat word kan 'n verskil maak).
- Dit moet omvattend genoeg wees om te volg.

- LEESBAAR!
- Betyds – skryf slegs neer as iets gebeur het of as u iets geobserveer het.
 - Moenie lank voor/na die tyd skryf nie – dinge verander.
 - Slegs die waarheid. Nie wat u dink nie.
 - Aanvaar u foute en erken dit.
 - Voer instruksies stiptelik uit. Moet egter nie blindelings gevolg word nie. Gebruik u diskresie en kennis! Die verantwoordelikheid bly by die persoon wat die behandeling toepas.
 - Kontroleer altyd ampules en houers voor die medikasie uitgegee word.
- U moet die basiese gevare en newe-effekte van middels wat u uitgee, beseef.

(4) Skryf van Verklarings

- Daaglikse verklarings byvoorbeeld alledaagse dinge wat met die pasiënt gebeur het of wat hy gedoen het.

U kan net skryf wat u gesien het (nie gehoor). (Bylae E.1)

As daar 'n geregtelike ondersoek betrekking het op die pasiënt byvoorbeeld 'n ongeluk, selfmoord, moord, ensovoorts:

- Ketting - Die persoon het verskuif van plek byvoorbeeld van ongeluk na ongevallen na die Intensiewe Sorg Eenheid van die saal.
 - Elke persoon wat die pasiënt oorhandig moet 'n verslag skryf.
 - Enige verdere "beserings" wat gebeur het byvoorbeeld operasies, prosedures, ongelukke, moet skriftelik weergegee word.
 - 'n Enkele besering in u afdeling gaan nie u inkrimineer nie, maar kan 'n groot verskil maak in die uitkoms van die saak. Byvoorbeeld moord - 'n persoon kan skuldig bevind word aan moord waar dit andersins 'n ongeluk kon wees.

- Getuieverklaring – 'n Gebeurtenis wat kan uitloop op 'n hofsak byvoorbeeld 'n pasiënt brand in die bad.
 - U kan van die hospitaal en die S.A.V.V. verwag om vir u 'n advokaat te voorsien om te help om die verklaring te skryf.
 - Al die betrokke partye (wat dit gesien het) moet 'n verklaring skryf. (Getuies)
 - Moenie verklarings maak wat u uself kan inkrimineer nie.
 - Niemand kan u forseer om 'n verklaring te maak alvorens u nie geregtelike hulp gekry het nie.

- Die S.A. Regstelsel

Kriminele Howe:

- Geregtelike Doodsondersoek Hof
- Landdroshof
- Streekshof
- Hoërhof

Siviele Howe:

- Landdroshof
- Streekshof
- Hoërhof

Appelhof:

Ondersoek Howe (Spesialiste)

- Gevangenishof
- Industriële Hof
- Ongevalle Kommissaris (Workman's Compensation)

Al die bogenoemde Howe kan u dagvaar om te getuig of om verhoor te word.

Wet op status van kinders: Wet Nr 92 van 1987 se hoofpunte.

- As 'n minderjarige (onder 21) ongetroude vrou 'n kind het is haar voog ook die kind se voog.
- Die moeder is egter self verantwoordelik om na die kind te kyk.
- Sy kan by die Hooggeregshof aansoek doen om as 'n volwassene gekwalifiseer te word.
- Toestemming: 18 jaar+ vir chirurgie
14 jaar+ vir medies
- Sodra 'n persoon trou word hy/sy as 'n volwassene gesien.
- Persone met 'n geestelike siekte mag nie toestemming gee nie.

Algemeen (Vrae)

- Vaderskap: As bewys kan word dat gemeenskap met die man plaasgevind het op die tyd toe die swangerskap verwek is, word die betrokke man as vader van die kind beskou.
- As hy dit nie aanvaar nie, is hy verplig oom 'n bloedtoets te laat doen om te bepaal. Daar kan 'n dagvaardiging deur 'n Kriminele Hof teen hom uitgereik word.
- As iemand iets in skok sê - mag u dit nie gebruik in 'n verklaring nie.
- 'n Ingeligte toestemming moet verkry word voor 'n Vigs-toets gedoen mag word, behalwe as die persoon bewusteloos is en dit as 'n diagnostiese hulpmiddel nodig is. (Bylae E.9)
- As 'n persoon HIV positief is, moet u as professionele persoon sy metgesel inlig sowel as al die mense wat betrokke is by sy behandeling.
- Persone in diens van die openbare sektor mag nie weier om behandeling te gee nie, maar privaat praktisyns mag selekteer.

- Indien u as professionele persoon HIV positief is, mag u slegs onder die toesig van 'n geneesheer voortgaan om te praktiseer. U moet ophou as hy voel dit is nodig.
- voel dit is nodig.

Toestemming van volwassene.

Normaalweg is 'n meerderjarige volwasse persoon bevoeg om toe te stem. Die toets is egter nie soseer ouderdom of die vermoë om 'n kontrak te kan sluit nie, maar die vermoë van 'n persoon om die aard gevolge van sy handeling te begryp en sy handeling dienooreenkomstig te kan inklee.

So kan 'n geestesiekte 'n belemmerende uitwerking op 'n "toestemmende" persoon se geestesvermoë hê.

(Verschoor, 1996.)

VERTROULIK:

TOESTEMMING VIR BLOED TOETS:

Ek, die ongetekende (name in drukskrif): _____

Lêernommer: _____

verleen hiermee toestemming aan die Dept. Gesondheid en Maatskaplike Dienste om 'n bloedmonster van my te neem om my bloed te toets vir M.I.V. en/of Hepatitis B.

Hiermee verleen ek toestemming dat die resultate van die toets aan die mediese personeel wat met my behandeling betrokke is, bekend gemaak mag word.

Ek bevestig dat ek ten volle ingelig is aangaande die toets wat ek moet ondergaan, die rede vir die toets, sowel as die omvang van die verwante siektes waarvoor die bloedtoets uitgevoer word en dit verstaan.

Plek: _____

Datum: _____

Getuie: _____

Handtekening: _____

Posadres: _____

Telefoon: _____

Datum - vooraf toets berading: _____

Datum van bloedmonster: _____

Datum - opvolgtoets berading: _____

VERSLAGSTELSEL

(1) Geregtelike implikasies

- Die pasiënt/kliënt het 'n reg op 'n volledige verslag van sy verblyf in die gesondheidsorgstelsel, óf vir retrospektiewe verwysing in gevalle waar latere behandeling vereis word, óf in sommige gevalle vir geregtelike bewys.
- Die werkgewende owerheid wat die gesondheidsdiens lewer, sal skadevergoeding moet betaal indien eise van nalatigheid of wanpraktyk teen hom slaag.
- Die beroepslui wat sorg lewer het 'n verslag nodig wat hulle sal beskerm teen ongegronde aantygings van wanpraktyk of nalatigheid wat moontlik deur die pasiënt, sy gesin of selfs deur mede-beroepslui gemaak kan word.

Die meeste denkende, professionele praktisyne aanvaar die noodsaaklikheid van voldoende dokumentasie. Slegs die praktisyne wat onseker van homelf/haarself is, of wat bewus is van die een of ander tekortkoming in die diens wat hy/sy lewer, sal deur hierdie soort dokumentasie bedreig voel.

Daar kan nie genoeg klem gelê word op die noodsaaklikheid van die instandhouding van 'n geregtelike verslag nie.

'n Dokument is slegs regsgeldig indien dit aan die volgende vereistes voldoen:

Dit moet LEESBAAR wees, dit wil sê enigeen moet duidelik kan lees wat daar staan.

Afkortings dra net soveel by tot onduidelikheid as lelike skrif.

Dit moet AKKURAAT wees, dit wil sê die feite moet sonder foute opgeteken word.

Dit moet SAAKLIK wees, dit wil sê stellings moet kort en duidelik, maar tog in volsinne wees. Dit moet samehangend wees.

Dit moet EG wees, dit wil sê dit moet geen vermoede van versinsel skep by andere wat dit lees nie. Dit moet konsekwent in karakter wees.

Dit moet CHRONOLOGIES wees, dit wil sê dit moet 'n opeenvolging in tyd weerspieël. Daar moet geen gapings wees nie.

Dit moet PERMANENT wees, dit wil sê dit moet geskryf word met ink wat nie gaan bleik nie.

Dit moet geen UITVEGING bevat nie, dit wil sê daar moet geen blyke wees van pogings om dit wat daar geskryf is, te verwyder nie. Foute en kansellasies moet deurgehaal word sonder om die oorspronklike onleesbaar te maak, en alle sodanige deurhalings moet onderteken word.

Dit moet GEDIFFERENSIEER wees, dit wil sê verskille ten opsigte van tipes en tye van inskrywings moet duidelik blyk.

Dit moet IDENTIFISEERBAAR wees, dit wil sê elke dokument moet die identiteit van die pasiënt en dié van die werkgewende owerheid aangee.

Dit moet VERTROULIK WEES VIR DIE MULTIDISSIPLINêRE GESONDHEIDSPAN, dit wil sê alle inligting moet aan lede van die span beskikbaar wees, maar dit moet nie vir ander partye vrylik beskikbaar wees nie.

Dit moet deur die skrywer onderteken wees met rang en datum.

2. PROSEDURE WAT GEVOLG MOET WORD OOR RAPPORTERING VAN GEREGETELIKE INSIDENTE

- Omskrywing

Geregetelike en medies-geregetelike insidente is sake wat tot hofgedinge, statutêre dissiplinêre maatreëls en departementele tugmaatreëls lei, weens nalatige- of onverantwoordelike optrede teenoor die pasiënte/kliënte in al sy fasette, sy privaat eiendom en teenoor die werkgewer weens kwaadwillige saakbeskadiging.

- Geregetelike Optredes

Geregetelike stappe word, afhange van die ernstigheid van die saak, in 'n kriminele hof (dood van 'n pasiënt) of in 'n siviele hof (diefstal) verhoor. Bykomende Departementele Strafmaatreëls ingevolge die Staatsdiensregulasies 1999 soos gewysig, en professionele tugmaatreëls ingevolge die Wet op Verpleging (Wet 50 van 1978) word afhange van die ernstigheidsgraad (waarskuwing) of (afdanking en skrap van die naam van register) van die klag, toegepas.

Statutêre- en departementele tugmaatreëls kan nogtans toegepas word al word die aangeklaagde deur 'n hof vrygespreek. Tugmaatreëls word ook vir onverantwoordelike gedrag/optrede toegepas in die afwesigheid van 'n hofsaak.

- Prosedue wat gevolg moet word.

Die samestelling van 'n professionele hospitaal/sentrum dissiplinêre komitee om beheer uit te oefen en om die gebeure deeglik te ondersoek is 'n voorvereiste en van die uiterste belang aangesien 'n beampte/werknemer of die werkgewer benadeel kan word. Slegs genees- en verpleegkundiges en die Sekretaris mag op hierdie komitee dien.

N.B.: Die Mediese Superintendent van die betrokke hospitaal/sentrum mag na sy oordeel die saak aan die S.A. Polisie rapporteer.

Die dissiplinêre komitee moet 'n in diepte ondersoek instel na die omstandighede van 'n geregtelike insident, die gegewens objektief evalueer en die nodige verklarings skriftelik van die betrokkenes en ooggetuies bekom.

Die dissiplinêre komitee moet noukeurig vir volledigheid en voorkoming van weersprekings waak in die teenwoordigheid van die betrokkenes en ooggetuies te bespreek en gekontroleer word.

Behou en verseker te alle tye sover moontlik konfidensialiteit. Kontroleer die verklarings en verseker dat die datum en tyd in die verklarings met mekaar ooreenstem en dat die van, voorletters en rangbenaming van die betrokkenes en ooggetuies op die verklarings verskyn. Laat in drievoud tik en verseker dat die betrokkenes/ooggetuies die verklarings onderteken. 'n Stempel wat verklaar dat die afskrifte gewaarmerkte afskrifte is en onderteken is deur 'n Kommissaris van Ede moet op die afskrifte van die verklarings aangebring word.

Maak u eie skriftelike gevolgtrekkings en aanbevelings en lê dit tesame met die verklarings aan die Mediese Superintendent voor vir sy kommentaar/aanbevelings en afsending as "Personeel Vertroulik" na Tak Personeeladministrasie van Hoofkantoor.

Plaas gewaarmerkte afskrifte van die verklarings en korrespondensie op elke betrokke en ooggetuie se persoonlike lêer vir verwysingsdoeleindes.

N.B.: 'n Beampte/werknemer wat verkies om regsadvies in te win alvorens hy/sy 'n verklaring maak, is daartoe geregtig met dien verstande dat sou 'n beampte/werknemer weier om 'n verklaring te maak hy/sy ingevolge die Staatsdiens

Regulasies 1999 soos gewysig, aan wangedrag skuldig en strafbaar is en die gevolge daarvan sal moet dra.

(i) VORDERINGSVERSLAG: VERDUIDELIKENDE AANTEKENINGE Wat moet by elke inskrywing verskyn?

- Datum, tyd (wanneer die inskrywing gemaak word)
- Tipe inskrywing (sien opskrifte)
- Probleemstelling (waaroor word verslag gedoen, byvoorbeeld gewigsverlies) of gedragsprobleme?
- Vorderingsverslag (hou riglyne van verslagskrywing in gedagte. Gebruik die DIA-formule om probleme te beskryf.
- Handtekening en titel (moet leesbaar wees).
- Sorg dat die bladsy genommer is en die pasiënt se besonderhede (naam, nommer, saal, hospitaal) daarop verskyn.
- Moenie lyne of spasies ooplaat nie.

 Wanneer word inskrywing gemaak?

So gou as moontlik na die taak voltooi is of observasie gemaak is en op ramings of evalueringstye.

 Watter tipe inskrywings is daar?

- Aanvanklike inskrywing - by toelating of ontvangs in afdeling. Skryf observasies volledig neer om as basis te dien.
- Tussentydse inskrywing - ondersoek uitgevoer, behandeling, operasies, tussentydse opdragte uitgevoer, bykomende opmerkings, besoeke van geneeshere, ander lede van die span, familie en enige beweging van pasiënte.
- Ramingsinskrywing - inskrywing van 'n spesifieke probleem soos deur verpleegsorgplan aangewys. Gebruik DIA-formule.
- Evalueringsinskrywing - Evaluering van 'n probleem op die verwagte oplossingsdatum.

- Nuwe probleem inskrywing - iets wat opgekom het na toelating indien tydelik van aard (met ander woorde 2 - 3 keer), hoef daar nie 'n verpleegsorgplan oopgemaak te word nie, byvoorbeeld hoofpyn. Maak dan slegs 'n tussentydse inskrywing. As dit egter meer as 2 - 3 keer voorkom, word 'n sorgplan oopgemaak.
- Noodinskrywing - As 'n ernstige onverwagte voorval voorkom. Kan onder probleme ingesluit word, indien moontlik.
- Ontslaginskrywing - Deur wie ontslaan en deur wie is pasiënt huis toe geneem. Verwys ook na nasorgbehandeling, voorligting gegee en hoe die pasiënt se toestand is by ontslag.
- Oorplasinginskrywing - waarheen?, deur wie begelei? Wie is in kennis gestel?
- Sterfte inskrywing - omstandighede van dood. Laaste gegewens van probleme ten tye van dood.

□ Wat is die DIA-formule?

D-Data: Alle observasies, bevindings, wat die pasiënt/gesin/versorgers sê wat op die probleem betrekking het.

I - (Interpretasie): Watter gevolgtrekkings kan uit bogenoemde gemaak word, byvoorbeeld dit kom voor of wond geïnfekteerd is.

A - (Aksies): Wat is alles gedoen en verwys ook na verpleegsorgplan.

□ Wie skryf die vorderingsverslag?

Elke persoon wat sorg verleen, is self verantwoordelik om aantekeninge in die verslagkaart te maak. Dit is gevaarlik om vir ander persone te skryf aangesien u dan mede-aanspreeklikheid vir die aksies aanvaar.

(ii) **Weeklikse Verslag op Observasie Pasiënte/Kliënte**

Die volgende observasie verslagvorm is deur die navorser self ontwerp en by 'n psigiatriese hospitaal in die Wes-Kaap se korttermyn forensiese eenheid op die proef gestel en aanvaar. Bylae E-18.

Siende die feit dat daar weekliks op elke akute forensiese observasie kliënt/pasiënt terugvoer gegee moet word by die eenheid se weeklikse gevalle voordragte.

Die vorm dien slegs as voorbeeld en leiding en elke inrigting kan dit aanpas soos dit die instansie of eenheid pas.

Dit dien as 'n goeie riglyn vir die verpleegpersoneel wie gewoonlik alle terugvoer moet gee insake die kliënt/pasiënt se weeklikse observasies.

iii. Ongelukverklaring (Verduidelikende Notas)

- Voltooi die verslag in duplikaat. Hou 'n kopie op die lêer en stuur die ander na verpleegadministrasie.
- Vul die vorm volledig in. Indien u nodig het om bykomende inligting te verskaf, kan dit aangeheg word.
- Skryf duidelik en leesbaar in 'n swart pen.
- Pasiënt/kliënt identifikasie. Skryf name voluit.
- Beskrywing van die ongeluk: Slegs gebeure wat gesien is kan gebruik word.
- Elke persoon wat waarnemings doen moet teken en indien alles nie op een tyd gedoen is nie, moet die tyd ook aangeteken word. Waar meer as een besering voorkom moet dit genommer word. Bykomende inligting kan aangeheg/bygevoeg word.
- Aksies na die ongeluk: Alle persone betrokke en hul aksies moet neergeskryf word. Skryf alle versoeke of aksies neer of verwys na nodige dokumentasie.
- Ander behandeling toegepas: Skryf neer of verwys na dokumentasie.
- Waar bevind die pasiënt/kliënt hom tydens die skryf van die verslag?
- Maak opsomming van afkortings indien dit nie standaard erkende afkortings is nie.

(3) Verskillende tipe van verslae

VERSLAG	WANNEER GESKRYF?	DEUR WIE?
Vorderingsverslag. E.15; E.16; Bylae E.17 en E.18	Evaluasie/Ramingstye, na behandeling en soos nodig.	Almal betrokke by versorging van die pasiënt.
Ongelukverklaring. (Pasiënte/Personeel/ander personeel bv. familie op perseel). Bylae E.19	Na enige fisiese besering van 'n pasiënt of personeel wat kan lei tot 'n geregtelike- of dissiplinêre ondersoek.	Die persoon(e) wat die ongeluk sien gebeur het of indien geen ooggetuies, die persoon-in-bevel.
Oorplasing na ander dienste. Bylae E.23	Wanneer pasiënte na ander dienste oorgeplaas word of ander dienste met besoek bv. Ginekologie Kliniek.	Die persoon-in-bevel van die saal waar die pasiënt geplaas is.
Dag- en Nagverslag. Bylae E.20	Oggend-, Nag-, Aand- en Dagdiens.	Persoon-in-bevel.
Funksioneringsverslae. Permanente verplegingpersoneel	Aan die einde van hul plasing in eenheid maandeliks. Op aanvraag.	Toesighouers.
Klagtevorm. Bylae E.21.	Verpleegpersoneel wie of wanneer klagtes ont-vang word.	Betrokke verpleegpersoneel.
Insidentverslae. Bylae E.19	Op aanvraag van Eenheidsbestuurders. Na 'n insident wat kan lei tot geregtelike- of dissiplinêre ondersoeke.	Toesighouers of personeel betrokke.
Beskadiging/verlies van staatseiendom.	Op aanvraag of andat insident gebeur het, bv. Flessie Vallium val en breek. Skryf kort verslag en heg aan skedule register.	Persoon-in-beheer van toerusting/afdeling.
Beëdigde Verklarings vir die S.A. Polisie. Bylae E.22	Op aanvraag deur die S.A. Polisie ingeval van ontsnappings, ernstige aanranding en of wanneer 'n klagte by die Polisie aangemeld word.	Betrokke verpleegpersoneel.

BYLAE 6-D**VERWYSINGS EN BEGELEIDING VAN OBSERVASIE GEVALLE NA ALGEMENE HOSPITALE OF ANDER GESONDHEIDSSORG INSTANSIES OF DIENSTE. (Bylae E.23.)**

- Die Geneesheer in beheer sal die aanbeveling doen vir die verwysing.
- Die verwysing word met die res van die kliniese span bespreek op saalronde vlak of dit regverdig.
- Die geneesheer voltooi die verwysingsvorm of skryf 'n verwysingsbrief.
- Die saalklerk kontak die S.A.P. kantoor betrokke. (Dit sal gevind word op die J.15 of J.138.)
- Vra vir die Stasie Bevelvoerder of ondersoekbeampte en stel hom/haar in kennis.
- Gee alle relevante informasie byvoorbeeld waarom die pasiënt verwys is; hospitaal/instansie om te besoek; tyd en datum.
- Neem die persoon by die S.A.P. se naam en van met wie u reëlings tref en rekordeer/teken aan op lêer, datum en tyd oproep gemaak is.
- Indien die S.A.P. nie opdaag nie, rapporteer die saak aan die konsultant en wie alternatiewe reëlings sal tref.
- Indien die pasiënt wel deur die S.A.P. afgehaal word, gee alle relevante vorms aan die begeleier van die S.A.P. – 5/12 A: Verwysingsvorm na Provinsiale Hospitaal; 5/12 B: Buitepasiënt ontslagvorm.
- Die Begeleier van die S.A.P. teken vir ontvangs in die Observasie ontslagboek.
- Die S.A.P. besluit self hoeveel persone nodig is om die pasiënt te begelei.
- Wanneer die pasiënt terugkeer, neem alle terugvoer vanaf die S.A.P. en rekordeer.
- Neem pasiënt waar vir enige beserings of afwykings.
- Rapporteer aan Verpleegkundige in bevel wie op sy beurt aan die geneesheer en kliniese span sal terugvoering gee.
- Indien enige opvolg besoekdatum, teken aan in pasiënt se lêer en saal dagboek.

AFSONDERING

Soos voorgeskryf volgens Regulasie 11(d) van Artikel 69 in die Wet op Geestesgesondheid (Wet Nr. 18 van 1973).

□ Definisie

Die verpligte inperking van 'n pasiënt alleen in 'n kamer met geslote deure, gedurende die tydperk 10:00 tot 17:00.

□ Redes vir Afsondering

Pasiënte mag slegs onder die volgende omstandighede afgesonder word:

- Waar pasiënt se gedrag 'n gevaar vir hulself of vir ander inhou;
- Om te verhoed dat die pasiënt homself, medepasiënte of personeel beseer;
- Waar dit nodig is om die pasiënt van 'n oor-stimulerende omgewing te verwyder;
- In alle gevalle soos bo genoem tot psigo-farmakologiese behandeling 'n uitwerking het.

□ Beleid ten opsigte van afsondering

- Slegs een pasiënt op 'n keer in 'n kamer.
- Afsondering tussen die ure 10:00 tot 17:00 moet aangeteken word in (GW2/6). Sien Bylae E.24.
- Afsondering moet deur 'n geneesheer voorgeskryf word.
- Dringende afsonering; die pasiënt mag dadelik afgesonder word, terwyl gewag word op geneesheer se toestemming maar pasiënt bly onder observasie van die verpleegpersoneel totdat geneesheer toestemming gee.
- Gereelde observasie van 'n persoon in afsondering, met 'n half-uurlikse besoek is 'n vereiste. Sien Bylae E.25.
- Afsondering mag nie as "STRAF" maatreël gebruik word nie, mag wel met gedragsterapie gebruik word in 'n nie-noodsituasie, met toestemming van die kliniese hoof.

- Lig familie in oor die redes van afsondering.
 - Twee personeellede besoek pasiënt op 'n keer in die kamer.
- Fasiliteite
- Veilige kamer, goed geventileerd, vry van mediese geregtelike risikos (bv. gevaarlike voorwerpe).
 - Voldoende toilet geriewe.
 - Verskaf alle etes en genoegsame vloeistowwe.

MEGANIESE LYFSDWANG

Volgens Wet Nr. 18 van 1973, Artikel 69.

□ Definisie:

'n Terapeutiese ingryping waar die pasiënt se vryheid ingeperk word, deur van meganiese hulpmiddels gebruik te maak.

□ Doel:

Om pasiënt te beskerm teen gevare of besering, wat deur homself of andere toegedien mag word.

□ Beleid ten opsigte van Meganiese Lyfswang:

Volledige rekordhouding van tipe dwang, tydperk en redes van bedwanging moet bygehou word. Bylae E.19.

□ Tipe Dwangmiddels

- Handmoffies: Voorkom dat pasiënt homself/ander krap or beseer of buise uittrek.
- Elmboogbedwang (spalke): Voorkom dat pasiënt sy elmboog buig en aan wonde krap of buise uittrek.
- Bedsykante: Voorkom dat bewustelose/gedisoriënteerde pasiënt of kinder suit die bed val.

- Hand- en voetboeie (ook om pasiënt deur middel van treklaken aan stoel vas te maak): Voorkom dat pasiënt buise uittrek, homself of ander beseer.

□ **Beginsels**

- Die tipe bedwangingsapparaat moet ooreenstem met pasiënt se ouderdom, toestand en rede vir bedwang.
- Vaardige personeel is nodig om die prosedure veilig uit te voer.
- Beweging moet so min as moontlik ingeperk word omdat sirkulatoriese afsluiting of senuwee beskadiging kan voorkom. Observeer pasiënt gereeld.
- Maak bedwangingsapparaat 2 – 4 uurliks los en doen passiewe en aktiewe oefeninge.
- Verduidelik rede vir aanwending aan familie.

□ **Rekordhouding ten opsigte van afsondering en meganiese lyfswang:**

- Dag- en nagverslag (Z.646) (Bylae E.20).
 - Verpleegdokumentasie Vorderingsverslag van die pasiënt.
 - Meganiese lyfswang en afsonderingsverslag (Z.663) (Bylae E.24).
 - Half-uurlikse observasieverslag (Bylae E.25).
 - Byhou van Z.663 (Bylae E.24)
- Alle inskrywings moet netjies, leesbaar en in duplikaat uitgemaak word.
- Datum waarop afsondering toegepas is.
 - Naam van die pasiënt.
 - Lêernommer en artikel van aanhouding.
 - Middelgebruik vir meganiese lyfswang of afsondering bv. enkelkamer, handmoffies, vasgemaak aan stoel met treklaken.
 - Hoeveel ure toegepas is.
 - Sertifikaat waarom meganiese lyfswang of afsondering toegepas is (rede), byvoorbeeld aggressiewe gedrag, selfbesering, kop kap, krap, ens.
- huidige psigotropiese behandeling;

watter behandeling is toegepas;

geneesheer moet elke pasiënt se inskrywing afsonderlik teken.

Volgens Artikel 51 van die Wet No. 18 van 1973 moet 'n volledige opgaaf van pasiënt se afsondering vir bestudering aan die Hospitaalraad voorgelê word (tweemaandeliks).

(Aangeheg 'n gedig deur 'n pasiënt self geskryf tydens afsondering)

Punishment in the Seclusion Room

A Psychiatric Patient

The floor was hard and cold, but they did not care.

I prayed and begged for mercy from the Lord who was always there.

They jeered and laughed at me

For the pain that they could see.

We somewhat sorely, hoped that this hatred would soon go past

And cried and wondered how long this persecution would last.

I thanked the dear Lord when the sun did begin to rise.

And began to fight and wrestle with the tears that filled my eyes.

And imagined that the love would now soon come,

But cursed the nurse whom I called "dirty scum".

Only her did they believe.

So I threw my urine at her when myself I did relieve.

***VOORGESTELDE PLIGSTAAT VAN SEKURITEITSBEAMPTES IN 'N FORENSIESE
MAKSIMUM SEKURITEITSEENHEID**

<u>Onderwerp</u>	<u>Bladsy</u>
Forensiese Maksimum Sekuriteit	1
Pasiënte/kliënte gehuisves in 'n Maksimum Sekuri- teitsafdeling	1
Doelstellings	1
Eienskappe van beamptes	2
Standaard Pligstaat van Sekuriteitsbeamptes	2
Prosedures	4
Algemene reëls ten opsigte van Maksimum Sekuriteitsafdeling	4

*Hierdie pligstaat is deur die navorser self ontwerp en by 'n forensiese eenheid
aanvaar en in werking gestel.

VOORGESTELDE PLIGSTAAT VAN SEKURITEITSBEAMPTES*□ FORENSIESE MAKSIMUM SEKURITEITSAAL**

Dit is 'n deel van 'n Psigiatrisiese Hospitaal wat pasiënte/kliënte huisves wat in so 'n mate geestesversteurd is as gevolg van 'n geestessiekte of as gevolg van 'n gedragspatroon, dat hulle 'n gevaar vir die samelewing, ander persone of hulself is.

Definisie: Forensiese Psigiatrie kan gedefinieer word as die interaksie tussen psigiatrie en die Wet.

Forensies kom van die latynse woord "FORUM" wat Hof beteken.

In algemene terme impliseer die woord Forensies basies net Kriminele aspekte.

□ DIE VOLGENDE PASIËNTE/KLIËNTE WORD IN 'N MAKSIMUM SEKURITEITSAAL GEHUISVES

Observasie gevalle (Sect 79²) volgens Artikel 77², 78 en 79 van die Strafproses Wet No 51 van 1977.

Staatspresidentspasiënte (Sect 28)⁷⁶ volgens Strafproseswet 51 van 1977.

Kriminele pasiënte/kliënte (Sect 32) volgens Artikel 30, 32 van Wet No 18 van 1973, Wet op Geestesgesondheid.

Gesertifiseerde pasiënte/kliënte (Sect 9) Wet op Geestesgesondheid.

Pasiënte/kliënte aangehou omdat hulle onbeheerbare gedrag of abnormale aggressiewe gedrag openbaar.

□ DOELSTELLING VAN 'N SEKURITEITSDIENS

Om ten alle tye die personeel, pasiënte/kliënte en eiendom van die hospitaal te beskerm, om pogings aan te wend, om te verhoed dat pasiënte/kliënte die

eenheid sonder die nodige magtiging verlaat.

Die sekuriteitsbeampte staan onder direkte toesig van verpleegkundige in beheer van die eenheid maar sal verpleegassistente bystaan (nie verpleegtake).

□ **EIENSKAPPE WAAROM BEAMPTES MOET BESKIK**

- Verantwoordelikheid
- Waarneming en Observasies
- Geheimhouding van alle informasie ten opsigte van pasiënte/kliënte
- Lojaliteit
- Moontlike probleemareas kan identifiseer
- Die pasiënt/kliënt respekteer
- Geen sosiale verhoudings met pasiënte/kliënte opbou nie.

□ **STANDAARD PLIGSTAAT VAN SEKURITEITSBEAMPTES**

Toegangsbeheer.

- Kontroleer toegang van ongemagtigde persone en voertuie
- Personeel en gemagtigde besoekers word toegang verleen
- Slegs staatsvoertuie toegelaat en gemagtigde afleweringvoertuie
- S.A.P. lede

Behulpzaam met begeleiding van pasiënte/kliënte na ander hospitale of instansies.

- Na ander departemente in die hospitaal bv EEG departement, hospitaalraad, ensovoorts.
- Binne saal agterplaas na "A" blok
- In groepe of individueel, soos versoek
- Oorplasings na ander sale
- Enige vroulike personeel of geneeshere.

Patroleer die oprit, tuin en agterplaas soggens en saans, voor en na die pasiënt in en uitkom vanaf die "D" Blok (slaapkwartiere).

- Patroleer rondom die gebou, buite om waar ongewensde artikels oor die muur gegooi word vir gebruik deur pasiënte/kliënte.

Sekuriteitsbeamptes is gemagtig om saal en personeel te deursoek vir enige wapens of onwettige artikels (byvoorbeeld dagga of tablette).

- Deursoek of visinteer van nuwe toelatings
- Deursoek van alle besoekers
- Deursoek van alle inkomende en uitgaande pakkies van pasiënte/kliënte/kliënte
- Deursoek van slaapkwartiere, bedkassies en beddens.

Bewaking van pasiënte/kliënte in ander hospitale byvoorbeeld "Specials".

- Pasiënte/kliënte in agterplaas, eetsaal en arbeidsterapie
- Optree tydens gevegte tussen pasiënte/kliënte
- Optree as 'n pasiënt aggressief raak.

Toesighouding in arbeidsterapie oor skerp voorwerpe en oor pasiënte/kliënte.

- Etenstye in eetsaal ("Roll-call")
- Help met pasiënte/kliënte in afsondering
- Tydens besoektye oor pasiënte/kliënte
- Staan geneesheer by tydens ondersoek van gevaarlike pasiënte/kliënte.

PROSEDURES

Gebruik maak van prosedure handleidings ten opsigte van die uitvoering van standaard prosedures, byvoorbeeld:

- Begeleiding van pasiënte/kliënte tesame met verpleegpersoneel na algemene hospitale.
- Hantering van die aggressiewe pasiënt.
- Afsondering en meganiese lyfdwang.
- Observasie van pasiënt se gedrag.
- Skryf van verslae, byvoorbeeld beserings aan diens, beserings van pasiënte/kliënte, ontsnappings van pasiënte/kliënte, aanrandings, ensovoorts.
- Ontruimingsprosedures.
- Hanteer van krisis situasies.
- Besoekersreëls.
- Hantering van sleutels.
- Gebruik van Staatseiendom.

ALGEMENE REËLS TEN OPSIGTE VAN MAKSIMUM SEKURITEITSAFDELING

- Daar moet altyd 'n gees van SPANWERK en samewerking tussen personeel bestaan.
- Personeel mag geen informasie aan die familie of die pers aangaande die pasiënt of die eenheid bekend maak nie, verwys na verpleegkundige in beheer of na die geneesheer.
- Personeel mag geen geld of presente van pasiënte/kliënte of familie vir eie gewin ontvang nie.
- Personeel mag geen aankope vir die pasiënt doen, sonder toestemming nie.
- Geen briewe of pos inbring sonder dat dit gesensuur is nie.
- Geen telefoonoproepe maak vir pasiënte/kliënte sonder toestemming nie.
- Mag nie geld of enige ander item leen of saam met hulle eet of rook nie.

- Mag nie geld of enige ander item leen of saam met hulle eet of rook nie.
- Spreek alle pasiënte/kliënte as "Mnr" aan, en vermy gebruik van onweloweglike taal.
- Geen personeel mag sonder toestemming van sy werksarea af wees nie.
- Stiptelik wees in die nakoming van dienstye en nie etenstye oorskry nie.
- Alle personeel help soggens in die "D" blok (slaapkwartiere) met oopsluit.
- Geen pasiënt word alleen in "D" blok toegelaat nie.
- Alle personeel in eetsaal teenwoordig gedurende die bediening van maaltye.
- Almal moet behulpsaam wees met die toesluit van "D" blok.
- Geen sleutels behorende aan die eenheid mag onder enige omstandighede aan pasiënte/kliënte of besoekers oorhandig word of toegelaat word om saal te verlaat nie.
- Pasiënte/kliënte mag nie in besit wees van die volgende artikels nie:
 - Privaat klere
 - Radio's
 - Geld
 - Horlosies (slegs as toestemming spesiaal daartoe verleen is).
- Pasiënte/kliënte mag nie oorkrabbetjies dra nie.
- Persone in afsondering mag nie toegelaat word om in besit van die volgende artikels te wees nie:
 - Tabak
 - Vuurhoutjies
 - Eetgerei
 - Private klere of enige privaat besittings
 - Leesstof
- Pasiënte/kliënte moet egter gereeld van "VARS DRINKWATER" voorsien word om dehidrasie te voorkom.
- Urinaal of potjie moet gereeld leeggemaak word.

- Observasies moet op ongereelde tye uitgevoer word, maar nie met langer tussenposes as 'n halfuur nie. Observasies moet ook skriftelik aangeteken word.
- Moenie beloftes aan pasiënte/kliënte maak wat nie uitgevoer kan word nie. Moet geen private transaksies met pasiënte/kliënte aangaan nie.
- Geen personeel wat nie in saal werksaam is nie, sal toegelaat word om pasiënte/kliënte of personeel te besoek nie.
- Geen pasiënt gevaarlik al dan nie sal in "A" blok toegelaat word sonder die nodige toestemming of begeleiding nie.
- Sou enige ernstige gebeure wat nie deel is van die normale daaglikse gebeure plaasvind, moet die volgende persone onmiddellik in kennis gestel word:
 - Senior verpleegdiensbestuurder of sy deputie
 - Dokter op roep
 - Mediese Superintendent
- Indien dit nodig is om die hulp van S.A. Polisie in te roep, moet die nodige toestemming vanaf Mediese Superintendent verkry word.

ANBEVOLE PROSEDURE : DIE BEHEER EN HANTERING VAN SLEUTELS

□ Definisie

'n Sleutel is 'n instrument waarmee 'n persoon toegang verkry tot 'n spesifieke area.

In psigiatryse hospitale is 'n sleutel 'n baie belangrike werksinstrument.

□ Doel

Sleutels is noodsaaklik vir die beskerming van pasiënte/kliënte:

- Pasiënte/inwoners kan in gevaar gestel word deur weg te dwaal, misbruik of beseer word.
- Pasiënte kan toegang verkry tot gevaarlike areas byvoorbeeld die kombuis, badkamer, dokterskamer, swemband of ander afdelings.
- Soms is dit nodig om aggressiewe pasiënte af te sonder om te verhoed dat hulle hulself of ander beseer, of staatseiendom beskadig.

- Beskerming van toerusting en voorraad

Verlies, misbruik of beskadiging van duur en waardevolle toerusting en voorraad kan plaasvind as dit nie weggesluit is nie en ongemagtigde persone toegang daartoe verkry.

Beskerming van die pasiënte/inwoners se private eiendom en ook hul persoonlike lêers.

□ Groepering van sleutels:

Die groepering van die sleutels op 'n sleutelkassie hou verband met die saaleenheid.

Die groepering kan soos volg wees:

Persoon-in-beheer se sleutels

Die Medisyne sleutels

Dagkammersleutel

Nagsleutel

Huishoudster se sleutel

Skoonmakers se sleutel

Spaarsleutels, ensovoorts.

- Die veilige hantering en bewaring van sleutels:

In elke saal word die sleutels in 'n sleutelkas in die suster se kantoor geberg. Die sleutelkas moet ten alle tye gesluit wees. Die persoon-in-beheer van die saal moet in besit wees van sleutelkas se sleutel.

Die sleutelkas se sleutel word by Verpleegadministrasie geberg. (Sien Prosedure.)

Elke saal beskik oor 'n sleutelboek wat daaglik gekontroleer moet word.

Soggens teken elke personeellid vir die sleutelbos wat hy of sy vir die dag gaan gebruik en aanvaar dus verantwoordelikheid vir die sleutels vir die betrokke dag.

Sleutels moet met groot sorg hanteer word. Geen sleutels mag rondlê, in slotte gelaat word of aan personeel se vingers, uniform of lyfband hang nie.

Sleutels mag nooit aan pasiënte/inwoners oorhandig word nie en ook nie deur pasiënte/inwoners hanteer word nie.

In geslote afdelings is areas van hoë risiko, wat dan ten alle tye gesluit moet wees, byvoorbeeld badkamers, kombuis, behandelingskamer, stoorkamers en alle buitedeure.

Nuwe personeel en leerlingverpleeghulpe word nooit die eerste dag alleen gelaat met 'n sleutel in die hand nie. Beklemtoon die belangrikheid van die hantering van sleutels.

Geen personeel word toegelaat om die saal te verlaat/van diens afgaan voordat alle sleutels korrek is nie.

Geen persoon sal toegelaat word om enige saalsleutels by die huis te hou nie.

Foutiewe/stram sleutels en slotte moet dadelik rapporteer word voordat die sleutels breek.

'n Duplikaat bos van die saal se belangrike sleutels moet by Verpleegadministrasie geberg word vir noodtoestande.

Geen sleutels word aan besoekers oorhandig nie.

Slegs bevoorregte pasiënte wie hul eie enkelkamer het, word toegelaat om 'n sleutel van hulle private bedkassie of klerekas te dra. Die saalsuster moet 'n duplikaat sleutel van elke pasiënt se sleutel in haar kantoor hê.

Personeel moet hul sakke deursoek voordat hulle afdiens gaan om te verhoed dat sleutels nie per ongeluk huistoe geneem word of in hul oorjas se sakke gelaat word nie.

Wanneer personeel van diens af gaan, moet alle sleutels op hul korrekte plek in die sleutelkas opgehang word en afgeteken word in die sleutelboek.

Die persoon-in-bevel moet die sleutels kontroleer en die kas veilig toesluit. Sy moet ook toesien dat die sleutelkassie se sleutel na verpleegadministrasie teruggeneem word saans.

□ Verlore sleutels:

Indien 'n sleutel verlore raak, moet dit dadelik rapporteer word aan persoon in beheer en alle personeel help soek vir die sleutel in die saal.

Indien die sleutel nie gevind kan word nie, moet die toesighouer in kennis gestel word by Verpleegadministrasie.

Die persoon wie verantwoordelik was vir die verlore sleutel, met ander woorde wie daarvoor uitgeteken het, sal 'n verslag moet skryf hoe die sleutel verlore geraak het.

Indien niemand vir die verlore sleutel geteken het nie, sal die persoon-in-beheer verantwoordelikheid moet aanvaar vir die verlore sleutel.

Die verlore sleutel word ook op die dag en nagverslag aangemeld, sodat al die personeel van die afdeling van die verlore sleutel kan kennis dra.

Dissiplinêre stappe sal dan teen die betrokke personeel geneem word, wie verantwoordelik was vir die verlore sleutel. Daar sal van die persoon verwag word om te betaal vir die verlore sleutel.

Die S.A.P. word ook in kennis gestel van die verlore sleutel.

Verantwoordelikheid:

Die persoon-in-bevel moet sorg dat die sleutelboek korrek en op datum is. Dit is die verantwoordelikheid van elke personeellid om pasiënte/inwoners te versorg en beskerm sowel as hul veilige terapeutiese omgewing en die bewaring van staatseiendom.

AANBEVOLE STANDAARD PROTOKOL VIR BESOEKERSREËLS

Besoekers aan 'n Maksimum Sekuriteitsafdeling is welkom, maar sal gevra word om die reëls te volg soos hier uiteengesit: (Reëls mag verander van eenheid tot eenheid, of soos dit deur die instansies opgestel word.)

Hierdie is 'n topveiligheidsaal en besoek is 'n vergunning en 'n voorreg. Geen besoeker het die reg om toegang tot die eenheid te eis nie.

Pasiënte/Kliënte mag slegs besoek word indien dit gemagtig is deur multidissiplinêre span.

- Besoekure, byvoorbeeld Woensdae]
 Saterdag] 14h00 – 16h00
 Sondag]
 Publieke Vakansiedae]
- Geen besoek sal saans toegelaat word nie as gevolg van sekuriteitsredes en personeeltekort saans.
- Wanneer pasiënt toegelaat word, sal daar 'n lys van name en adresse opgeneem word van familie en vriende wie moontlik sal kom besoek.
- Die Multidissiplinêre span sal die lys nagaan en goedkeuring verleen.
- Besoekers sal indien moontlik, vooraf 'n telefoniese afspraak reël om te kom besoek en hul name en adres verskaf. Slegs eie kinders sal toegelaat word (Beperk).
- Slegs twee besoekers sal op enige tydperk per pasiënt toegelaat word.
- Die Eenheidsbestuurder saam met sekuriteit het die reg om besoekers toegang tot die eenheid te weier.
- Alle besoekers sal deur sekuriteit deursoek word, voordat hulle die eenheid kan ingaan.
- Alle handsakke sal by sekuriteitsarea in 'n sluit "locker" geberg word.

- Pakkies vir die pasiënt moet duidelik gemerk wees. Hierdie pakkies sal deur die sekuriteitspersoneel deursoek word.
- Alle eetgoed moet verkieslik in plastiek houers geberg word.
- Alle besoeke sal onder streng toesig gedoen word. Op diskresie van die verpleegkundige-in-bevel kan 'n besoek gestop of kortgeknip word vir doeleindes van pasiënt se veiligheid en welstand.
- 'n Besoekersboek sal bygehou word met pasiënt se naam, besoekers, adres en datum.
- Geen besoek sal in pasiënt se slaapkamers toegelaat word nie.
- Geen glasvoorwerpe, bottels, messe, vurke, metaalvoorwerpe of enige skerp artikels mag in eenheid toegelaat word nie.
- Geld mag onder geen omstandighede direk aan pasiënte oorhandig word nie, maar aan saalklerk wie 'n kwitansie aan besoeker sal gee.
- Geen medisyne of tablette mag aan pasiënte gegee word tydens besoektye nie.
- Rook in besoekersarea is streng verbode.
- Geen besoeker mag saam met pasiënt in toilet area toegelaat word nie.
- Geen hospitaaleiendom wat deur die pasiënt aan besoeker oorhandig word, mag van die terrein verwyder word nie.
- Geen briewe of enige dokumentasie mag deur besoekers uit die eenheid geneem word nie.
- Geen fotos mag van die pasiënt of eenheid geneem word sonder die goedkeuring van die persoon-in-bevel nie.
- Geen troeteldiere sal toegelaat word nie.
- Afsprake met lede van die multi-dissiplinêre span moet deur die besoeker deur persoon-in-bevel gereël word.
- Besoekers wie enige probleme met hul besoek ondervind, mag hul klagtes skriftelik aan die Eenheidsbestuurder of Mediese Superintendent voorlê en moet terugvoer kry.

- Groep besoeke soos byvoorbeeld studente, kerkgroepe moet lank voor die tyd gereël word en liefers nie op besoekdae geskied nie. Hierdie is vir sekuriteitskontrole doeleindes.

VIENTERINGSPROSEDURE

INLEIDING

Visentering:

Dit is soms noodsaaklik om 'n kliënt/pasiënt te visenteer of deursoek in die belang van sy/haar gesondheid of veiligheid of dié van ander.

Enige visentering moet in 'n manier wat die maksimum privaatheid en waardigheid verseker, geskied.

Toestemming moet ten alle tye, indien montlik, eers van die kliënte/pasiënte verkry word, indien die prosedure uitgevoer gaan word.

Visentering van die kliënte/pasiënte in 'n maksimum sekuriteitseenheid:

Kliënte/pasiënte in 'n maksimum sekuriteitseenheid moet gevisenteer word omdat kliënte/pasiënte as gevolg van die ontneming van hul fisieke vryheid maar altyd poog om ongeoorloofde artikels die eenheid binne te bring.

Die doel van visentering:

Die doel van visentering is om alle ongeoorloofde artikels waarmee ontvlugtings, beserings of ongesonde bedrywighede bewerkstellig kan word, te vind en onmiddellik uit die eenheid te verwyder.

Wyses van visentering of deursoeking:

Visentering moet in alle opsigte op 'n betaamlike wyse en sonder om die selfrespek van die kliënt/pasiënt aan te tas, ooreenkomstig een van die volgende metodes geskied:

- Oppervlakkige deursoeking
- Metaalverklikker

- Ontkleding en deursoeking
- Persoonlike visentering
- Omgewingsvisentering

Persoonlike visentering/deursoeking:

Die term "persoonlike visentering" verwys na enige liggaamlike ondersoek, insluitende enige "opening". Hierdie ondersoek kan slegs uitgevoer word met die toestemming van die kliënt/pasiënt. Enige ondersoek sonder toestemming kan slegs in uitsonderlike omstandighede uitgevoer word, waar daar 'n dringende noodsaaklikheid is, in die belang van die kliënt/pasiënt se gesondheid en veiligheid. Groot sorg moet geneem word in belang van die kliënt/pasiënt se welsyn en waardigheid.

Riglyne vir Persoonlike visentering of deursoeking:

- Persoonlike deursoeking sal deur die verpleegpersoneel van dieselfde geslag uitgevoer word.
- Persoonlike deursoeking sal slegs uitgevoer word onder die onmiddellike, direkte toesig van die verpleegkundige in beheer van die eenheid.
- Ten minste twee (2) verpleegkundiges sal die deursoeking beheer, uitvoer, met die kliënt/pasiënt se samewerking en toestemming.
- Die rede vir deursoeking moet ten alle tye duidelik aan die kliënt/pasiënt verduidelik word.
- Die deursoeking moet in volle privaatheid geskied en konfidensialiteit moet ten alle tye gehandhaaf word.
- Indien die deursoeking 'n liggaamlike ondersoek van die kliënt/pasiënt vereis, moet dit onder streng mediese toesig geskied.
- Die rede van die deursoeking en die uitkoms, moet in die kliënt/pasiënt se kliniese lêer gedokumenteer word.
- Die verantwoordelike mediese beampte moet van die deursoeking in kennis gestel word.

- Indien die deursoeking is as gevolg van 'n verbreking van die saalreëls of veiligheid van die eenheid, moet 'n skriftelike verslag ingedien word na die hoof van verpleging en Mediese Superintendent.
- Die redes en uitkoms van 'n persoonlike visentering moet bespreek word by die multidissiplinêre, kliniese saalvergadering.
- Indien die visentering deel sal uitmaak van die kliënt/pasiënt se behandelingsprogram, moet dit weekliks by die kliniese saalvergadering bespreek en geëvalueer word.

Visentering van slaapkwartiere, enkelkamers, binneplase en werksareas:

- Slaapkwartiere en enkelkamers moet deeglik en met spesifieke aandag aan die struktuur soos byvoorbeeld vensters, tralies, toilette, mure, plafonne, ligte, deure en deurslotte, bedkassies, klere, beddens en beddegoed, gevisenteer word.
- Binneplase moet daagliks deeglik gevisenteer en ook nagegaan word vir veiligheidsleemtes, met spesifieke aandag aan die mure, veiligheidsomheining, veiligheidsbeligting asook mangate en rioolskagte.
- Werksareas moet daagliks gevisenteer word met die oog op ongeoorloofde artikels of smokkelware. Alle gereedskap word ook daagliks gekontroleer voordat die kliënte/pasiënte die werksareas verlaat.

Verrassingsvisentering:

Verrassingsvisentering is 'n belangrike veiligheidsmaatreël. Die waarde daarvan is egter afhanklik van die verrassingselement. Die besluit om 'n verrassingsvisentering te hou, word aan die diskresie van die hoof van die eenheid oorgelaat.

Riglyne vir Eenheids/omgewingsvisentering:

- Indien 'n visentering nodig is vir 'n verlore artikel, is dit die verantwoordelikheid van die persoon in beheer om die visentering te begelei.
- Kliënt/Pasiënt bewegings moet beperk wees, terwyl visentering in proses is.

- Alle vertrekke in die eenheid word gesluit om te verhoed dat die verlore artikel rondbeweeg en 'n sistematiese visentering te verseker.
- Slaapkwartiere word laaste deursoek.
- Indien die kliënt/pasiënt se slaapkamer deursoek word, moet daar twee verpleegkundiges teenwoordig wees. Die kliënt/pasiënt moet teenwoordig wees, ingelig wees van die visentering en sy/haar toestemming gee vir die visentering.
- Elke visentering word gerekkordeer en ook op die dag- en nagverslag gemeld van die insident met die uitkoms.
- Kliënte/pasiënte moet ook by hul klimaatvergaderings ingelig word insake visentering, die redes, tyd gegee word vir vrae vanaf die kliënte/pasiënte sodat onnodige angs en frustrasies voorkom kan word met die uitvoering van die visenteringsprosedures.

Kriminele Satistiek vir die Wes -Kaap

Bylae:A.1.

Ratio per 100.000 van die populasie

<u>Misdaad:</u>	<u>Nasionaal:</u>	<u>Wes-Kaap:</u>
	1997	1997
Moord	56.9	80.2
Poging tot moord	65.1	93.2
Roof (verswarend)	161.2	136.3
Verkragting	120.6	170.5
Aanranding met die opset om te beseer	542.4	817.8
Aanranding	466.8	965
Huisinbraak	576.7	1013.3
Inbraak op besighede	204.9	190.1
Motordiefstal	407.6	240.4
Ander Rowery	121.8	190.1

Werkverband, as volg:

Voltydse werk	70.10%
Deeltydse werk	9.40%
Onvermeld	<u>2.60%</u>
Totale werkskorps	82.10%
Werkloos	17.90%

Cape Argus.1998-04-02.

Kriminele Oortedings:
Sake aangemeld by S.A.P.

	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>
Moord	26,637	25,782	24,588	24,875	23,823	21,683
Poging tot moord	26,512	28,516	28,148	29,418	28,662	28,023
Roof met verswaarde omstandighede	80,071	67,249	69,691	88,319	97,173	110,590
Ander roof	40,881	51,506	52,678	62,111	71,803	87,247
Publieke geweld	992	907	1,043	1,093	1,226	1,101
Onwettige stakings	394	113	51	64	22	38
Verkragting en pogings tot verkragtings	47,506	50,481	52,159	49,280	51,249	52,860
Omgang met 'n dogter onder die ouderdom	666	580	537	474	489	523
Onsedelike aanranding	4,873	5,220	5,053	4,851	5,762	6,602
Wreedheid teenoor kinders	2,905	2,315	2,368	2,083	2,407	2,483
Ontvoering	4,167	4,156	4,035	4,198	4,663	5,014
Kaping	2,299	2,019	2,705	3,090	3,314	3,454
Aanranding met die opset om te beseer	220,990	230,425	234,554	234,056	256,434	274,622
Openbare aanranding (gewone)	205,101	205,333	201,863	199,313	221,927	250,476
Inbrake by besigheids persele	86,379	87,863	88,610	94,102	92,789	92,078
Inbrake by residentiele persele	244,083	246,438	249,375	286,817	285,515	302,826
Vee-diefstal	44,629	41,818	42,908	40,490	41,781	41,407
Winkeldiefstal	63,037	62,198	63,795	63,001	65,937	67,590
Diefstal van motor voertuie	101,056	96,715	100,637	107,513	103,502	100,647
Diefstal uit of vanuit motor	189,811	180,229	176,254	188,438	192,747	199,274
Diefstal nie elders gemeld	388,252	380,197	387,836	427,132	479,637	546,722
Brandstigting	9,761	10,064	9,830	10,130	9,900	8,773
Kwaadwillige beskadiging van eiendom	128,393	130,313	127,004	127,590	132,863	139,082
Bedrog ;vervalsing en geld verduistering	61,016	62,186	63,632	62,086	66,773	67,931
Dwelm verwante misdade	40,782	39,241	42,805	39,830	41,461	45,572
Bestuur onder die invloed(alkohol+dwelms)	23,174	23,979	27,808	25,606	28,001	25,308
Onwettige besit van 'n vuurwapen +ammuni	11,886	12,886	12,887	14,463	15,372	14,989
Oortreding van die Plofstof Wet.	336	371	204	132	144	114
Motorkaaping		12,860	13,011	15,111	15,447	14,999
Kaping van trokke		3,694	4,296	5,773	5,506	4,769
Roof van kontant in transito		410	230	214	224	234
Bank roof		642	497	476	458	447

KRIMINELE OORTREDINGS
SAKE AANGEMELD BY S.A.P.
Ratio @ 100,000 van die populasie

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moord	67,5	63,9	59,6	59,0	55,4	49,3
Poging tot moord	67,2	63,9	59,6	59,0	55,4	49,3
Roof met verswarende omstandighede	202,8	70,7	68,3	69,8	66,8	63,7
Ander roof	103,6	166,7	169,0	209,6	226,4	251,3
Publieke geweld	2,5	127,7	127,8	147,4	167,4	198,3
Onwettige stakings	1,0	2,2	2,5	2,6	2,8	2,5
Verkragtings en poging	120,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1
Omgang met 'n dogter	1,7	125,1	126,5	117,0	119,3	120,1
Onsedelike aanranding	12,3	1,4	1,3	1,1	1,1	1,2
Wreedheid teenoor kinders	7,4	12,9	12,3	11,5	13,4	15,0
Ontvoering	10,6	5,7	5,7	4,9	5,6	5,6
Kaping	5,8	5,0	6,6	7,3	7,7	7,8
Aanranding met die opset	559,8	571,2	568,9	555,6	596,7	624,0
Openbare aanranding	519,6	509,0	489,6	473,8	517,8	569,2
Inbrake by besigheidspersone	218,8	217,8	214,9	223,4	215,4	209,2
Inbrake by residensiële persone	618,3	610,8	604,9	633,3	665,5	688,1
Veediefstal	113,1	103,7	104,1	96,1	97,0	94,1
Winkeldiefstal	159,7	154,2	154,7	149,5	153,3	153,6
Diefstal van motorvoertuie	256,0	239,7	244,1	255,2	242,1	228,7
Diefstal uit of vanuit motors	480,8	446,7	427,5	447,3	449,4	452,8
Diefstal nie elders gemeld	983,5	942,4	940,7	1013,8	1117,5	1246,9
Brandstigting	24,7	24,9	23,8	24,0	23,0	19,9
Kwaadwillige beskadiging	325,2	323,0	308,1	302,8	309,8	316,0
Bedrog, vervalsing en geld	154,6	154,1	154,3	147,4	155,4	154,4

KRIMINELE OORTREDINGS (vervolg)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dwelmverwante misdade	103,3	97,3	103,8	94,5	96,4	103,6
Bestuur onder die invloed	58,7	59,4	67,4	60,8	60,4	57,5
Onwettige besig van 'n vuurwapen	30,1	31,9	31,2	34,3	35,7	34,1
Oortreding van die Plofstof Wet	0,9	0,9	0,5	0,3	0,3	0,3
Motorkaping		31,9	31,6	35,9	36,0	34,1
Kaping van trokke		9,2	10,4	13,7	12,8	10,8
Roof van kontant in transito		1,0	0,6	0,5	0,5	0,5
Bankroof		1,6	1,2	1,1	1,1	1,0



VERWYSING
REFERENCE
SALATHISO

NAVRAE
ENQUIRIES
IBUZO

Dr J. Van Heerden

TELEFOON
TELEPHONE
IFOWUN

4403160

DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN MAATSKAPLIKE DIENSTE
DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ISEBE IEZEMOILO NEENKONZO ZENTLALO

Mr A.A. Engel
'Enstyn'
5 Eendrag Street
BELLVILLE
7530

Re: PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH AT YOUR HOSPITAL

Your request is approved in principle.

Please provide me with a protocol as well as proof of approval by an ethics committee.

Regards

DR J. VAN HEERDEN
SENIOR MEDICAL SUPERINTENDENT
DATE: 2000-06-28

ENQUIRIES Dr C Nöthling
NAVRAE

REFERENCE
VERWYSING

DATE 15 June 2000
DATUM

PROVINCIAL ADMINISTRATION: WESTERN CAPE
Department of Health and Social Services

PROVINSIALE ADMINISTRASIE : WES-KAAP
**Departement van Gesondheid en Maatskaplike
Dienste**

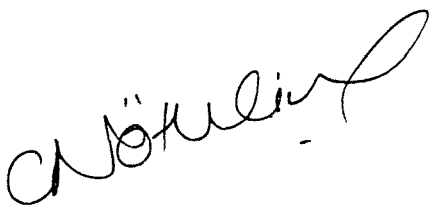
Mr A A Engel
'Enslyn'
5 Eendrag Street
BELLVILLE
7530

Dear Mr Engel

FORENSIC PSYCHIATRY RESEARCH PROJECT

1. Thank you for your letter dated 8 June 2000.
2. Kindly note that Stikland Hospital does not manage forensic psychiatric patients anymore. Forensic Psychiatry in the Western Cape, including observation cases, are handled by Lentegour and Valkenberg Hospitals. Dr Kaliski and the respective Medical Superintendents of Lentegour and Valkenberg Hospitals will be able to assist you with regard to your request.

Kind regards



SENIOR MEDICAL SUPERINTENDENT
research project

STIKLAND HOSPITAAL
PRIVAATSAK X13
BELLVILLE 7535
TELEFOON (021) 9404400
FAKS (021) 9103508

STIKLAND HOSPITAL
PRIVATE BAG X13
BELLVILLE 7535
TELEPHONE (021) 9404400
FAX (021) 9103508

LH16

LENTEGEUR HOSPITAL

DECLARATION AND UNDERTAKING BY RESEARCHER

1. I _____ hereby declare that I understand and agree that contributions to be used exclusively by me, shall only be forwarded on written request; further that contributions shall only be obtained in respect of the research project in question and if at anytime I wish to use such information for the compiling and publication of any work, except the research project in question prior to such publication obtain the written consent of the Head : Health PAWC.
2. I undertake, subject tot he provisions of Section 12 to 19 of the Copyright Act, No. 98 of 1987 as amended, that the making of a copy or the reproduction of the whole or a substantial portion of the information obtained, other than for purposes of the research project mentioned above, will not be permitted to anyone else.
3. I undertake further that should I make any precis of the research project for the purpose of publication, full recognition will be given to the Department of Health: PAWC and any official(s) of that Department who shall have contributed to the compiling of that research material.
4. I understand and accept that the State will have joint copyright on any published edition in consequence of the contribution(s) obtained from an officer\officers of the Department of Health.
5. I understand and agree that if at any stage I want to present an additional publication, the official(s) responsible for such a contribution will as co-author first have to consult with the joint Copyright holder.
6. I undertake that, prior to the publication of any such additional work I shall enter into agreement with the State in respect of any royalties derived from such publication, in relation to the contributed material.
7. I understand and agree that the State and official(s) of the State will occur no liability whatsoever arising from any defect, shortcoming, inaccuracy or mistake contained in such contributions in such contributions and indemnify the State of official(s) against any claim which may be instituted as a result of such defect, shortcoming, inaccuracy or mistake.

SIGNED ATON THIS.....DAY OF.....19.....

.....
SIGNATURE	WITNESSES	
.....

.....
HEAD OF CLINICAL DEPARTMENT SIGNATURE	CHAIRMAN RESEARCH COMMITTEE SIGNATURE

Official Use :

HEREBY ACCEPTED BY THE STATE AND ITS EMPLOYEES AT LENTEGEUR HOSPITAL ON THIS.....

DAY OF19.....

.....
SENIOR MEDICAL SUPERINTENDENT	(NAME IN CAPITAL LETTERS)

Lentegeur Hospital
Private Bag
MITCHELLS PLAIN
7785
TEL . 3701111

→ Dr C. Kees *for your comment* → Mr Shuman Koo →
Stellenbosch University <http://scholar.sun.ac.za>
→ Dr G. Rausch → 2 days please
→ Prof White
→ SMS 20/6/2000
13/6/2000

Bylae A 3(iv)

Mr. A.A. ENGEL
' ENSLYN '
5 EENDRAG STREET
BELLVILLE. 7530
2000 - 06 - 08

The SMS
Lentegour Hospital
Mitchells Plain

Re: Permission to conduct research at your hospital.

I am currently undertaking a MASTERS study on Forensic Psychiatry Nursing at the Medical School, University of Stellenbosch.

The topic of the study is " The Determination of Standards for forensic psychiatry nursing.

From my own experience as a forensic psychiatry nurse I have experienced the need for this. Forensic psychiatry nursing is a very new field in South Africa and sensitive topic in all psychiatric hospitals, because of all the legal and ethical issues involved.

There are no formal nursing standards in place to help us safeguard our clients or our nursing staff.

I am planning to develop specific standards and indicators for South African circumstances that I hope will be suitable for us and customer friendly.

The anonymity of respondents are assured and confidentiality will always be maintained.

Specifics what I am looking for

- Interviews with \pm 60 observation cases
- Have access to the clients clinical records
- Interview the staff in the specialized or Secure Units
- Access to the existing standards or protocols

There will be no financial implications involved.

My Study leaders are Dr M.E . Bester at the University of Stellenbosch, phone nr. 9389472 and Dr Alfred Allan in Australia.

I was already in contact with Dr Shaun Kalinski – Program Manager – Forensic Services for the A.P.H.

I thank you.

Alex Engel

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alex Engel', written in a cursive style.

ALEXANDRA HOSPITAL

ENQUIRIES : DR L HERING

EXTENSION : 202

DATE : 9.4.98

Circular nr. 18 /98.

TO: ALL MEMBERS OF THE CLINICAL TEAM

RE: PERMISSION TO CONDUCT RESEARCH AT ALEXANDRA HOSPITAL

Written application must be made in all cases. This will then be considered by the JCS group.

Information to include:

- * A copy of the Research Protocol and the relevant University Ethics Committee approval.
- * The exact service implications
 - i.e. - Volume of patients —
 - Duration of research/trial
 - Hospital services required
 - Personnel implications
 - Practical details please, e.g. will need to visit weekly, have blood taken at the Clinic, ECG done, etc. etc.
- * Financial Arrangements
In contract research the patients are all billed as private patients for the account of the company.
All laboratory investigations are also billed as private on the request form.
- * All research candidates must become registered Hospital outpatients for the duration of the trail.



DR L HERING
SENIOR MEDICAL SUPERINTENDENT

/bh

**DEPARTMENT OF HEALTH
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID**

Private Bag X828
PRETORIA, 0001

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA



**UMNYANGO WEZEMPILO
LEFAPHA LA MAPHELO**

Privaatsak X828
PRETORIA, 0001

REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

Faks/Fax : 012 – 3235025

Navrae/Enquiry Ms E. Maluleke

Telefoon/Telephone : 012 - 3120979

Verw/Reference :

Mr A.A. Engel
"Enslyn"
5 Eendrag Street
Bellville-South
Bellville
7530

Re: Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training

Dear Mr Engel

Thank you for showing interest in the SANE training course. The Ministry of Health is still in the process of soliciting funding from various donors including the Canadian International Development Agency (CIDA), to cover the costs of the training programme. Nothing is definite yet.

The national office will be working very closely with provinces in planning and executing the training. The training is most likely to get off the ground sometime in August 2001 and will be conducted in all the provinces at various times. For an update on developments regarding the training, we suggest that you keep contact with either the Gender Focal Point (GFP) or the Maternal Child and Women's Health (MCWH) directorates in the Western Cape provincial office(s).

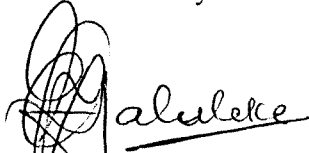
I am also aware that the Western Cape province is planning to conduct a few training courses in SANE this year. To get more information about this you can contact Dr Lorna Martin who is based at the University of Cape Town – Department of Forensic Medicine and Toxicology; P.O. Box 668; Cape Town; 8000. Her contact numbers are: Cell-082 600 6350; 021 406 6412 (w); 021 448 1249 (fax); lornaj@curie.uct.ac.za (e-mail).



- 2 -

Should you encounter any problems with this, do not hesitate to contact me for assistance at: 012 312 0979 (w); 083 458 4695 (cell); 012 323 5025 (fax).

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Esther Maluleke', with a horizontal line underneath the name.

ESTHER MALULEKE
DIRECTOR: GENDER FOCAL POINT



**NORTHERN CAPE PROVINCE
DEPARTMENT OF HEALTH
FORENSIC MEDICAL SERVICES
PRIVATE BAG X5044
KIMBERLEY 8300**

TEL: (053) 8326226 OR 7 FAX (053) 8318014

DATE: November 2, 2000
ENQ: Dr J F Els

**Mnr A. A. Engel
"Enslyn"
Eendragstraat 5
Bellville-Suid
Bellville 7530**

Geagte Mnr Engel,

Rakende U navraag in verband met Forensiese Verpleegkunde Opleiding:

Die proses van Forensiese Verpleegkunde Opleiding is tans ge-"nasionaliseer" Die Minister van Gesondheid dr Manto Tsabalala-Msimang het op 17 Februarie (Kaa stad) en ook op 31 Mei (Pretoria) hierdie jaar aangekondig dat hierdie opleiding nou per provinsie aangebied sal word.

Daar is skynbaar met die Kanadese Regering onderhandel om die fondse vir hierdie doel beskikbaar te stel.

Huidiglik is die proses onvoltooid en word daar gewag op verdere aankondigings.

Met dank vir u belangstelling.

Dr J F Els : Hoof Mediese Beampte: Forensiese Mediese Dienste

Verwysing
Reference
Isalathiso

GEN 5/5

PROVINCIAL ADMINISTRATION : WESTERN CAPE
Department of Health and Social Services

Navrae
Enquiries
Imibuzo

DR E PETER

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES-KAAP
Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste

Telefoon
Telephone
Umnxeba

(021) 5112141 x312

ULAWULO LWEPHONDO: INTSHONA KOLONI
Isebe LezeMpilo neeNkonzo zeNtlalo

DR L HERING
ACTING HEAD OF APH
GROOTE SCHUUR HOSPITAL
OBSERVATORY
7925

ESTABLISHMENT OF UNIT IN THE WESTERN CAPE FOR CRIMINAL OFFENDERS WITH MENTAL RETARDATION

“Individuals who commit criminal offenses and also have significant cognitive limitations present numerous clinical, legal, ethical and philosophical issues.” (Smith & Kunjukrishnan 1986: Kunjukrishnan and Varan, 1989.) Many of these offenders also have a secondary diagnosis of mental illness or substance abuse. This is a vulnerable and highly neglected group of citizens.

At the present time in South Africa there is no specialized facilities for research, assessment, treatment, management and service planning if criminal offenders with mental retardation. Risk management or assessment for risk is the key to planning support, supervision and successful community integration.

We urgently need the establishment of a unit that can develop expertise in all these aspects in order that we can deal humanely with the criminal offender with mental retardation.

Such a unit needs a full-time psychiatrist, a psychologist, social worker, occupational therapist, legal advisors, security personnel, and nursing staff who have an interest and training in this area.

In keeping with the de-institutionalization and normalization, we need to develop a Continuum of services scale from least to most security which include:

1. Case Management Services
2. Supported Living/Supported Employment
3. Host home care or shared living
4. Intensive host home or shared living
5. Group Homes
6. Physically secure residential center.

2/.....

Alexandra Hospital
Private Bag X1
Maitland
7405

Alexandra Hospitaal
Privaatsak X1
Maitland
7405

Fax: (021) 511-1919

As well as in-patient assessment facilities there needs to be a secure residential centre for those who if placed in a prison would be become themselves victims, or those who if placed in residential settings might continue offending and victimizing the other residents with mental retardation.

Such services are being developed in other countries and it is possible to learn from their experience. The National Association of Dual Diagnosis has published a helpful book on *Criminal Offenders With Mental Retardation. Risk assessment and the continuation of community-based treatment programs* by Edwin J Mikkelsen and Wayne J Stelk.

Such a unit and high security residential center should not be combined with facilities for children and adolescents. Any such proposal would reflect the prejudicial mind set that saw all persons with mental retardation as children and failed to see them as 'developing through the life span'.

I wish to motivate that the creation of such services become a priority in the planning for 2000 and beyond.

Sincerely



DDR ELIZABETH PETER
SENIOR PSYCHIATRIST
ALEXANDRA HOSPITAL

cc Dr J van Heerden
cc Prof C Molteno
cc Mr A Engel
cc Ms V Scanlen

DECLARATION OF MADRID

As approved by the General Assembly of the
WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION

in Madrid, Spain, on August 25, 1996

1 Psychiatry is a medical discipline concerned with the provision of the best treatment for mental disorders; with the rehabilitation of individuals suffering from mental illness and with the promotion of mental health. Psychiatrists serve patients by providing the best therapy available consistent with accepted scientific knowledge and ethical principles. Psychiatrists should devise therapeutic interventions that are least restrictive to the freedom of the patient and seek advice in areas of their work about which they do not have primary expertise. While doing so, psychiatrists should be aware of and concerned with the equitable allocation of health resources.

2 It is the duty of psychiatrists to keep abreast of scientific developments of the speciality and to convey updated knowledge to others. Psychiatrists trained in research should seek to advance the scientific frontiers of psychiatry.

3 The patient should be accepted as a partner by right in the therapeutic process. The therapist-patient relationship must be based on mutual trust and respect to allow the patient to make free and informed decisions. It is the duty of psychiatrists to provide the patient with relevant information so as to empower the patient to come to a rational decision according to his or her personal values and preferences.

4 When the patient is incapacitated and/or unable to exercise proper judgement because of a mental disorder, the psychiatrist should consult with the family and, if appropriate, seek legal counsel, to safeguard the human dignity and the legal right of the patient. No treatment should be provided against the patient's will, unless withholding treatment would endanger the life of the patient and/or those who surround him or her. Treatment must always be in the best interest of the patient.

5 When psychiatrists are requested to assess a person, it is their duty first to inform and advise the person being assessed about the purpose of the intervention, the use of the findings, and the possible repercussions of the assessment.

This is particularly important when the psychiatrists are involved in third party situations.

6 Information obtained in the therapeutic relationship should be kept in confidence and used, only and exclusively, for the purpose of improving the mental health of the patient.

Psychiatrists are prohibited from making use of such information for personal reasons, or financial or academic benefits.

Breach of confidentiality may only be appropriate when serious physical or mental harm to the patient or to the third person could ensue if confidentiality were maintained; in these circumstances, psychiatrists should whenever possible, first advise the patient about the action to be taken.

7 Research that is not conducted in accordance with the canons of science is unethical.

Research activities should be approved by an appropriately constituted ethical committee.

Psychiatrists should follow national and international rules for the conduct of research.

Only individuals properly trained for research should undertake or direct it. Because psychiatric patients are particularly vulnerable research subjects, extra caution should be taken to safeguard their autonomy as well as their mental and physical integrity.

Ethical standards should also be applied in the selection of population groups, in all types of research including epidemiological and sociological studies and in collaborative research involving other disciplines or investigating centres.



WHOLESALE EXPLOSIONS IN

August 2/4/98

BELLVILLE OPENBARE BIBLIOTHEEK
PUBLIC LIBRARY

the Cape of murder

And province is worst for rape

LINDSAY BARNES
STAFF REPORTER

Violent crime in the Western Cape is increasing rapidly in intensity and volume and the province has the highest incidence of murder and rape in the country.

New police statistics show that of every 100 000 Western Cape residents 84 were murdered and 170 raped last year. Nationally the figures were 57 and 120 respectively.

The provincial Minister of Community Safety, Gerald Morkel, declined to comment today, as he had not yet seen the figures.

The Western Cape is one of the three worst provinces in 17 of 19 categories of serious crime listed in the police annual report.

The province has the highest figures for murder, burglary from businesses, theft from vehicles, theft and drug-related crimes.

It ranks second for attempted murder, robbery, serious assault, common assault, burglary of residences, shoplifting, car theft, malicious damage to property, fraud and illegal possession of guns and ammunition.

Although crime in the province declined 4,9% per 100 000 overall, this can be attributed to a sharp drop in less serious crimes. Serious crimes – including murder, attempted

	NATIONAL 1997	WESTERN CAPE 1997
Murder	56.9	84.2
Attempted murder	65.1	93.4
Robbery (aggravated)	161.2	136.3
Rape	120.6	170.5
Assault (grievous bodily harm)	542.4	617.8
Common assault	466.8	985.0
Burglary (residential)	576.7	1018.3
Burglary (business)	204.9	405.4
Other robbery	121.8	190.1
Theft (motor vehicle)	407.6	240.4

more than 6% to 360 000 cases last year.

But the murder rate fell 4% last year compared with the rate for 1996.

The police report warned: "The crime situation in the Western Cape has reached a stage where a short-term decrease in the reported crime figures, and even decreasing trends on a medium- or long-term scale, is not a sufficient indicator whether

National statistics show rape is still on the increase, but all other serious crimes, including murder, are declining or stabilising.

Of the 20 most serious crimes for which statistics were compiled by the police central statistical service, the eight types of crime which are declining are murder

theft in general, arson and malicious damage to property.

Murder declined nationally from 67 per 100 000 in 1994 to 65 in 1995, 61 in 1996 and last year.

In the Western Cape, gang-related cases increased sharply by 32% last year after declining by 26% the previous year.

The report found corruption among police in the Western Cape, although a cause for concern, remained significantly lower than the national average.

But 6% more cases of rape were reported last year than in 1996. The number of reported rape cases in the province, 170 per 100 000, was far higher than the national average.

Nationally, serious assaults have increased steadily but declined marginally in the Western Cape over the past two years. But provincial figures are still almost 50% higher than the national average.

Hijackings in the province fell 21% from 1995 to 1996 (477 to 378 cases) but increased 12% last year to 423 reported cases.

There has been a marked increase in robberies in the past two years – a rise of 7% from 1995 to 1996 and 8% from 1996 to 1997.

House burglaries increased 9% and

LEER MY OM TE LEWE!

AS JY MY GEDURIG KRITISEER,
SAL EK OOK ALTYD VEROORDEEL.
AS EK VYANDIGHEID BY JOU AANVOEL,
SAL EK LEER OM AGGRESSIEF TE WEES.
AS JY MY ALTYD UITLAG OF SPOT,
SAL EK TERUGTREK IN MYSELF, EN
AS EK ALTYD OOR ALLES MOET SKAAM,
SAL EK MY LEWE LANK SKULDIG VOEL.

WEES TOG VERDRAAGSAAM TEENOOR MY,
DAN SAL EK LEER OM, OOK GEDULD TE HÊ.
MOEDIG MY AAN EN ONDERSTEUN MY, WANT SO
SAL EK OOK SELF VERTROUE KRY.
PRYS MY WANNEER DIT NODIG IS, DAN SAL EK
LEER OM DINGE TE WAARDEER.

BEHANDEL MY ALTYD MET REGVERDIGHEID, WANT SO LEER EK
VAN GEREKTIGHEID.

EK WIL GRAAG VEILIG VOEL BY JOU,
DAARDEUR LEER EK VAN MY GELOOF.
WYS TOG DAT JY GOEDKEUR WAT EK DOEN,
SODAT EK LEER OM VAN MYSELF TE HOU.

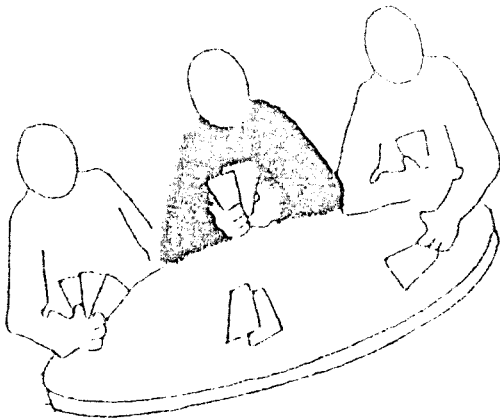
AANVAAR MY NET SOOS EK IS, EN BEHANDEL MY
SOOS 'N VRIEND, DAN SAL EK LEER OM
LIEFDE TE GEE EN OOK TE ONTVANG.

(Onbekend)

(Bylaag: Jou Regte, Verantwoordelikheid en Self-Beplying)

Geestesongesteldheid

Jou Regte, Verantwoordelikheid en Self-Beplying

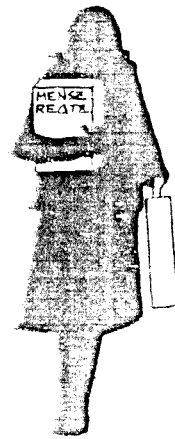


S A FEDERASIE VIR

GEESTESONGESTELDHEID

Regte

Elke persoon is uniek, met verskillende behoeftes en voorkeure. 'n Individu het die reg om self die besluite te neem wat sy/ haar lewe beïnvloed.



Regte van die Pasient.

As individu met geestesongesteldheid, het ek die reg om:

- ingelig te wees oor my diagnose, medikasie en die nuwe-effekte daarvan;
- behandeling van 'n multi-dissiplinêre span te ontvang;
- deel te neem aan my behandelingsplan;
- sover as moontlik behandeling binne die gemeenskap te ontvang;
- om deeglik oor voorgestelde behandeling ingelig te word;
- tydens hospitalisasie beskerm te word teen besering of mishandeling;
- tydens hospitalisasie die risiko's en voordele van eksperimentele programme te verstaan;

- in beheer van my lewe en liggaam te bly;
- om ongeag godstienstige, maatskaplike en kulturele waardes, met respek en waardigheid behandel te word;
- oor onbevredigende diens wat gelewer word, te kla;
- op vertroulikheid aanspraak te maak.

Verwagtinge ten Opsigte van Regte

Alhoewel ek regte het, mag daar geleenthede wees wanneer ek my regte verloor en gesertifiseer en gehospitaliseer word, soos in die volgende gevalle:

- Wanneer ek ander bedreig;
- Wanneer ek 'n gevaar vir myself en ander is;
- Wanneer ek eiendom vernietig.

Verantwoordelikhede

As 'n persoon wat geaffekteer word deur geestesongesteldheid, aanvaar ek dat ek 'n verantwoordelikheid het teenoor myself, my gesin en die gemeenskap. Die aanvaarding van verantwoordelikheid beteken dat ek beheer oor my lewe neem deur besluite te neem en met die gevolge hiervan te leef.



Ek het 'n verantwoordelikheid om:

- 'n tweede opinie oor die diagnose of behandeling te verkry;
- oor verskillende tipes behandelings uit te vind;
- begrip oor my toestand te ontwikkel;
- die omstandighede waarin ek 'n terugval belceef te leer identifiseer en dit te vermy;
- ondersteuning van die gesin te benut en take tuis te aanvaar;
- die gemeenskap as 'n vrywilliger te dien;
- betekenisvolle werk te bekom.

Self-Bepleding

Self-bepleding behels dat persone met geestesongesteldheid hulle eie regte uitoefen, hulle behoeftes en besorgdhede uitspreek en die pligte van burgerskap binne hulle vermoëns nakom.

Self-bepleders vorm dikwels groepe wat hulle lede hystaan om die nodige opleiding, vaardighede en ervaring te bekom, om groter deelname in bepleiding te verwesenlik. Deur te leer om jou eie regte te bepleit, jou vermoëns te demonstreer en respek van ander te wen, kan jy meehelp om geestesongesteldheid te destigmatiseer, en sodoende ook oor jouself goed te voel.

Suid-Afrika het sy plek in die internasionale gemeenskap ingeneem. Ons verbind onself aan die internasionale

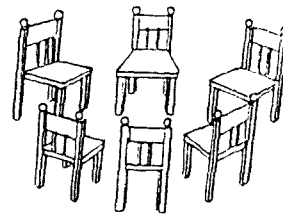
standaarde vir geestesgesondheid. Jy kan deel wees van die beweging om ons geestesgesondheidsstelsel te herstruktureer, om te verseker dat diegene wat geestesgesondheidsdienste benut, bevoordeel word.

Indien jy ontevrede is met die behandeling wat jy van 'n professionele persoon ontvang, is dit jou reg en verantwoordelikheid om jou behoeftes en opinies uit te spreek.

Die volgende is 'n paar praktiese maniere waarop jy deel van die bepleitingsbeweging kan wees:

- Word lid van 'n verbruikersgroep en laat jou behoeftes, opinies en stem binne die geestesgesondheidsbeweging hoor;
- Indien daar nie 'n bestaande groep in jou area is nie, kan jy self een begin. (Sien die pamflet oor self-help groepe).
- Bied aan om as vrywilliger op die bestuursraad van jou plaaslike geestesgesondheidsvereniging te dien;
- Moedig ondersteuning aan;
- Moedig persone met geestesongesteldheid aan om soveel as moontlik omtrent hulle siekte en lewensituasie te leer;
- Skep 'n forum, waar verbruikers met professionele persone kan konsulteer;

- Indien jy ondersteuning nodig het om jou opinies uit te spreek, vra dit van jou vriende, mede - verbruikers of professionele persone;
- Verbruikers en professionele persone behoort as vennote saam te werk om houdings te verander;
- Verbruikersgroepe behoort saam te werk om houdings te verander. Die samestelling van 'n sambreel - liggaam vir groepe behoort betekenisvol te wees;
- Die loodsing van 'n nasionale verbruikersnuusbrieff kan verbruikers landswyd met mekaar in verbinding bring. Isolاسie van verbruikers kan hierdeur verminder word.



Die uitlewing van jou vaardighede en vermoëns en die neem van verantwoordelikheid vir jou lewe, is die mees effektiewe wyse om geestesongesteldheid te destigmatiseer.

Within you is the strength to meet life's challenges

You are stronger than you think -
remember to stand tall.

Every challenge in your life
helps you to grow.

Every problem you encounter
strengthens your mind and soul.

Every trouble you overcome
increases your understanding of life....

When all your troubles weigh heavily on your
shoulders, remember that beneath the burden
you can stand tall, because you are never given
more than you can handle -
and you are stronger than you think.

(Source unknown)

LISTEN, NURSE

Ruth Johnston

*I was hungry and could not feed myself,
You left my food tray out of reach on my bedside table,
Then you discussed my nutritional needs during a nursing conference.*

*I was thirsty and helpless,
but you forgot to ask the attendant to refill my water pitcher,
You later charted that I refused fluids.*

*I was lonely and afraid,
but you left me alone,
because I was so co-operative and never asked for anything.*

*I was in financial difficulties,
and in your mind I became an object of annoyance.*

*I was a nursing problem,
You discussed the theoretical basis of my illness,
And you do not even see me.*

*I was thought to be dying and,
thinking I could not hear,
you said you hoped I would not die
before it was time to finish your day,
because you had an appointment at the beauty parlour
before your evening date.*

*You seem so well educated, well spoken,
and so very neat in your spotless, unwrinkled uniform.
But when I speak, you seem to listen,
but do not hear me.*

*Help me, care about what happens to me.
I am so tired, so lonely and so very afraid.
Talk to me - reach out to me - take my hand.
Let what happens to me matter to you.*

Please, nurse, listen!!



DIENSGELOFTE VIR VERPLEEGSTERS

Ek verbind my plegtig in diens van die mensdom en onderneem om my beroep met nougesetheid en met waardigheid te beoefen.

Ek sal alles in my vermoë doen om die eerbaarheid en die edele tradisies van my beroep te handhaaf.

Die algehele gesondheid van my pasiënte sal my eerste oorweging wees.

Ek sal alle persoonlike sake waarvan ek te wete mag kom, in vertroue bewaar.

Ek sal nie toelaat dat oorwegings van godsdiens, nasionaliteit, ras of sosiale aansien tussen my pligte en my pasiënte kom nie.

Ek sal die hoogste agting vir menselewens handhaaf.

Ek lê hierdie beloftes plegtig, vrywilliglik en op my erewoord af.



DIENSGELOFTE VIR VERPLEEGSTERS

*Ek verbind my plegtig/in die diens van die mensdom/
en onderneem om my beroep/met nougesetheid/
en met waardigheid te beoefen.*

*Ek sal alles in my vermoë doen/om die eerbaarheid/
en die edele tradisies/van my beroep
te handhaaf*

*Die algehele gesondheid van my pasiënte/
sal my eerste oorweging wees.*

*Ek sal alle persoonlike sake/waarvan ek te wete
mag kom/in vertroue bewaar./*

*Ek sal nie toelaat dat oorwegings van godsdiens/
nasionaaliteit/ras/of sosiale aansien,tussen
my pligte en my pasiënte kom nie./*

Ek sal die hoogste agting vir menselewens handhaaf./

*Ek lê hierdie beloftes plegtig/vrywilliglik/
en op my erewoord af.*

CAPE MENTAL HEALTH

TREE U PROFESSIONEEL OP?

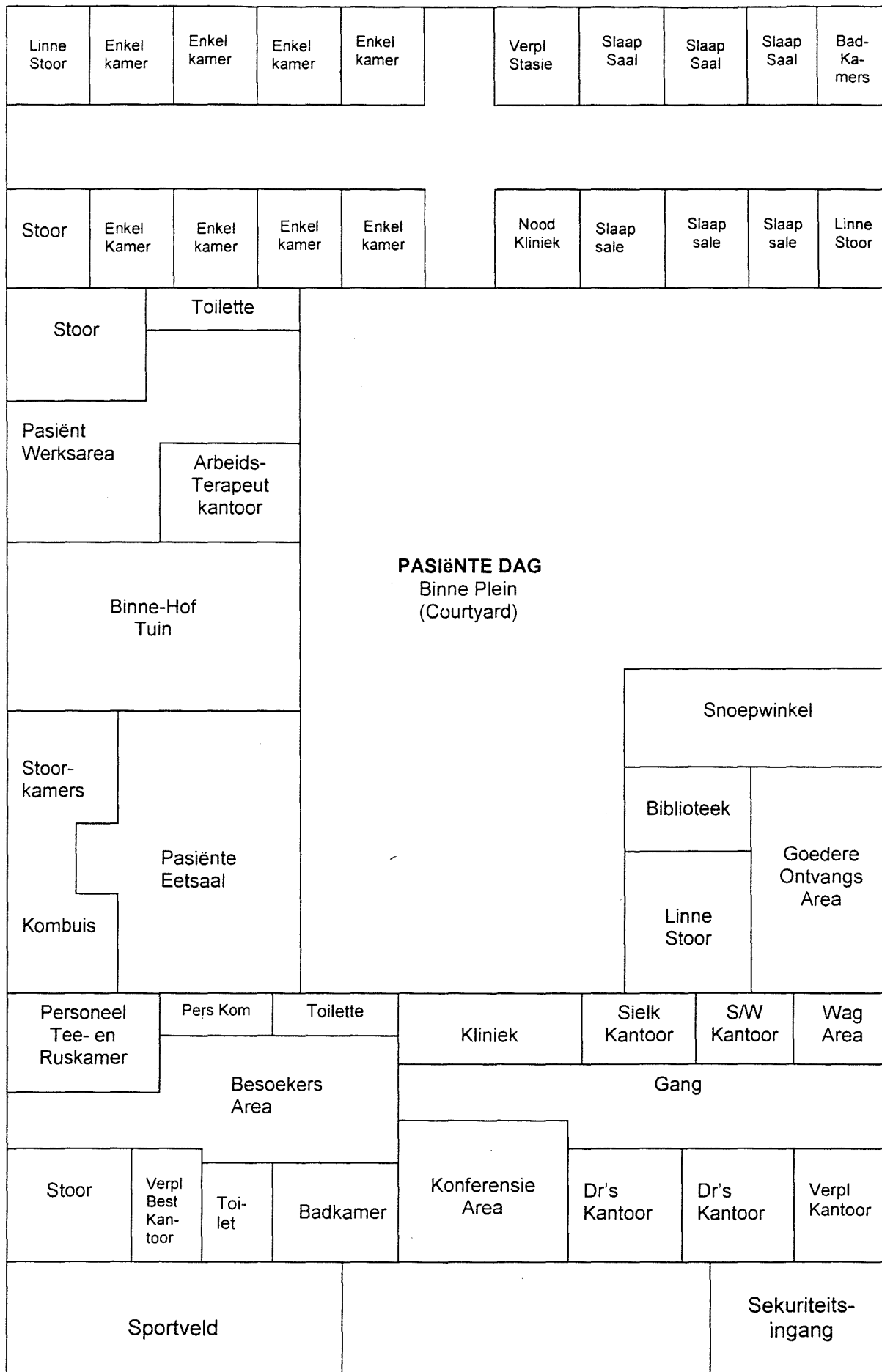
1. Kom u betyds by die werk aan?
2. Verlaat ek die werk op die regte tyd?
3. Mors ek baie tyd by die werk?
4. Gebruik ek die hulpbronne van my organisasie?
5. Trek ek toepaslik vir my werk aan?
6. Is my beplanning gereed wanneer ek die dag begin?
7. Werk ek goed sonder gedurige toesig?
8. Is die belange van die inwoners na aan my hart?
9. Respekteer ek die inwoners?
10. Geniet ek die inwoners?
11. Verkies ek sekere inwoners?
12. Hou ek nie van sekere inwoners nie?
13. Werk ek goed saam met my span?
14. Respekteer ek my spanmaats?
15. Is ek altyd aanspreeklik aan my span of toesighouers? (Neem verantwoordelikheid vir my aksies en planne.)
16. Bring ek my persoonlike probleme werk toe?
17. Laat ek toe dat persoonlike probleme tussen personeel my werk beïnvloed?
18. Kyk ek gereeld versigtig na my gedrag?
19. Oordeel ek my kollegas volgens hul ras, geslag, inkomste, opvoeding, ouderdom, posisie, huise, gewoontes, families, geloof en metgeselle?
20. Erken ek my kollegas vir hul goeie kwaliteite en probeer ek hul swakpunte en foute oorsien?
21. Deel ek gewillig die werkslading met my kollegas?
22. Praat ek met die toesighouer oor my probleme of mompel ek agteraf?
23. Kan ek met 'n kollega praat oor 'n probleem wat tussen ons ontstaan?
24. Respekteer ek die ouers?
25. Kan ek my tong in toom hou of bespreek ek konfidensiële sake, maak ek snedige aanmerkings of skinder?

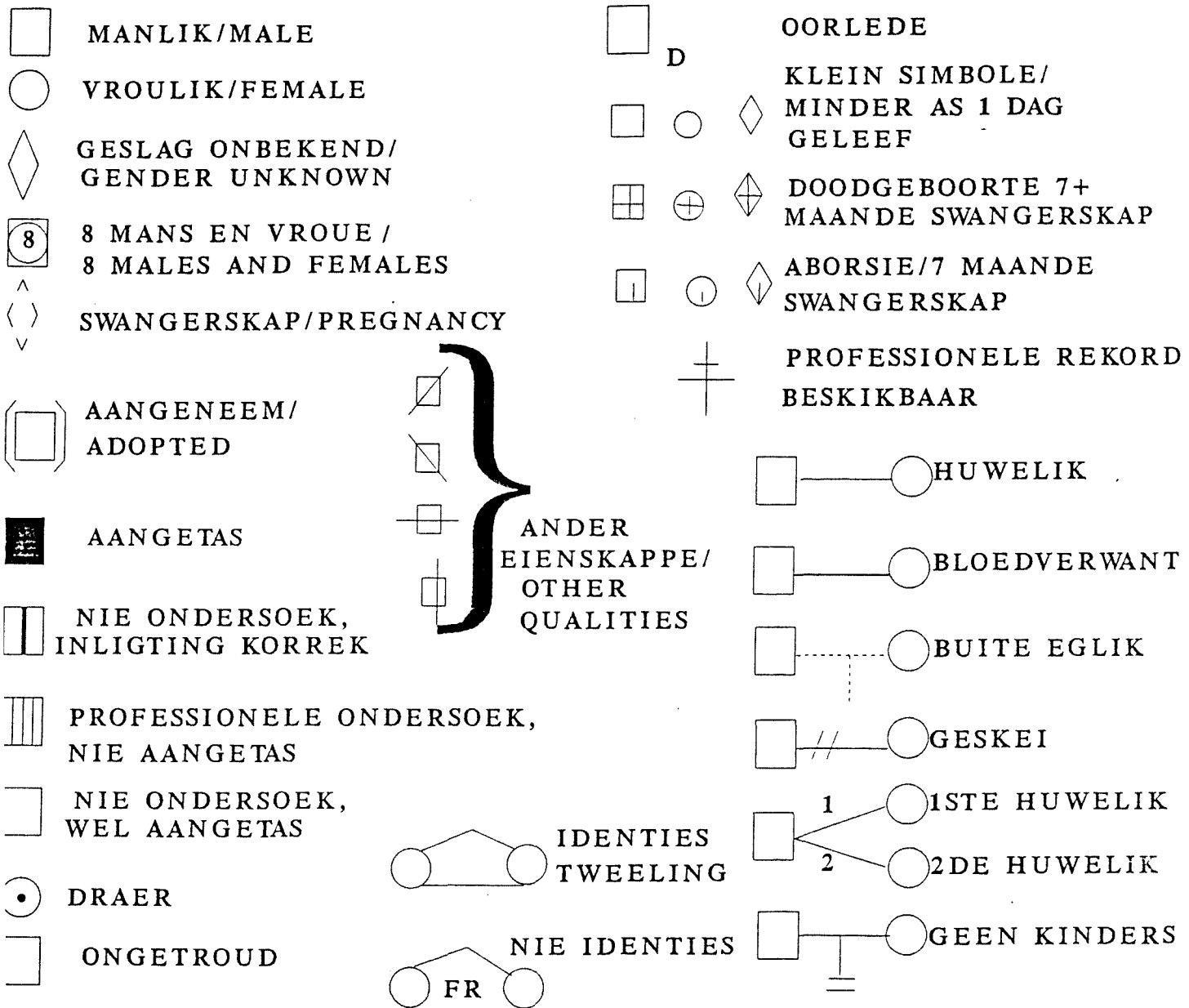
26. Kan ek verantwoordelikheid neem vir my foute?
27. As ek die vryheid van keuse gegee word gebruik ek dit reg?
28. Is ek angstig om meer oor my werk te leer?
29. Verstaan ek waar die program die inwoners neem?
30. Kan ek verantwoordelikheid neem vir my sukses?
31. Ondersteun ek die ideale van die organisasie?
32. Groei ek? (Verander binne en raak sterker.)
33. Stagneer ek? ('n Modderpoel wat nie vloei nie.)
34. Is ek bereid om myself die vrae te vra?
35. Is ek bereid om aksie te neem oor die antwoorde wat ek kry?

Vertaal vanaf: Ekin Kench Cape Mental Health, Desember 1995

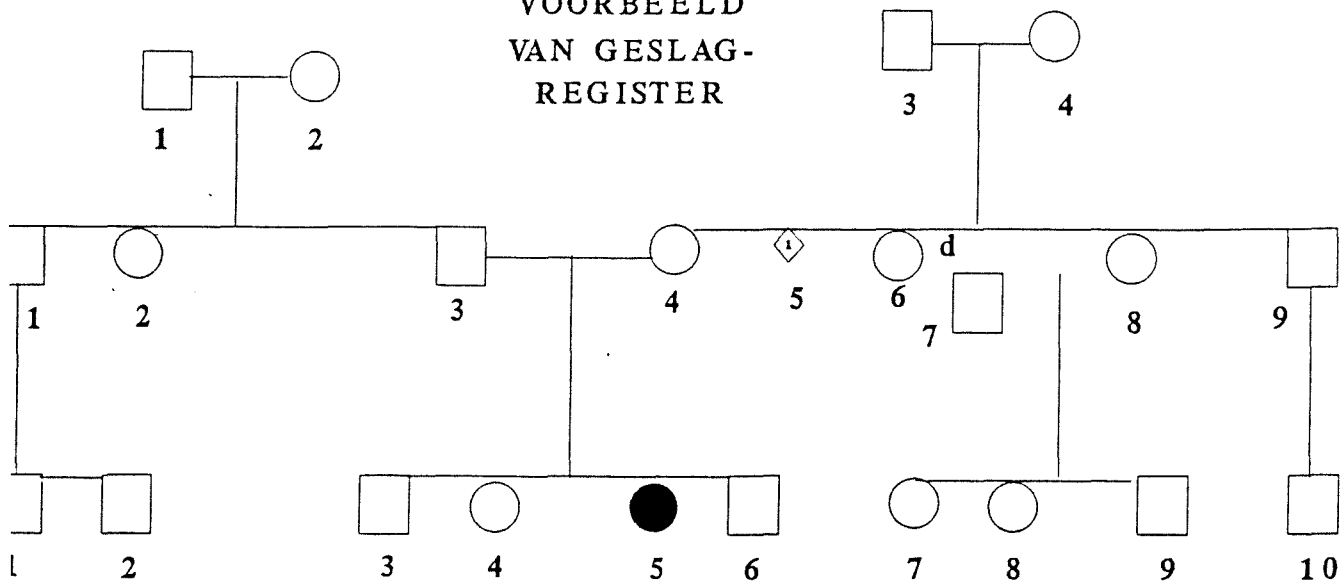
D-BLOK (2 Vloere)

D-BLOK (2 Vloere)





VOORBEELD
VAN GESLAG-
REGISTER



Opsomming van geestestoestand.—(Hierdie opsomming moet ingevul word eers nadat die pasiënt vir 'n maand lank
Summary of mental condition.—(This summary should not be filled up until the patient has been under observation for
waargeneem is, behalwe in gevalle waar die pasiënt eerder ontslaan word of oorlede is.)
a month, except in the case of earlier discharge or death.)

Voorkoms
Appearance

Psigomotoriese reaksie
Psychomotor reaction

Gevoelstoon
Emotional tone

Negativisme
Negativism

Gedrag
Behaviour

Steriotipie
Steriotipy

Aandrifte
Impulses

Assosiasie van idees
Association of ideas

Bewussyn
Consciousness

Aandag
Attention

Begripsvermoë
Comprehension

Hallusinasies
Hallucinations

Geheue: Verre verlede
Memory: Remote

Onlangse verlede
Recent

Hede
Current

Vatbaarheid vir indrukke
Impressionability

Waandenkbeelde
Delusions

Oriëntering: Self
Orientation: Self

Tyd
Time

Omgewinge
Surroundings

Plek
Place

Verstandsvermoë
Intellectual capacity

Insig
Insight

Skoolstanderd bereik
Standard reached at school

Slaap
Sleep

Verstandsouderdom, I.K.
Mental age, I.Q.

Gewoontes
Habits

DIAGNOSE BY OPNEMING EN GEWYSIGDE DIAGNOSE:
DIAGNOSIS ON ADMISSION AND AMENDED DIAGNOSIS:

UITSLAG
RESULT

DIAGNOSE BY ONTSLAG OF DOOD
DIAGNOSIS ON DISCHARGE OR DEATH

P.M.
P.M.

CHECKLIST OF OBSERVABLE SIGNS OF PSYCHOSIS In Persons with Mental Retardation*

For use with the *Behavioral Diagnostic Guide* © A. Gedye, 1998

NAME: _____ ETIOLOGY: _____
 BIRTHDATE: _____ / _____ / _____ REPORT DATE: _____ / _____ / _____
 RECORDER: _____ INFORMANTS: _____

This is a guide for collecting information to aid in determining if the criteria for psychosis have been met. This is intended for use with individuals who are unable to report their inner feelings.

FEATURES THAT CAN BE INDICATIVE OF PSYCHOSIS:

- stares into corners and nods head as if involved in a conversation (unless the person is in full control and engaging in self talk).
- appears to be shadow-boxing. (Do not count if this occurs during a flashback.)
- glares angrily at strangers or favorite people. (Do not count if this occurs during a flashback or altered mood state associated with temporal lobe dysfunction/epilepsy.)
- wears several layers of clothing. (Do not count if person has obsessive-compulsive disorder, hypothyroidism, or has learned this from living on the streets.)
- brushes non-existent material off the body. (Do not count if the person has numbness or tingling sensations or is having flashback phenomena.)
- covers ears or eyes. (Do not count if person has pain, infections, migraine, extra sensitive hearing/vision, or strong preferences.)
- inspects or refuses food with fearful or intense emotion. (Do not count if the person often vomits, has gastrointestinal problems, allergies, had pills put in food previously, or is having a flashback.)
- whinces as if smelling/tasting something foul.
(Do not count if the person is having an aura, seizure, migraine, or flashback.)
- puts wrappings around collar, ears, sleeves, ankles or other "openings."
(Do not count if the person has obsessive-compulsive disorder or is feeling cold.)
- often wears costumes. (Do not count if this reflects a person's wish, not a belief.)
- wears a scarf or bandanna around his or her head. (Do not count if done for fashion.)

FEATURES NOT USUALLY CHARACTERISTIC OF PSYCHOSIS:

- having imaginary friends (common in persons with Down syndrome)
- speaking in altered voices (can occur with echolalia or involuntary vocalizations)
- seeing deceased relatives or friends
- phenomena that the person can start and stop at will

* Adapted from Ryan, R. (1994) Recognizing psychosis in persons with developmental disabilities who do not use spoken communication. In *Spectrum of Psychosis*, R. Ancill (Ed.), pp. 339-344, John Wiley & Sons Ltd.

**II. GEESTESTOESTAND
MENTAL STATUS**

**A. ALGEMENE BESKRYWING
GENERAL DESCRIPTION**

1. Voorkoms:
Appearance:
2. Gedrag en psigomotoriese aktiwiteite:
Behaviour and psychomotor activity:
3. Houding teenoor onderhoudvoerder:
Attitude towards interviewer:

**B. SPRAAK:
SPEECH:**

**C. BEWUSSYNSTOESTAND:
STATE OF CONSCIOUSNESS:**

1. Reaksie op omgewing:
Responsiveness to environment:
2. Vermoë om opdragte uit te voer:
Ability to carry out orders:

**D. AFFEKTIEWE- OF EMOSIONELE TOESTAND
AFFECTIVE OR EMOTIONAL STATE**

1. Bui:
Mood:
2. Emosionele uitlewing:
Emotional expression:
3. Toepaslikheid:
Appropriateness:

**E. ANGSVLAK:
ANXIETY LEVEL:**

1. Pasiënt se beskrywing:
Patient's description:
.....
.....
2. Waarnemings:
Observations:
3. Onmiddellike retensie en herroep:
Immediate retention and recall:

J. INLIGTING EN INTELLIGENSIE:
INFORMATION AND INTELLIGENCE:

.....
.....

K. KONSENTRASIE:
CONCENTRATION:

.....

L. ABSTRAKTE DENKE:
ABSTRACT THINKING:

.....

M. OORDEEL:
JUDGEMENT:

1. Sosiale gedrag:
Social behaviour:

2. Toetsoordeel:
Test judgement:

N. INSIG:
INSIGHT:

O. DROME, FANTASIEë EN WAARDESTELSELS:
DREAMS, FANTASIES AND VALUE SYSTEMS:

.....

P. ANDER TOETSE SOOS AANGEDUI:
OTHER TESTS AS INDICATED:

.....

Q. BETROUBAARHEID:
RELIABILITY:

III. VERDERE DIAGNOSTIESE STUDIES:
FURTHER DIAGNOSTIC STUDIES:

A. FISIESE ONDERSOEK:
PHYSICAL EXAMINATION:

1. Huidige fisiese gesondheid:
Present physical health:

2. Gewoontes:
Habits:

Alkohol: Dagga:
Alcohol: Dagga:

LIGGAAMLIKE ONDERSOEK · PHYSICAL EXAMINATIONVolle naam
Full name.....Lêer No.
File No.....MOET DEUR 'N GENEESHEER VOLTOOI WORD.
MUST BE COMPLETED BY A MEDICAL PRACTITIONER.

Bevindings moet deur middel van 'n kruisie in die betrokke vierkant aangedui word (behalwe 1, 2, 3, 7 (b), 8 (c), 9 (c). Indien 'n kruis in enige gekleurde vierkant—behalwe 4—verskyn moet volledige besonderhede daaromtrent onder item 13 verstrek word.

Findings are to be indicated by means of a cross in the appropriate square (except 1, 2, 3, 7 (b), 8 (c), and 9 (c). If a cross appears in any shaded square—except 4—full details thereof should be furnished under item 13.


1. Ouderdom Age	jr. yrs.	2. Lengte Height	cm	3. Liggaamsmassa Body mass	kg
4. INENTING VACCINATION:				Ja/Yes	Nee/No
Is die pasiënt suksesvol ingeënt? Has patient been successfully vaccinated?					
5. VEL/SKIN:				Ja/Yes	Nee/No
Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of ander merke en letsels? Are there any signs or evidence of disease or other marks and lesions?					
6. SKEDEL, BEENSTELSE EN GEWRIGTE/SKULL, SKELETON AND JOINTS:				Ja/Yes	Nee/No
Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of abnormaliteit of deformiteit? Are there any signs or evidence of disease or abnormality or deformity?					
7. (a) HET DIE PASIËNT ENIGE GEBREK AAN— HAS THE PATIENT ANY DEFECT OF—				Ja/Yes	Nee/No
(i) gehoor? hearing?					
(ii) spraak? speech?					
(iii) tande? teeth?					
(iv) gesig? sight?					
(b) GESIGSKERPTE VOLGENS SNELLEN SE PROEFLETTERS: VISUAL ACUITY ACCORDING TO SNELLEN'S OPTOTYPES:				Sonder bril Without glasses	Met bril With glasses
(i) Linkeroog Left eye.					
(ii) Regteroog Right eye.					
8. BLOEDSOMLOOPSTELSEL/CIRCULATORY SYSTEM:				Ja/Yes	Nee/No
(a) Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of abnormaliteit van hart? Are there any signs or evidence of disease or abnormality of the heart?					
(b) Bloeddruk: Blood pressure:					
Sistolies Systolic.					
Diastolies Diastolic.					

	Ja/Yes	Nee/No
<p>(c) Siektetoestand van bloedvate: Any sign of vascular disease:</p> <p>A. Temporalis.....</p> <p>A. Carotis.....</p> <p>A. Dorsalis pedes.....</p>		
<p>9. ASEMHALINGSTELSEL/RESPIRATORY SYSTEM:</p> <p>(a) Is borskas goed ontwikkel? Is chest well developed?.....</p> <p>(b) Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of abnormaliteit? Are there any signs or evidence of disease or abnormality?.....</p> <p>(c) *Borsmaat—Tepelhoogte: * Chest measurement—Nipple line:</p> <p>(i) By volle inaseming On full inspiration..... cm</p> <p>(ii) By volle uitaseming On full expiration..... cm</p> <p>* Laat weg in die geval van vroulike pasiënte. Omit in case of female patients.</p>		
<p>10. SPYVERTERINGSTELSEL/DIGESTIVE SYSTEM:</p> <p>Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of abnormaliteit? Are there any signs or evidence of disease or abnormality?.....</p>		
<p>11. GESLAGS-URINÊRE ORGANE GENITO-URINARY SYSTEM:</p> <p>(a) Is daar enige tekens of getuienis van 'n siektetoestand of abnormaliteit? Are there any signs or evidence of disease or abnormality?.....</p> <p>(b) Is eiwit, suiker, etter, bloed of enige ander abnormale bestanddele in die urine teenwoordig? Is albumin, sugar, pus, blood or any other abnormal constituent present in the urine?.....</p>		
<p>12. ENIGE ANDER SIEKTE/ANY OTHER ILLNESS:</p> <p>Is pasiënt op enigerlei wyse vermink, misvorm of liggaamlik gebrekkig of mismaak of is daar enige operasie-tekens of bewys van ander siekte? Is patient maimed, deformed or physically defective or disfigured in any way or are there any operation scars or proof of other disease?.....</p>		
<p>13. Indien 'n kruisie in enige gekleurde vierkant—behalwe 4—verskyn moet VOLLEDIGE BESONDERHEDE daaromtrent hier verstrek word. If a cross appears in any shaded square—except 4—FULL DETAILS thereof should be furnished.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Instruksies/Instructions:

Vir 14.1 tot 14.6 maak ✓ vir normaal; + vir verhoog; 0 vir afwesig; — vir verminder/versteurd.
For 14.1 to 14.6 use ✓ for normal; + for increase; 0 for absent; — for diminished/disturbed.

Vir 14.7 tot 14.8 maak 'n kruisie in toepaslike blok.
For 14.7 to 14.8 put a cross in appropriate block.

14.1	R	Kraniale senuwees/Cranial nerves	L	14.3	R	Reflekse/Reflexes	L
		I Reuksin/Smell				Kornea/Corneal	
		II Kleur/Colour				Farinks/Pharynx	
		Gesigsveld/Visual field (konfrontasie metode) (confrontation method)				Biceps	
		Funde/Fundi				Triceps	
		III—IV—VI				Abdominaal (Boonste kwadrant) Abdominal (Upper quadrant)	
		Ptosis				Abdominaal (Onderste kwadrant) Abdominal (Lower quadrant)	
		Oogbeweging/Ocular movement				Knie/Knee	
						Enkel/Ankle	
		Nystagmus				Plantaar/Plantar	
		Pupil				Kremaster/Cremaster	
		Grootte—vorm/Size—shape		14.4		Sensories/Sensory	
		Reflekse/Reflexes				Pyn/Pain	
		Lig/Light				Temp.	
		Konsensieel/Concensual				Posisie/Position	
		Konvergensie/Convergence				Vibrasie/Vibration	
		VIII				Steriognosis	
		Gehoor/Hearing				Grafestesie/Graphaesthesia	
		Webertoets/Weber test				Tweepunt/Two point	
		VII—IX—X		14.5		Diskriminasie/Discrimination	
		Smaak/Taste				Tekens van pariëtale lob sindroom Signs of parietal lobe syndrome.....	
		Spraak/Speech				Afasia/Aphasia.....	
		Sluk/Swallow				Apraksie/Apraxia.....	
14.2	R	Motoriese stelsel/Motor system	L			Agnosia.....	
		Spieratrofie/Muscle atrophy				Steurnis van liggaamsbeeld Disturbed body image.....	
		Fasikulasie/Fasciculation		14.6		Nekstyfheid—Kernig se teken Neck stiffness—Kernig's sign.....	
		Onwillekeurige beweging Involuntary movements					
		Spiertonus/Muscle tone					
		Koördinasie/Co-ordination					

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

<u>ORIENTATION</u>	<u>SCORE</u>	<u>POINTS</u>
1. What is the YEAR?	_____	1
SEASON?	_____	1
MONTH?	_____	1
DAY?	_____	1
DATE?	_____	1
2. Where are we COUNTRY?	_____	1
PROVINCE?	_____	1
TOWN OR CITY?	_____	1
HOSPITAL?	_____	1
WARD?	_____	1

REGISTRATION

3. Name three objects, taking one second to say each. Then ask the patient all three after you have said them. Give one point for each correct answer. Repeat the answers until patient learns all three.	_____	3
---	-------	---

ATTENTION AND CALCULATION

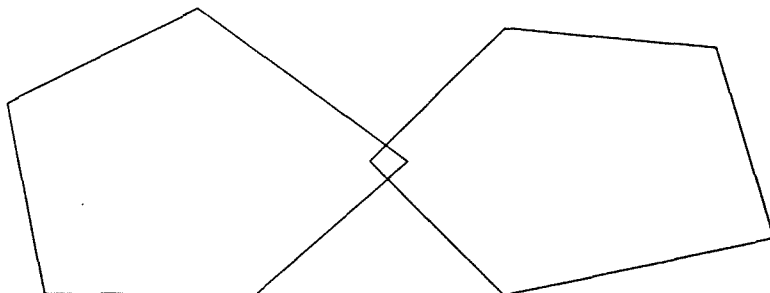
4. Serial sevens. Give one point for each correct answer. Stop after five answers. ALTERNATE: Spell WORLD backwards, or HERFS	_____	5
---	-------	---

RECALL

5. Ask for names of three objects learned in Q.3. Give one point for each correct answer.	_____	3
---	-------	---

LANGUAGE

6. Point to a pencil and a watch. Have the patient name to them as you point.		
7. Have the patient follow a three-stage command: "Take this paper in your right hand. Fold the paper in half. Put the paper on the floor".	_____	3
8. Have the patient repeat "No ifs, and or buts". "Nog vis, nog vlees, nog voël".	_____	1
9. Have the patient read and obey the following: "CLOSE YOUR EYES". (Write it in large letters.)	_____	1
10. Have the patient write a sentence of his or her choice. (The sentence should contain a subject and an object, and should make sense. Ignore spelling errors when scoring.)	_____	1
11. Have the patient copy the design printed below. (Give one point if all sides and angles are preserved and if the intersecting sides form a diamond shape.)	_____	1
	_____ = TOTAL	30



DATE:

ONDERSOEKE VAN DIE OBSERVASIE PASIËNT
INVESTIGATIONS – FORENSIC UNIT

NAME:

	DATE TAKEN	RESULT	ACTION TAKEN
FBC			
U & E			
LFT			
TFT			
VDRL			
CXR / SXR			
EEG			
PSYCHOMETRY			
CT SCAN			
OTHER			

1. FISIES

- 1.1 Opstaan.
- 1.2 Bedopmaak.
- 1.3 Bad.
- 1.4 Hou bed en bedkassie netjies.
- 1.5 Selfsorg:

- Hare.
- Naels.
- Skeer.

1.6 Klerekas:

- Klere.

1.7 Medikasie.

2. PSIGIES

2.1 Verantwoordelikeidsin:

- Saalpligte.
- Stiptelikheid by aktiwiteite.

2.2 Insig:

- In siekte.
- Waarskuwingstekens.

2.3 Selfbeeld.

3. KOMMUNIKASIE:

- Mede pasiënte.
- Personeel.
- Famielie en vriende.

4. ALGEMENE GEDRAG:

- Aanvaarbaar.
- Vereistes van saal.

5. GEMOEDSTOESTAND:

- Toepaslik.
- Swaai.
- Labiel.
- Katastrofiese reaksie.

6. Toekomsplanne.

7. ONDERSTEUNINGSTELSEL:

- Famielie.
- Ander.

8. Godsdienstigfunksionering.

9. Vryetydsbesteding: - Stokperdjies.

10. Etiket: - Etenstyd. - Sosiale geleentheid.

11. Beroepsfunksionering.

HOSPITAL
ELECTROENCEPHALOGRAPHY LABORATORY
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

E.E.G. No. _____

COMPLETE IN DUPLICATE PLEASE

COMPLETE BY HAND WHEN LABEL NOT AVAILABLE

Previous E.E.G. No. _____

Dr. in charge _____

Department _____

Ward/Clinic _____

Admission Date _____

Provisional Diagnosis _____

Clinical Summary, including description of seizures, if any Age of onset _____ Frequency _____ Last occurrence _____

Name _____ Age _____

Folder No. _____ Birth _____ Race _____ Sex _____

Recent Treatment (Drugs, Hormones, Operations) _____

Previous History (Infantile Convulsions, Head Injuries, Sensitivity to Drugs, Operations, etc.)

Family History

Please suggest the amount and kind of sedation that may be administered to a CHILD at the time of E.E.G. if necessary _____

Remarks _____

ADDRESS

Signature _____

Date

P.T.O. for E.E.G. Report.

Telephone No. _____

SCREENING ASSESSMENT**1 INTAKE SUMMARY**

1-A IDENTIFYING INFORMATION
NAME:
D.O.B:
DATE OF ADMISSION TO REASIDE:
ADMITTED FROM:
MHA SECTION:
1-B PRESENTING PROBLEM/BEHAVIOUR/INDEX OFFENCE (description)

2 ANTECEDENTS AND CONSEQUENCES OF PRESENTING PROBLEMS

2-A INTERPERSONAL & EXTRAPERSONAL FACTORS (description)
Precipitating events:
Living situation:
Relationships:
Activity/Occupation
Consequences:
Other:

2-B PATIENT'S PERCEPTION (Ask patients the following questions)

- 1) "Do you think you are ill at present?"
- 2) "What do you consider to be your major problem area or area of concern at present?"
- 3) "How do your present circumstances differ from your usual pattern of living?"
- 4) "Have you ever experienced a similar problem?" Yes/No
If "No", go to question 8
- 5) "What was it?"
- 6) "How did you handle it?"
- 7) "How successful were you?"
- 8) "How do you see your future considering your present situation?"
- 9) "What can you do to help yourself?"
- 10) "How do you see Avon staff and others helping you while you are here?"

2-C PATIENT'S PERCEPTION

Attitude to index offence:

Attitude to being in Reaside:

Expectations for the future:

3 HISTORICAL FACTORS

3-A HISTORY OF PRESENTING PROBLEM (List and date of previous incidents)		
date	incident	coping mechanism (list: success failure)
3-B INDIVIDUAL PSYCHIATRIC HISTORY (list & date previous periods of illness)		
date	illness	
3-C FAMILY PSYCHIATRIC HISTORY (list & date illness in family members)		
date	family member	illness

4 PSYCHOLOGICAL FACTORS**4-A MANNER** (brief summary of general manner - circle relevant description)

Eager to please - productive/exuberant/keen
 Co-operative - compliant/willing
 Indifferent - defensive/aloof
 Unco-operative - detached/negativistic
 Other or combinations of above (describe):

4-B AFFECT/MOOD (circle and describe)

Appropriate - normal
 Restricted
 Flat
 Blunt
 Inappropriate
 Labile
 Euphoric/elated/cheerful
 Composed/relaxed
 Tense/anxious/apprehensive/fearful
 Sad/mournful/depressed/guilty/hurt/helpless/worthless/dysphoric/lethargic
 Dramatic/exaggerated
 Irritable/angry/hostile/jealous/antagonistic/suspicious
 Perplexed/confused/puzzled/bewildered
 Other (consider: depth; intensity; duration; fluctuation):

4-C BEHAVIOUR (circle/describe general behaviour)

Motor - withdrawn/slow/appropriate/restless/agitated/hyperactive/rigid/flexible/agile
 Gestures:
 Stereotypical behaviour:
 Compulsions:
 Gait: erect/stooped/awkward/staggering
 Posture: rigid/normal/limp
 Other (describe):

4-D COGNITIVE FUNCTIONING (describe all aspects and difficulties noted)
Orientation:
Attention/Concentration:
Memory:
4-E MENTAL STATE
(i) General thought processes/speech (describe the following aspects and any difficulties noted)
Productivity/Overall Amount/Rate:
Progression/continuity (appropriate v. inappropriate - give examples):
Language (eg. use of inappropriate or bizarre words):
(ii) Thought content/disorder
Pre-occupations (give general description of all present):
Delusions (give general description of all present, eg. control/passivity):
Thought disorders (give general description of all present, eg. insertion/ broadcast/ audible thoughts withdrawal):

(iii) Hallucinatory Experiences (describe all present, eg. voice(s) commenting about the person, voices conversing about the individual):

(iv) Motivation (describe):

(v) Insight/Judgement (describe):

5 PROBLEM BEHAVIOUR/OFFENDING

5-A ALCOHOL OR SUBSTANCE ABUSE

History of substance abuse (describe):

Current substances used (list type, frequency and amount):

Evidence of dependence:

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/ No:

Risk of future problems: Yes/ No (brief details)

5-B EATING DISORDERS (describe current and past habits)

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/No:

Risk of future problems: (Y/N - brief details)

5-C SEXUAL BEHAVIOUR (describe current and past difficulties or unusual behaviour)

Sexual dysfunction:

Sexual relationships:

Use of sexual fantasies (with or without masturbation):

Unusual sexual practices:

Sexual offences:

Current sexual behaviour:

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/No:

Risk of future problems (Y/N - brief details):

5-D AGGRESSIVE BEHAVIOUR DANGEROUSNESS TO OTHERS**(i) History**

Violent behaviour towards animals:

Violence/aggressive behaviour towards others:

Common precipitants:

Seriousness (frequency, use of weapons, extent of injuries):

Remorse shown:

Aggressive thoughts/threats towards others:

(ii) Current Behaviour and Ideation (describe)

Incidents of verbal and physical aggression:

Precipitants of above:

Consequences of the behaviour (eg. staff response, loss of parole, etc):

Degree of self control:

Pre-occupation with thoughts of death and killing (including identified victims):

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/No:

Risk of future problems (Yes/No - brief details):

5-E SELF HARM/SUICIDAL IDEATION AND BEHAVIOUR**(i) History**

Previous suicidal/parasuicidal thoughts and/or behaviour (note precipitants and seriousness):

(ii) Ideation

Pre-occupation with thoughts of death:

Pre-occupation with thoughts of harming self:

(iii) Current Suicide Plan

Evidence of plan: Yes/No (describe if yes):

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/No:

Risk of future problems (Yes/No - brief details):

5-F ARSON OR FIRE-SETTING BEHAVIOUR

(i) History (describe incidents, precipitants, and seriousness):

(ii) Current Behaviour (describe any incidents, interest shown or attitudes):

Are the above behaviours related to index offence?

Yes/No:

Risk of future problems (Yes/No - brief details):

5-G OTHER PROBLEM BEHAVIOURS OFFENCES - Past and Current (describe all others shown, eg. financial gain, breach of probation, etc):

Are the above behaviours related to index offence?
 Yes/No:

Risk of future problems (Yes/No - brief details):

6 SUPPORT NETWORK - CURRENT AND FUTURE

Personal strengths:

Significant others (list name, relationship to client, and contact telephone number):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Community facilities/finances:

7 FURTHER ASSESSMENT PACKAGE(S) REQUIRED

ASSESSMENT PACK	PERSON RESPONSIBLE
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

WEEKLIKSE **VERSLAG OP FORENSIESE OBSERVASIES**
VERPLEEGKOMPONENT

Bylae C 10

DATUM:

WEEK NR:

IDENTIFISERINGSDATA:

VAN: -----

GESLAG: -----

NAAM: -----

OUDERDOM: -----

GEBOORTEDATUM: -----

SAAL/AFDELING: -----

TOELATINGSDATUM: -----

LêER NR: -----

VERWYS DEUR: -----

SEKSIE/ARTIKEL: -----

HOFDATUM: -----

PSIGIATER: -----

UITSTEL DATUM: -----

"CASE MANAGER": -----

SAP STASIE: -----

ADRES:

FAMILIE KONTAK:

NAAM

ADRES

TEL. NR

REDE VIR TOELATING: -----

BEWEERDE MISDAAD OF OORTREDING: -----

DIAGNOSE:

_____ AXIS I (PSIGIATER)

_____ II (SIELKUNDIGE)

_____ III (MEDIËSE BEAMPTE/VERPLEEGSTER)

_____ IV (SOSIALE WERKER/VERPLEEGSTER)

_____ V (ARBEIDSTERAPEUT/VERPLEEGKUNDIGE)

PSIGOSOSIALE & OMGEWINGSFAKTORE:

KLIËNT SE VOORKEURE:

KLIËNT SE AFKEURE:

KLIËNT SE VERSOEKE:

SELF-HELP VAARDIGHEDE:

- EETPATROON: -----

- PERSOONLIKE HIGIËNE: -----

- SLAAPPATROON: -----

- KLEREDRAG: -----

- KOMMUNIKASIE: -----

- SAALPROGRAM: -----

ENIGE ONAANVAARBARE GEDRAGSPATROON:

- GEDRAG: -----
- OORSAAK: -----
- DUURTE: -----
- VERPLEEGINTERVENSIE: -----

KONTAK MET MEDE-INWONERS:

- VRIENDE: -----

ENIGE SAALPROBLEME: -----

MEDIKASIE:

NAAM	DOSIS	AANVANGSDATUM	DAG NR	NEWE-EFFEKTE
1.				
2.				
3.				

MEDIËSE GESKIEDENIS: -----

MEDIËSE ONDERSOEKE: -----

ONDERSOEKE SE UITSLAE: -----

KLIËNT SE GEWIG: -----

SOSIAAL:**ENIGE FAMILIE BESOEKE; TELEFOONOPROEPE; BRIEWE**

NAAM & VAN				
VERWANTSKAP				
DATUM + TEL NR.				
REDE VIR KONTAK				
KLIËNT SE REAKSIE				

ARBEIDSTERAPIE:**SOSIALE AKTIWITEITE:****OEFENING/SPORT:****PERSONEEL KONTAK:**

- VERPLEEGSORGPLAN
- PLAN VORENTOE
- SAALRONDE BESLUIT

Sosiale aktiwiteite:

.....
.....

Oefeninge:

Regsverteenvoordiging Kontak:

S.A.P. Ondersoekbeampte:

Private Psigiater:

Verwysings:

.....
.....

Plan: Verpleegsorgplan:

Hofdatum:

Span besluit op saalrondte:

Forensic Psychiatry Unit

..... HOSPITAL

DATE:

HOSPITAL NO:

MEDICAL REPORT ON OBSERVATION CASE

NAME: **AGE:**

CASE NO.: **CHARGE:**

Detained at Hospital by order granted by Magistrate
..... on Referred under
Section of Act 51 of 1977 and reported on in terms of
Section 79(4).

- 79(4)(a)
1. Nature of Enquiry included:
 - 1.1 Psychiatric Interviews
 - 1.2 Physical Examination and EEG Study
 - 1.3 Assessment by Clinical Psychologist
 - 1.4 Social Worker's Report
 - 1.5 Previous medical records reviewed
 - 1.6 Observations of ward psychiatric nursing staff and occupational therapist
 - 1.7 Information supplied by the Court

 2. Clinical Report (Summary)

79(4)(b) 1. Clinical Diagnosis:

2. He is/is not certifiable in terms of the Mental Health Act.

79(4)© He is/is not fit to stand trial in terms of Section 77(l).

79(4)(d)

In terms of Section 6 of Regulations framed in terms of Section 77(i) of Act 10 of 1973:

(h) The treatment/disposition fairest to the defendant and safest to the community.

(i) The prognosis.

DR

FOR MEDICAL SUPERINTENDENT

Developed by A.L. McGarry, M.D., 1972,
Under NIMH Grant Project No 7R01-MH-18112-01:
DHEW Publication No (ADM) 74-103

FOR SCREENING ONLY

**COMPETENCY TO STAND TRIAL
ASSESSMENT INSTRUMENT**

(Note Degree of Incapacity)

- 1. Appraisal of available legal Defenses _____
- 2. Unmanageable behaviour _____
- 3. Quality of relating to attorney _____
- 4. Planning of legal strategy, including guilty plea to lesser charges were pertinent _____
- 5. Appraisal of role of:
 - a. Defence counsel _____
 - b. Prosecuting attorney _____
 - c. Judge _____
 - d. Jury _____
 - e. Defendant _____
 - f. Witnesses _____
- 6. Understanding of court procedure _____
- 7. Appreciation of charges _____
- 8. Appreciation of range and nature of possible penalties _____
- 9. Appraisal of likely outcome _____
- 10. Capacity to disclose to attorney available pertinent facts surrounding the offence including the defendant's movements; timing; mental state, actions at the time of the offense. _____
- 12. Capacity to realistically challenge prosecution witnesses _____
- 13. Self-defeating v. self-serving motivation (legal sense) _____

Examinee _____ Examiner _____

Date _____

PERSONEEL INDUKSIE PROGRAM

Nr	Spesifieke (Standaard) Doelstellings	Aanbieder Handtekening	Datum
1	Toer van eenheid en bekendstelling aan mentor.		
2	Voorstel aan sleutelpersone in eenheid (bv eenheidsbestuurder, ens.)		
3	Bekendstel aan saalprogram		
4	Bekendstel aan inwoners		
5	Inleiding tot die rol van 'n forensiese psigiatriese Verpleegster		
6	Verduidelik van skofte werk, besoeke en verlof (etensure, ens.)		
7	Diensvoorwaardes (Personeeladmin)		
8	Sekuriteitsbeleid en prosedure		
9	Beleids- en Prosedure Handleidings van eenheid		
10	Bekendstel aan dokumentasie benodig vir Pasiëntesorg (Verpleegsorgplanne)		
11	Pasiënte insidentverslag		
12	Toelatings en ontslagprosedure		
13	Saal Missie, Visie en Filosofie		
14	Gebruik van telefoon en roepstelsel		
15	Verduidelik van konfidensialiteit en teken van Konfidensialiteitskontrak, familie of die pers se Navrae		
16	Bekendstelling aan ander eenheidslede by saalvergaderings		
17	Voorstel aan ander lede van die multi-dissiplinêre span op kliniese vergaderings		
18	Sleutel beleid en hantering van sleutelprosedure		
19	Oorname van saal, skofwisseling		
20	Verduidelik mediese noodbeleid		
21	Verduidelik psigiatriese noodbeleid		
22	Hantering van 'n aggressiewe pasiënt		
23	Standaard beleid van verbode artikels in eenheid		
24	Deursoekingsprosedure van eenheid en inwoners		
25	Standaard besoekersbeleid		
26	"Roll-call" Prosedure vir vermiste inwoners		
27	Familie of inwoners klagteprosedure		
28	Personeel "Grievance" prosedure		
29	Standard observasie beleid en prosedure		
30	"Seclusion" afsondering en "Time Out" beleid en prosedure		
31	Beleid en etiese beginsels vir die gebruik van inperking ("restraint")		
32	Beroepsveiligheid en besering-aan-diens		
33	Bekendstel van brandbeleid		
34	Inwoners interne en eksterne verlof prosedure		
35	Verduidelik inwoners kategorisering		

PERSONEEL INDUKSIE PROGRAM (vervolg) - 2 -

Nr	Spesifieke (Standaard) Doelstellings	Aanbieder Handtekening	Datum
36	Makro uitleg van res van die hospitaal en ondersteuningsdienste		
37	Standaard ontsnappingsprosedure		
38	Alle relevante Wette en Regulasies		
39	Kontak met SAP en Howe		
40	Standaard Infeksiebeheer Program		
41	Standaard eenheid se Nood- of Ramp Plan		

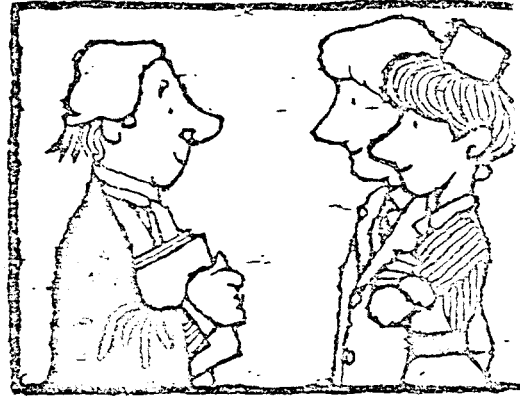
STAF-INDUKSIE PROGRAM

WEEKLIKSE BEPLANNING

MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRYDAG
ETE	ETE	ETE	ETE	ETE

Inexperience is no excuse

JOHN FINCH explains why a newly qualified or student nurse cannot simply excuse herself legally on grounds of inexperience if she makes an error which results in some harm being done to her patients.



The court held that the legal duty to take care owed by a learner driver to others, including passengers, was no less in degree than that owed to others by qualified drivers. So it is probable that, by analogy, the legal duty of care owed by a nurse learner to a patient would be viewed in the same way.

But from the nurse's point of view this legal position may seem rather unfair. And with some justification, because she was doing her best despite her relative inexperience. Why, it might be asked, should someone be penalised for doing their best even if that best was not good enough in the event?

The legal answer to this very natural question is a simple one. When two people are in dispute with one another about the presence, or absence, of legal liability the outcome is bound to produce a winner and a loser. In the nurse's case she loses if the patient succeeds in a legal action against her for compensation. She wins in the event of the patient's claim failing with the result that the patient gets no compensation for what may have been considerable injury or harm.

In effect the choice in civil legal proceedings for damages lies between the lesser of two evils. The patient's interest in remaining free from harm caused by carelessness, inexperience or whatever, and the interest of the qualified or pre-qualified professional in maintaining a respectable and unsullied reputation, are apt to be in conflict. The way in which the law normally chooses to resolve this difficult conflict in the area of the delivery of personal health care is to err in favour of the patient.

Ever since the early 1950s the law courts have tended to impose liability on a health service institution, typically a hospital, if something has harmed a patient even if it is not entirely clear precisely who was responsible for the mishap, and in what shares if more than one person was involved. This is a sort of "enterprise" liability, and it will be necessary to return to this important topic in more detail as Karen Smith ad-

vances up the career ladder in the direction of nurse management.

To sum up so far: while the law tends to favour the patient in some aspects of medical or nursing accidents – although not in all, as will also be explained later in this series – the principle of blame which underpins our system of legal liability can be somewhat softened in cases where something has gone so obviously wrong in a health care institution that the law is not too concerned to pin the blame very specifically and personally.

Not all senior health care professionals are entirely happy with this way of resolving disputes and of doing justice, since it can give little or no chance of defending a professional reputation which is under a sort of "sideways" attack. More about that later in the series when more general managerial problems come to be discussed.

To answer the second question: are the orders or instructions of a senior colleague a defence to an action for damages by an injured patient if a mistake is made to the detriment of the patient? The plain and short answer is no. In such an instance both – or all – staff involved would face the possibility of legal action. Again, judged from the point of view of the patient who has suffered as the result of an error or mistreatment of some kind, the effect is exactly the same wherever the instruction came from to do what turned out to be a harmful act.

But, yet again, the apparent severity of the law is tempered to a degree when the third of the three questions is answered. This question, it will be remembered, was about the legal position of a superior colleague who issues to a junior an order to do something of which the senior knew, or ought to have known, she was incapable, or in relation to which there was at least a distinct lack of experience.

While the strict legal position of the learner and of the postqualification nurse with but little experience beyond

the training course remains the same, the emphasis of legal action in the case under discussion is directed much more clearly at the person whose fault was in giving the instruction. That, too, is a fault for which the law can impose blame and therefore legal liability.

The particular shares of any blame to be taken will vary in different cases. But it can be said generally that the clearer it was that the instruction was wrong or inadvised, the more the junior nurse will stand to be blamed. That is tempered, on the other hand, by the degree of blame which ought to be shouldered by the senior colleague who ought in all the circumstances of the case to have known better. On this test of liability it could well happen that 100 per cent of the blame for an accident to a patient might be placed on the staff member responsible for the instruction or order.

Here the question of "enterprise" liability, the liability in respect of the total system or organisation, could arise. It might be argued on behalf of an injured patient in such a case that the very set-up which allowed such an event to take place was to blame, over and above the blame to be borne by one or more individuals.

The patient would not, of course, stand to get more compensation than would ordinarily have been due if the system had not itself been judged at fault. But it would lead to a greater chance of compensation by way of this extra route to legal liability.

It has been made very clear in this article that the principle according to which proof of blame is required if a patient is to stand any chance of success in a legal action for injury can be a worry for both patients and staff. For patients, because it is not always at all easy or straightforward to make out a case even when something has gone wrong, maybe quite badly wrong. For staff, because the prospect of the finger of blame being pointed as the result of an adverse finding or judgment is never a happy prospect

Next week: What is negligence?

**VRAELYS: PASIËNTE
(gestruktureerde onderhoude)**

DATUM.....

INSTANSIE.....

1. PERSOONLIKE BESONDERHEDE:

1.1 Geslag:

MANLIK	01	VROULIK	02
--------	----	---------	----

1.2 Ouderdom in jaar :.....

1.3 Huwelikstaat:

Getroud	01
Ongetroud	02
Geskei	03
Vervreemd	04
Weduwee/wewenaar	05
Woon saam	06

1.4 Ras:

Blank	01
Kleurling	02
Swart	03
Indiër	04

1.5 Adres:

Landelik	01
Stedelik, hoë bendebedrywigheid	02
Stedelik, lae bendebedrywigheid	03
Ander: spesifiseer	04

1.6 Tipe woonplek:

Huiseienaar	01
Huurhuis	02
Woon by ouers/familie	03
Woon by vriende	04
Woonstel	05
Ander: spesifiseer	06

1.7 Aantal jare by huidige adres:

1.8 Aantal jare by vorige adres:

1.9 Het u kinders?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

1.10 Wat is u hoogste vlak van opleiding:

Laerskool	01
Hoërskool	02
Technikon	03
Universiteit	04
Ander: spesifiseer	05

1.11 Wat is u kerkverband?

.....

2. SOSIO-EKONOMIESE STATUS:

2.1 Het u gewerk voordat u hier toegelaat is?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.2 Watter tipe werk het u gedoen?

.....

2.3 Verdien u tans 'n inkomste?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.4 Is u tans met siekverlof?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.5 Behoort u aan 'n siekefonds?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.6 Is u werkgewer bewus van u toelating?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.7 Is u ontslaan weens u toelating?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

3. TOELATING

3.1 Waar is u tans?

Hospitaal	01
Psigiatriese inrigting	02
Plek vir veilige bewaring	03
Tronk	04
Ander: Spesifiseer	05

3.2 Wie het u hierheen verwys?

Uself	01
Die Hof	02
U prokureur	03
Weet nie	04
Ander: Spesifiseer	05

3.3.1 Weet u familie dat u hier is?

Ja	01
Nee	02
Weet nie	03

3.3.2 Indien nee, waarom nie?

3.3.3 Het u familie u al besoek sedertdien u hier is?

J A	01	N E E	02
-----	----	-------	----

3.4 Die hoeveelste keer is dit dat u hier toegelaat is?

Eerste keer	01
Tweede keer	02
Derde keer	03
Meer as drie keer	04
Weet nie	05

3.5 Wanneer is u toegelaat?

3.6 Waarom is u hier?

Misdaad	01
Gedrag	02
Weet nie	03
Ander: Spesifiseer	04

3.7.1 Is u al ooit deur die polisie gearresteer?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

3.7.2 Indien ja, spesifiseer

.....

.....

.....

3.8.1 Was u al ooit in die tronk?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

3.8.2 Indien ja, hoeveel keer?

Een	01
Twee	02
Drie en meer	03

3.8.3 Wat was die rede(s)

.....

.....

.....

3.5.1 Behoort u aan enige bende?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

3.5.2 Wat is die naam van die bende?

Spesifiseer	01
Wil nie sê nie	02

4. DIENSTE:

4.1 Het u al voorheen van forensiese dienste gehoor?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.2 Wat verstaan u onder forensiese dienste?

.....

.....

.....

4.3.1 Het u al voorheen enige kontak met psigiatriese dienste gehad?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.3.2 Indien Ja, verduidelik

.....

.....

4.3.3 Indien Ja, was dit as 'n:

Buitepasiënt	01
Binne-pasiënt	02

4.3.4 Indien Ja op vraag 4.3.1, was dit 'n:

Staatsinrigting	01
Privaatinrigting	02
Korrektiewe dienste	03

4.4 Het die personeel u bekend gestel aan:

	JA 01	NEE 02
Slaapsaal	01	02
Badkamers	01	02
Toilette	01	02
Ontspanningsarea	01	02
Eetsaal	01	02
Kantoorareas vir onderhoude	01	02
Ander personeellede	01	02
Mede-inwoners	01	02
Ander: Spesifiseer	01	02

4.5 Het die personeel vir u verduidelik:

Opstaantye	01	02
Slaaptye	01	02
Etenstye	01	02
Reëls t.o.v. besoekers	01	02
Maak van telefoonoproepe	01	02
Ontvangs van telefoonoproepe	01	02
Besoektye (familie en vriende)	01	02
Besoektye (ander bv. Prokureur)	01	02
Sport- en ontspanning	01	02
Rook	01	02
Ontvangs van geskenke	01	02
Spesiale versoeke byvoorbeeld om iemand te spreek	01	02
Briewe skryf of ontvang	01	02
Hantering van privaat eiendom	01	02

4.6 Het u al kontak met die volgende personeel gehad?

Geneesheer	01	02
Psigiater	01	02
Maatskaplike werker	01	02
Sielkundige	01	02
Arbeidsterapeut	01	02
Eenheidsbestuurder	01	02
Ander: spesifiseer	01	02

4.7.1 Gebruik u dagga tans?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.7.2 Waar kry u dit?

.....

.....

4.8 Gebruik u alkohol tans?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.9.1 Dink u dat u enige regte het terwyl u hier is?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.9.2 Brei uit op u antwoord

.....

.....

.....

.....

4.9.2 Is u regte aan u verduidelik ("patients' Charter of rights")

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.10 Hoe lank moet u hier bly?

.....

.....

4.10.1 Is daar aan u verduidelik wat die verloop van die evaluasieproses is terwyl u in die inrigting is?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.10.2 Wat is die verloop van die evaluasieproses terwyl u in die inrigting is?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.12 Is u tevrede met die fasiliteite (geriewe)?

	JA 01	NEE 02
Aanspreekvorm	01	02
Slaapplek	01	02
Kos	01	02
Klere	01	02
Wasgeriewe	01	02
Besoektye	01	02
Reëls van die afdeling	01	02
Ander: Spesifiseer	01	02

4.12 Wat is u stokperdjies of tydens u vrye tyd?.....

.....

.....

4.13 Watter probleme ervaar u tydens u verblyf hier?

.....

.....

.....

4.14 Wat kan gedoen word om die diens te verbeter?

.....
.....
.....
.....

4.14 Is daar enige iets waarmee u nie saamstem nie, byvoorbeeld sekere reëls?

Spesifiseer

.....
.....
.....
.....

INLIGTING UIT PASIËNTREKORD**1. BIOGRAFIESE BESONDERHEDE:**

1.1 Ouderdom (in jaar)

1.2 Huwelikstaat:

Ongetroud	01
Getroud	02
Geskei	03
Woon saam	04
Onbekend	05

1.3 Aantal kinders:

1.4 Woonplek:

Huiseienaar	01
Huis/woonstel Huurder	02
Huur kamer	03
Familie	04
Ander: spesifiseer	05
Onbekend	06

1.5 Opvoedkundige vlak (hoogste kwalifikasie)?

1.6 Beroep?

1.7 Inkomste?

1.8 Kollaterale geskiedenis verkry van familie/vriende. Verduidelik.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.9.1 Het die pasiënt 'n regsverteenwoordiger?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

1.9.2 Beskryf die aard van kontak met die regsverteenwoordiger tot op datum.....

.....

.....

.....

2. SOSIALE GESKIEDENIS:

2.1 Rook:

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.1.2 Spesifiseer:

Sigarette (kommersieël)	01
Sigarette (rol self)	02
Pyp	03
Sigare	04
Dagga	05
Ander: Spesifiseer	06
Onbekend	07

2.2.2 Alkoholgebruik:

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.2.2 Spesifiseer die tipe en hoeveelheid:

.....

.....

.....

2.3.1 Dagga gebruik:

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

2.3.2 Spesifiseer die tipe en hoeveelheid:

.....

.....

.....

2.4 Enige ander middels wat gebruik word:

.....

.....

.....

3. **MEDIESE GESKIEDENIS:**

3.1 Geskiedenis van siektetoestande:

.....

.....

.....

3.2 Geskiedenis van vorige operasies.....

.....

.....

.....

4. **MEDIKASIE:**

4.1

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4.2 Spesifiseer:

Middel	Dosis	Aantal dae wat dit reeds gebruik word

5. **TOELATING:**

5.1 Rede vir toelating:.....

.....

5.2 Deur wie is die persoon verwys?.....

.....

5.3 Fisieke ondersoek: Meld enige abnormaliteite of probleme.....

.....

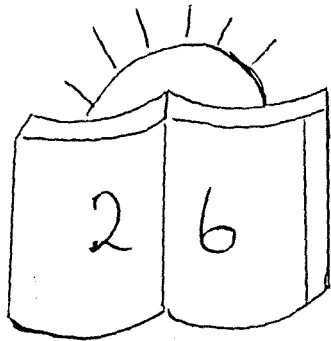
5.4 Psigiatriese evaluasie met toelating:.....

.....

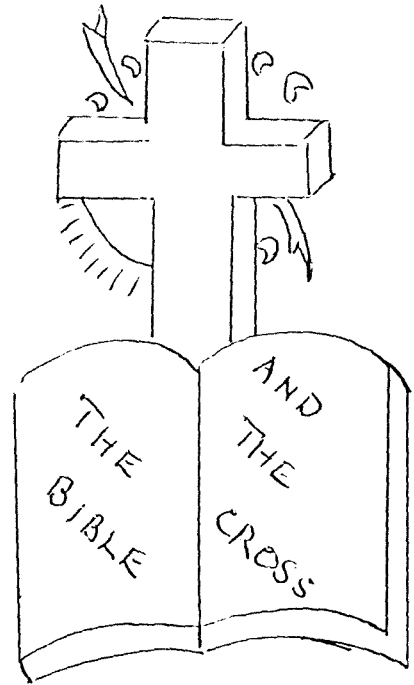
5.5 Psigiatriese diagnose met toelating:

.....

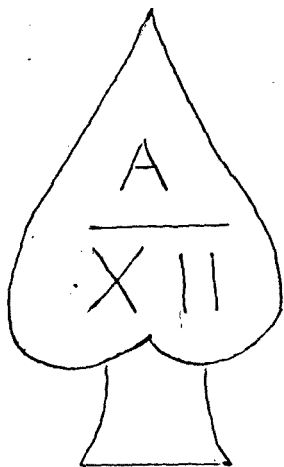
Voorbeelde van tatoeëermerke



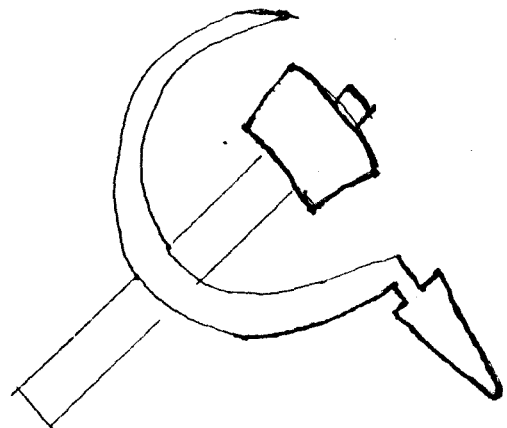
(26)



CHICO (26)



(Fast II)



(Desperado)

DIXI-BOY

VRAELYS: personeel

Geagte Kollega

Ek is 'n ingeskrewe student aan die Universiteit van Stellenbosch en besig met navorsing oor *Forensiese Psigiatriese verpleegdienste in Suid-Afrika*. Ek sal dit waardeer indien u die onderstaande vraelys sal voltooi. Alle inligting sal as vertroulik beskou word en die vraelys word anoniem voltooi.

Baie dankie vir u vriendelike samewerking

.....

Mnr A Engel

- 1.1 Sommige instansies werk nou saam met die korrektiewe dienste. Is u instansie verbonde aan enige spesifieke diens?

Ja	01
Nee	02
Weet nie	03

- 1.2 Spesifiseer die instansie.....

2. Dui asseblief aan die owerheid waar u dink die diens waar u werksaam is, moet onder resorteer?

Departement van Gesondheid	01
Departement van Justisie	02
Departement van Korrektiewe Dienste	03
Ander: Spesifiseer	04

- 3.1 Moet Forensiese Psigiatriese Verpleegdienste as 'n spesialiteitsdiens geklassifiseer word by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

- 3.2 Moet 'n spesiale kursus/program ingestel word vir opleiding in Forensiese Psigiatriese Verpleging?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

4. Moet daar 'n **verpleegpersoon** wees wat die dienste op nasionale vlak koördineer?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

5. Moet daar 'n **nie-verpleegkundige** wees wat die dienste op nasionale vlak koördineer?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

6. Hoe lank is u werksaam in die huidige diens?(in jare).....

7. Het u 'n kwalifikasie in psigiatrisse verpleegkunde?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

8.1 Het u spesiale opleiding in forensiese verpleging ontvang.

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

8.2 Indien ja, brei uit:

.....

.....

9. Dui u dienststaat vir die huidige maand aan:

KATEGORIE	DAGDIENS	NAGDIENS
Geregistreerde Verpleegkundiges		
Ingeskrewe Verpleegkundiges (stafverpleegkundiges)		
Verpleeghulpe (assistent verpleegsters)		
Huishoudelike personeel		
Sekuriteitspersoneel		
Administratiewe en klerklike personeel		

10.1 Hoeveel pasiënte is tans in u eenheid?.....

10.2 Wat is die maksimum aantal pasiënte wat in u saal geakkommodeer kan word?...:.....

11. Is daar 'n gevallebestuurder ("case manager") vir elke pasiënt?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

12. Moet 'n verpleegkundige werksaam in 'n forensiese eenheid 'n spesiale toelaag ontvang ("danger pay")?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

13. Is Forensiese Psigiatriese dienslewering deel van 'n verpleegkundige se taak?

JA	01	NEE	02
----	----	-----	----

14. Wat is u rang?

Adjunk-Direkteur	01
Assistent-Direkteur	02
Verpleegdiensbestuurder	03
Hoofverpleegkundige	04
Senior Geregistreerde Verpleegkundige	05
Geregistreerde Verpleegkundige	06
Ingeskrewe Verpleegkundige (stafverpleegkundige)	07
Verpleeghulp (assistentverpleegster)	08

ANDER KOMMENTAAR/OPMERKINGS:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Baie dankie vir u samewerking.

Forensic Psychiatric nursing in the United Kingdom:

A) Special care units:

- “The determination and evolution of standards for forensic psychiatric nursing.”

- A.1. Name of Institution:
2. Address:
3. Department:
4. Prison Services Support:
5. Mission and Objectives:
6. Models:
7. Lay – Out:
8. Facility:
9. Grades of Security:
10. Nursing Standards for special care units:
11. Quality Assurance:
12. Record keeping system:
13. Total No. of patients / residents:
14. Staff/ patient ratio:

B) Patients / Residents:

Acts:-

1. Ways of referral:
2. Legal representation:
3. Rights of the patient:
4. Systems Policy Manuals:
5. Identification and Categories:
6. Accommodation:

7. Personal belongings:
8. Patients Day structure:
9. Rehabilitation Programme:
10. Occupational therapy:
11. Behaviour Modification programme:
12. Transport / Escort of the patient:
13. Ways of communication (Post and Phone):
14. Visitors Policy:
15. Stigmatises / Deprives of rights:
16. Absconds / Escapes:

C. Staff:-

1. Regional Forensic Psychiatric nurse advisor:
2. Nursing mission / Philosophy:
3. Multidisciplinary team:
4. Nursing staff:
5. Nursing qualifications:
6. Training:- In service training and staff development
 - _ Specific skills and knowledge (Counselling)
 - _ Specific observation skills.
 - _ Case presentations / Ward rounds
 - _ Court attendance
 - _ Nursing intervention
7. Nursing Management:
8. Written nursing policies _manuals:
9. Written nursing procedure _manuels:
10. Staff indemnity:
11. Staff support systems:

12. Staff duty sheets:
13. Staff security systems (protection):
14. Staff selection:
15. Orientation and Induction Policy:

D. Risk Evaluation:

“ Dangerousness behaviours”

1. Assessment of dangerous patient:
2. Factors of potencial risks:
 - _ Social back round.
 - _ Previous history.
 - _ Drug abuse.
 - _ Previous offences.
3. Categorise of dangerous behaviours:
4. Management of dangerous behaviours:
5. Therapeutic use of security:
6. Security systems // Alarm:
7. Seclusion; restrain; time-out:
8. (“Punishment”) repremand:
9. Unit and patient search:
10. “ Roll call”
11. Key control:
12. Disaster plan:

E. ROLE AND FUNCTIONS OF THE FORENSIC PSYCHIATRIC NURSE

1. As counsellor:
2. Psychotherapy:
3. Intervention Analysis:
4. Patient Advocate:
5. Educator:
6. Groups:
7. Input and Decision on Management of Patients:

RIGLYNE VIR DIE EVALUERING VAN VERPLEEGAKTIWITEITE IN 'N FORENSIESE PSIGIATRIESE EENHEID

INSTRUKSIES

As volg is spesifieke riglyne met kriteria vir die evaluering van verpleegaktiwiteite in 'n forensiese psigiatriese eenheid.

Merk af by elke kriterium in die **JA** kolom indien dit volledig en korrek is, in die **NEE** kolom indien dit afwesig, onvolledig of foutief is en in die **NIE VAN TOEPASSING (NVT)** kolom indien dit nie van toepassing is nie.

Tel die totale aantal items op wat van toepassing was onder elke riglyn. Bereken die aantal "ja" items en bereken dan die persentasie vir daardie spesifieke riglyn:

Aantal "ja" items / totale aantal items van toepassing x 100 = persentasie

Skryf in die spasie onder "opmerkings" enige inligting ter verduideliking van of aanvullend tot wat u gevind het.

Die riglyne is ten opsigte van:

- Riglyn 1: Organisering
- Riglyn 2: Protokolle, prosedure- en beleid
- Riglyn 3: Verpleegsorg
- Riglyn 4: Personeel
- Riglyn 5: Fisiese fasiliteite en toerusting

RIGLYN 1: Die eenheid beskik oor 'n geskrewe organisatoriese plan wat die hiërargiese struktuur beskryf en 'n meganisme wat deelnemende beplanning en besluitneming moontlik maak

KRITERIA	JA	NEE	NVT
'n Geskrewe organisatoriese plan is beskikbaar vir die eenheid			
'n Taakomsrywing bestaan vir elke rang binne die eenheid			
Die visie, misie en doelstellings vir die instelling is beskikbaar en sigbaar			
Die visie, misie en doelstellings vir die eenheid is beskikbaar en sigbaar			
Doelstellings word minstens jaarliks geëvalueer vir toepaslikheid en of dit bereik is			
'n Multidissiplinêre spanbenadering word in die eenheid gevolg en al die spanlede is aktiewe deelnemers in die pasiënt se versorging			
TOTAAL			
PERSENTASIE			

Opmerkings:.....

.....

.....

.....

RIGLYN 2: Geskrewe standaarde, protokolle, prosedure- en beleishandleidings is beskikbaar ten einde te verseker dat optimale sorg gegee word

KRITERIA	JA	NEE	NVT
Die volgende wette en verwante regulasies is beskikbaar: <input type="checkbox"/> Wet op Geestesgesondheid nr. 18 soos gewysig <input type="checkbox"/> Wet op Verpleging nr 50 van 1978 soos gewysig <input type="checkbox"/> Wet op Gesondheid nr 63 van 1977 soos gewysig <input type="checkbox"/> Strafproses Wet nr 51 van 1977 <input type="checkbox"/> Wysigingswet op Strafregtelike aangeleenthede 1998 <input type="checkbox"/> Grondwet van Suid-Afrika 1996			
Die "Handves vir die Regte van die pasiënt" is in die saal beskikbaar en word gebruik			
'n Prosedure-handleiding beskryf alle prosedures wat in werking gestel en uitgevoer moet word ten opsigte van 'n : <input type="checkbox"/> Risikobeheerprogram <input type="checkbox"/> Saalprogram <input type="checkbox"/> Rehabilitasieprogram <input type="checkbox"/> Gedragsmodifikasieprogram			
Alle handleidings is op datum, volledig, en is gedurende die voorafgaande jaar hersien			
Rekord word gehou dat die handleidings deur alle personeellede bestudeer word			
Standaardprotokolle is beskikbaar t.o.v. <input type="checkbox"/> Toelatingsprosedure <input type="checkbox"/> Begeleidingsprosedure <input type="checkbox"/> Besoekersprosedure <input type="checkbox"/> Ontsnappingsprosedure <input type="checkbox"/> Afsonderingsprosedure <input type="checkbox"/> Observasieprosedure <input type="checkbox"/> Deursoekingsbeleid <input type="checkbox"/> Hantering van aggressiewe pasiënte <input type="checkbox"/> Beheer oor sleutels <input type="checkbox"/> Sekuriteitspersoneel			
Verpleegrekords word ten minstens een maal per			

maand geoudit			
KRITERIA	JA	NEE	NVT
Selfstandige navorsing word aangemoedig			
'n Gehalteversekeringsprogram bestaan in die eenheid en word nagevolg			
TOTAAL			
PERSENTASIE			

Opmerkings:.....

.....

.....

.....

RIGLYN 3: Verpleegsorg word op 'n veilige, doeltreffende en terapeutiese wyse gelewer

KRITERIA	JA	NEE	NVT
Verpleegsorg word beplan volgens die beginsels van die wetenskaplike proses van verpleging (verpleegproses)			
'n Individuele verpleegsorgplan word vir elke pasiënt opgestel			
Verpleegsorgplanne word minstens weekliks hersien en aangepas waar nodig			
Met toelating word 'n volledige beraming van die pasiënt se behoeftes deur 'n geregistreerde verpleegkundige gedoen			
Geskrewe kriteria bestaan vir verwysing na die: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hof <input type="checkbox"/> Psigiater <input type="checkbox"/> Maatskaplike werker <input type="checkbox"/> Ander: spesifiseer 			
Die pasiënt het altyd toegang tot private of staatsondersteunde regsverteenvoording			
Alle inwoners moet te alle tye geïdentifiseer wees volgens die beleid van die inrigting			
'n Formele prosedure moet beskikbaar wees om die pasiënt na ontslag op te volg			
Die verpleegkundige doen die volgende observasies van die pasiënt: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> algemene gedrag in eenheid <input type="checkbox"/> konsentrasievermoë <input type="checkbox"/> geestestoestand (bv. Hallusinasies) <input type="checkbox"/> oriëntasie ten opsigte van tyd, plek, persoon <input type="checkbox"/> Interpersoonlike verhoudings met ander pasiënte, familie en personeel 			
Die verpleegkundige doen gevallevoordragte tydens formele saalrondes			
TOTAAL			
PERSENTASIE			

Opmerkings:.....

.....

RIGLYN 4: Die bestuur van die personeelkomponent is bevorderlik vir gehaltesorg

KRITERIA	JA	NEE	NVT
Die verpleegpersoneellid in beheer van die eenheid: <input type="checkbox"/> is 'n geregistreerde verpleegkundige <input type="checkbox"/> het 'n kwalifikasie in psigiatrisese verpleegkunde <input type="checkbox"/> het 'n kwalifikasie in verpleegadministrasie <input type="checkbox"/> het opleiding/ ervaring in forensiese psigiatrisese verpleging			
Alle geregistreerde verpleegkundiges werksaam in die eenheid moet 'n kwalifikasie in psigiatrisese verpleegkunde hê			
Daar is te alle tye (24 uur) 'n geregistreerde verpleegkundige in die saal teenwoordig			
Die verhouding tussen verpleegpersoneel en pasiënte is 1:0.49			
Slegs geregistreerde verpleegkundiges behoort in die eenheid te werk			
Die eenheid moet oor die volgende beskik: <input type="checkbox"/> werwingsprogram <input type="checkbox"/> keuringsprogram			
Die verpleegpersoneellid in beheer van die eenheid moet by die aanstelling van verpleegpersoneel betrokke wees			
Die volgende kategorieë personeel moet beskikbaar wees: <input type="checkbox"/> verpleegpersoneel <input type="checkbox"/> huishoudelike personeel <input type="checkbox"/> administratiewe personeel <input type="checkbox"/> sekuriteitspersoneel <input type="checkbox"/> ander lede van die multidissiplinêre span			
Personeeltoewysing word volgens 'n wetenskaplike bepaling bv. 'n werkladingsindeks gedoen			
Begeleiding van pasiënte word deur die Suid-Afrikaanse Polise gedoen			
Oriëntasie en induksie van personeel <input type="checkbox"/> alle nuwe personeel word georiënteer <input type="checkbox"/> 'n geskrewe oriëntasieprogram is beskikbaar			

KRITERIA	JA	NEE	NVT
Indiensopleiding: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 'n geskrewe indiensopleidingsprogram is beskikbaar <input type="checkbox"/> indiensopleidingsessies word minstens een keer per maand aangebied <input type="checkbox"/> rekord word gehou van alle personeel wat indiensopleidingsessies bywoon <input type="checkbox"/> verpleegpersoneel word opgelei ten opsigte van die volgende: <ul style="list-style-type: none"> • berading • hantering van aggressiewe pasiënte • waarnemingsvaardighede • opstel van verpleegsorgplanne • neem van pasiënt se geskiedenis • bywoning van hofverrigtinge • gevallevoordragte • inspeksie/ saalrondes 			
Evaluering van personeel: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> alle personeel word drie-maandeliks geëvalueer <input type="checkbox"/> tekortkominge word met personeel bespreek en hulp word voorsien om verbetering te bewerkstellig <input type="checkbox"/> personeel lewer 'n inset in sy/haar evaluering <input type="checkbox"/> 'n geskrewe dissiplinêre prosedure bestaan in die eenheid 			
'n Geskrewe griewe-prosedure bestaan in die eenheid			
Voortgesette opleiding: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personeel word aangemoedig om kwalifikasies te verbeter en studieverlof word toegestaan <input type="checkbox"/> Spesiale verlof word toegestaan sodat personeel werksinkels, simposiums, kongresse kan bywoon 			
TOTAAL			
PERSENTASIE			

Opmerkings:.....

.....

RIGLYN 5: Die fisiese fasiliteite en toerusting moet beantwoord aan die doel waarvoor dit ontwerp is en moet tot die voordeel van die pasiënt en dit moet bevorderlik wees vir die handhawing van 'n terapeutiese omgewing

KRITERIA	JA	NEE	NVT
<p>Die volgende areas moet beskikbaar, skoon en netjies wees:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kombuis <input type="checkbox"/> 'n oop-plan area word as eetsaal gebruik <input type="checkbox"/> Slaapsale (voldoende privaatheid, voldoende ruimte vir bewaring van pasiënt se besittings, pasiënt kan persoonlike besittings ten toon stel) <input type="checkbox"/> badkamers en toilette is ingerig met voldoende baddens, staalwasbakke, toilette en voorsien voldoende privaatheid <input type="checkbox"/> kliniese ondersoekarea <input type="checkbox"/> linnekamer met wasgeriewe <input type="checkbox"/> area vir die spoel van linne <input type="checkbox"/> besoekersarea (toegerus met 'n eenrigtingvesnter en bergplek vir pakkies) <input type="checkbox"/> industriële area <input type="checkbox"/> eet- en ontspanningsarea vir personeel <input type="checkbox"/> buite-area ("court yard") <input type="checkbox"/> dagkamer met 'n televisiestel bedek met <i>perspex</i>, ingeboude radio/ musieksentrum <input type="checkbox"/> behandeling van siek pasiënte <input type="checkbox"/> stoorarea met 'n kas vir die bewaring van alle gereedskap <input type="checkbox"/> biblioteek <input type="checkbox"/> snoepwinkel <input type="checkbox"/> arbeidsterapie area met 'n versterkte deur, kantoorarea, eenrigtingvenster vanaf kantoorarea, paniekalarms, pasiënt werksarea 			
<p>Die volgende toerusting is beskikbaar in die behandelingsarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bloeddrukaparaat <input type="checkbox"/> termometers <input type="checkbox"/> or-, neus- en keelondersoekstel <input type="checkbox"/> reflekshamer <input type="checkbox"/> om urine, bloedglukose en hemoglobienwaarde te bepaal <input type="checkbox"/> verbruikbare voorrade byvoorbeeld 			

verbande, alkoholdeppers, spuite, naalde			
<p>Veiligheid van pasiënte en personeel</p> <ul style="list-style-type: none"> □ sekuriteitsbeheerpunt: <ul style="list-style-type: none"> • is toegerus met 'n area sodat besoekers deursoek kan word • het toilette vir gebruik deur besoekers • het 'n area waar besoekers kan wag • is toegerus met televisie-monitors • het 'n kontrolepunt vir die ligte • beskik oor 'n radiobehereerpunt • beskik oor 'n interkomstelsel • kan te alle tye kontak maak met die Suid-Afrikaanse polisie • beskik oor 'n brandalarmstelsel • kan kontak maak met die verpleegbestuurder □ beheer word oor skerp voorwerpe uitgevoer □ ligte is beskerm met toepaslike bedekkings □ ligte is 24 uur van die dag en nag aangeskakel □ personeel en pasiënte word beskerm teen besering □ pasiënte kan altyd deur 'n "loergaatjie" geobserveer word □ die area waar toerusting op- en afgelaai word moet veilig wees □ 'n interkomstelsel met paniekalarms is in werkende orde □ die sport- en ontspanningsterrein is veilig □ kaste is gesluit □ Sleutels word effektief hanteer: <ul style="list-style-type: none"> • Sentrale sleutelbeheer word by sekuriteit toegepas • 'n looper vir alle deure is by die sentrale sekuriteitspunt beskikbaar • alle buitedeure is met 'n silinderslot toegerus • alle binnedeure is met 'n silinderslot toegerus • veiligheidshekke is by alle buiteingange sowel as die ingang na slaapareas en kombuisareas 			

<p>aangebring</p> <ul style="list-style-type: none"> • die persoon in bevel beskik altyd oor die sleutels van kaste wat toegesluit word • <input type="checkbox"/> pasiënte kan te alle tye deur 'n televisiemonitor waargeneem word <input type="checkbox"/> veiligheidsvensters met draad en diefwering is aan die buitekant van die vensters aangebring <input type="checkbox"/> toilette is toegerus met halwe toiletdeure <input type="checkbox"/> beheer word uitgevoer oor die gebruik van seep, tandeborsels en waslappe of ander persoonlike items wat gebruik word 			
<p>Rampbeheer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 'n geskrewe rampplan is beskikbaar <input type="checkbox"/> brandblussers en brandslange is beskikbaar en word drie-maandeliks gekontroleer <input type="checkbox"/> demonstrasies oor brand- en ontruimingsprosedures word vir alle personeel gehou <input type="checkbox"/> oefeninge van brand- en ontruimingsprosedures word twee keer jaarliks gedoen <input type="checkbox"/> kaste met noodtoerusting is beskikbaar 			
<p>'n Openbare telefoon is vir pasiënte se gebruik beskikbaar. Voldoende muntstukke en/of telefoonkaarte is in die saal verkrygbaar</p>			
<p>Die omgewing is terapeuties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mure en vloere is skoon <input type="checkbox"/> voldoende gemakstoel vir besoekers <input type="checkbox"/> voldoende meubels vir pasiënte <input type="checkbox"/> versierings is teen die mure <input type="checkbox"/> alle meubels is skoon, heel en veilig vir gebruik deur die pasiënte 			
<p>TOTAAL</p>			
<p>PERSENTASIE</p>			

Opmerkings:.....

.....

.....

.....

HOE OM VERKLARINGS TE SKRYF

Daar word dikwels van verpleegsters verwag om verklarings te skryf oor voorvalle in die professionele praktyk.

Verklarings wat goed opgestel is, kan van groot waarde wees om 'n mens se geheue te verfris, veral in geval van 'n hofspraak of 'n navraag maande na die voorval. Aan die ander kant kan 'n swakgeskrewe verklaring inkriminerend wees.

In hierdie pamflet gee die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging praktiese advies oor hoe 'n verklaring geskryf moet word en, deur middel van 'n voorbeeld, hoe dit nie geskryf moet word nie.

PRAKTIESE ADVIES OOR HOE OM VERKLARINGS TE SKRYF

- Skryf kort, duidelik en saaklik.
- Moenie enige gevolgtrekkings probeer maak nie, meld net die feite tot u beskikking. Beskryf die gebeure in die volgorde waarin dit gebeur het.
- Probeer om die verklaring kort en ter sake te hou. Moet onder geen omstandighede enigiets skryf wat u kan benadeel of inkrimineer nie. As u iets nie sien gebeur het nie, moenie skryf wat u dink gebeur het nie.
- Probeer om verklarings onafhanklik te skryf. Moenie die inhoud daarvan met kollegas bespreek of met hulle ooreenkom oor wat om te skryf nie.
- Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging sal graag help en kan geraadpleeg word voordat die verklaring geskryf word.
- Probeer om die verklaring so gou moontlik na die voorval te skryf, maar liever nie terwyl emosies nog hoog loop nie.

- Maak seker dat u 'n afskrif hou van enige verklaring wat u aan die hospitaalowerhede maak, en hou dit vir ten minste drie jaar daarna. Verwys na dié verklaring as u die aangeleentheid daarna met die SA Polisie moet bespreek. Onthou dat u onder geen verpligting is om so 'n verklaring aan die Polisie te doen nie.
- Indien u te eniger tyd bedreig voel of voel dat u posisie delikaat is, moet u weier om 'n verklaring te maak tot tyd en wyl u die geleentheid gehad het om die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging of u werkgever se regsverteenvoerder te raadpleeg.

HOU DIE VOLGENDE IN GEDAGTE

- U werkgever kan vereis dat u die verklaring op 'n spesiale vorm skryf. Indien nie, moet die verklaring op 'n skoon vel papier geskryf word. Gebruik 'n opskrif, bv.:
Voorval rakende pasiënt X. Brown,
Hospitaalnommer 180653.
- U moet die verklaring onderteken en dateer.
- Maak seker dat die feite in u verklaring ook op die pasiënt se kaart verskyn.
- Skryf leesbaar.
- Moenie afkortings gebruik wat nie algemeen in gebruik is nie of verkeerd geïnterpreteer kan word.
- Indien daar enige getuies by die voorval betrokke was, moet hulle name in die verklaring genoem word.

Die volgende is 'n voorbeeld van hoe 'n verklaring NIE geskryf moet word nie:

"Ek, suster J. Smith, was op 10 Julie 1987 om 18h00 in die gang toe ek iemand uit die saal om hulp hoor roep. Ek het na die saal gehardloop en gesien dat mev. Brown uit die bed geval het. Ek het haar gehelp om weer in die bed te kom en haar observasies gedoen. Dit was normaal. Ek het toe die dokter in kennis gestel."

Vra uself die volgende vrae af omtrent bogenoemde verklaring:

- Hoe het suster Smith geweet dat mev. Brown uit die bed geval het? Dit is 'n verklaring wat u kan inkrimineer omdat dit allerhande vrae laat ontstaan oor waarom niemand 'n ogie oor mev. Brown gehou het nie, waarom die bed nie bed kante gehad het nie, ens.
- Watter observasies?
- Wat is "normaal" vir mev. Brown?
- Watter dokter? Hoe gou na die voorval is hy in kennis gestel? Wat het hy gedoen?

Kom ons herskryf nou suster Smith se verklaring sodat dit haar nie sal inkrimineer nie en sodat sy 'n dokument het met al die nodige besonderhede indien sy dit in 'n later stadium nodig kry.

"Ek, suster J. Smith, was op 10 Julie 1987 om 18h00 in die gang by Saal 6 van die Queen-hospitaal toe ek iemand uit die saal om hulp hoor roep. Ek het na die saal gehardloop en gesien dat mev. X. Brown, hospitaalsnommer 180653, langs haar bed op die vloer lê. Ek het haar in die bed in gehelp en die volgende observasies gedoen: B.D. 100/80, P-20, A-20. Daar was geen opvallende skaafplekke of uiterlik waarneembare kneusplekke nie. Ek het hierdie inligting op haar kaart aangeteken. Ek het dr. H. van der Merwe om 18h30 in kennis gestel en hy het mev. Brown om 19h00 ondersoek."

**LASBRIEF TOT OORPLASING VAN 'N PERSOON WAT AANGEHOU WORD, NA 'N INRIGTING, VIR
ONDERSOEK KRAGTENS DIE BEPALINGS VAN HOOFSTUK 13**

[Strafproseswet, 1977 (Wet 51 van 1977), artikels 77, 78 en 79]

Vingerafdruk No.	Polisiekantoor	M.R. No.	Saak No.
.....

Aan die (1)
en aan die † *Geneeskundige Superintendent* *hospitaal/psigiaters*:

(1) Dr. van

(2) Dr. (6) van

AANGESIEN dit † *blyk/beweer* word dat (2)
'n (3) persoon aangekla van die misdaad van
en deur u, genoemde (1) aangehou by die

..... kragtens 'n lasbrief uitgereik deur die † *Streeklanddros/Landdros vir die distrik/streekafdeling*

..... /
Regter van die † *Provinsiale/Plaaslike Afdeling van die Hooggeregshof van*

Suid-Afrika op † aan 'n geestesongesteldheid of geestesgebrek † *ly/gely* het
tydens die pleging van die misdaad en dit wenslik is dat † *hy/sy* ingevolge artikel (4)

van die Strafproseswet, 1977, na vir sielsiekes vir ondersoek vir

* dae verwyder word.

So word u, genoemde (1) en u, genoemde † *Geneeskundige Superintendent/Psigiaters* hierby gelas om aan die Hofbevel soos hieronder uiteengesit te voldoen:

† 1. Ooreenkomstig die bepalings van artikel (4) van die Strafproseswet, 1977, gelas ek dat
(2)
na verwyder word en dat † *hy/sy* daar ondersoek word.

2. Ek gelas ook dat bogenoemde psigiaters/superintendent ondersoek instel of die beskuldigde vanweë
geestesongesteldheid of geestesgebrek—

(a) oor die vermoë beskik om die hofverrigtinge dermate te begryp dat **hy sy** verdediging na behore
kan voer;
en/of

(b) ten tye van die pleging van die misdryf vir die ten laste gelegde misdryf strafregtelik toerekenbaar
is, d.i. of hy bevoeg was om—

(i) die ongeoorlooftheid van die handeling te besef;
of

(ii) ooreenkomstig 'n besef van die ongeoorlooftheid van sy handeling op te tree.

3. Ek gelas ook dat die † *Geneeskundige Superintendent/Psigiaters* sy/hulle verslag(e), ingevolge artikel
(4)

..... van die Strafproseswet, 1977, in viervoud opstel,
en in drievoud aan die te en een

afskrif aan die (5) te voor of
op voorlê.

4. Ek gelas ook dat, indien dit nodig is dat genoemde (2) by die
verstryking van dié tydperk waarin † *hy/sy* ondersoek is † *hy/sy* na die gevangenis op
teruggestuur word om tot tyd en wyl 'n verdere bevel uitgereik word, daar aangehou te word.

5. Ek gelas ook dat 'n transkripsie van die getuienis wat by † *die voorlopige ondersoek en/of die verhoor*
afgeneem is, gemaak en aan die † *Geneeskundige Superintendent/Psigiaters* verskaf word.

LASGEWING VIR DIE AANHOUDING VAN 'N BESKULDIGDE HANGENDE DIE BESKIKKING VAN 'N REGTER IN KAMERS

[Strafproseswet, 1977 (Wet 51 van 1977), artikels 77, 78 en 79]

MAS Nommer	Polisiekantoor	Vingerafdruknommer	Saaknommer
------------	----------------	--------------------	------------

Aan (¹)

(¹) Vul in ampstittel van korrektiewebeampte of inngting of ander persoon in wie se bewaring die pasiënt is.

NADEMAAL die Hof bevind het dat (²)

(²) Vul in naam van pasiënt.

wat teregstaan/terggestaan het op ('n) aanklag(te) van (³)

(³) Skrap woorde wat nie van toepassing is nie en vul misdaad in.

(⁴)

vanweë geestesongesteldheid of geestesgebrek nie oor die vermoë beskik om die verrigtinge dermate te begryp dat hy/sy 'n verdediging na behore kan voer nie
die betrokke handeling verrig het maar dat hy/sy ten tyde van die verrigting vanweë geestesongesteldheid of geestesgebrek nie vir daardie handeling strafregtelik toerekenbaar was nie en dus onskuldig bevind is.

(⁴) Skrap wat nie van toepassing is nie.

Word u hierby gelas om genoemde (²)

in u bewaring te ontvang hangende die beskikking van 'n Regter in kamers en (⁴)hom/haar daar veilig aan te hou totdat 'n verdere wettige bevel ten aansien van (⁴)hom/haar ontvang is.

Gegee onder my hand te

op hede die dag van 19.....

(⁴)Regter/Streeklandddros/Landdroos van

SUID-AFRIKAANSE POLISIEDIENS



SOUTH AFRICAN POLICE SERVICE

No

LYFKWITANSIE • BODY RECEIPT

Die volgende gevangene(s) wat vanaf (meld plek van aanhouding volledig)
afkomstig is, is by (meld plek van aanhouding volledig) ontvang.
The following prisoner(s) which was/were sent from (state place of detention in full)
was/were received at (state place of detention in full)

Vir gebruik deur SAPD / For SAPS use

Aanhoudingsregister No. Custody Register No.	Naam van gevangene Name of prisoner
---	--

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25

* Gekwiteerde lasbriewe
* Received warrants

Nagesien deur / Checked by Geleide / Escort

* Ontvangs van / Receipt of gekwiteerde lasbriewe en aanhangsels /
received warrants and annexures

(soos met 'n X gemerk) word erken.
(as indicated by an X) is acknowledged.

Amptelike datumstempel
Official date stamp

Klerk van die Hof
Clerk of the Court

* Ontvangs van gevangenes word
Receipt of prisoners is hereby
hiermee erken.
acknowledged

Handtekening van ontvanger / Signature of receiver Amptelike datumstempel
Official date stamp

* Ontvangs van gekwiteerde lasbriewe
Receipt of received warrants and
en aanhangsels (soos met 'n X gemerk) word erken.
annexures (as indicated by an X) acknowledged.

Geleide / Escort

CHARGE SHEET · KLAGSTAAT

* Make an X in the appropriate block.
Maak 'n X in die toepaslike blokkie.

		Case/Saak No.....19.....
		Review Case No. Hersieningsaak No.....19.....
Police station/Polisiekantoor	C.R./M.R. No. <i>SIP</i>	Investigating officer/Ondersoekbeampte
District/Division—Distrik/Afdeling	Place of trial/Plek van verhoor	Date of first appearance Datum van eerste verskyning

Particulars of court officials must be furnished on the minutes of proceedings.
Besonderhede van hofbeamptes moet op die notule van verrigtinge verstrek word.

THE STATE versus/DIE STAAT teen

Particulars of accused/Besonderhede van beskuldigde(s)

1. Name Naam			
Address Adres			
Sex/Geslag	Race/Ras	Nationality/Nasionaliteit	Age/Ouderdom
* In custody In hegtenis <input type="checkbox"/>	On bail Op borgtog <input type="checkbox"/>	Warned Gewaarsku <input type="checkbox"/>	Date of arrest Datum van arres
Name Naam			
Address Adres			
Sex/Geslag	Race/Ras	Nationality/Nasionaliteit	Age/Ouderdom
* In custody In hegtenis <input type="checkbox"/>	On bail Op borgtog <input type="checkbox"/>	Warned Gewaarsku <input type="checkbox"/>	Date of arrest Datum van arres

(hereinafter called the accused) charged with the offence(s) as set out in annexure(s) 1 to as attached.
(hierna die beskuldigde genoem) beskuldig van die misdryf(we) soos in aanhangsel(s) 1 tot hierby aangeheg, uiteengesit.

Plea on Pleit op.....19.....		
Judgement on Uitspraak op.....19.....		
Sentence Vonnis.....		
Date Datum	Magistrate Landdros	Date of appointment to the rank of Magistrate Datum van aanstelling in die rang van Landdros

Direction with regard to revision of sentence Aanwysing met betrekking tot hersiening van vonnis.....	
Direction with regard to filing of case record Aanwysing met betrekking tot liassering van saakrekord.....	

PROVINSIALE ADMINISTRASIE
VAN DIE KAAP DIE GOEIE HOOP



PROVINCIAL ADMINISTRATION
OF THE CAPE OF GOOD HOPE

TAK HOSPITAAL- EN GESONDHEIDSDIENSTE

HOSPITAL AND HEALTH SERVICES BRANCH

-HOSPITAAL

HOSPITAL

8/30

TELEFOON
TELEPHONE

NAVRAE
ENQUIRIES

VERWYSING
REFERENCE

DATUM
DATE

PSYCHIATRIC ENQUIRY IN TERMS OF SECTION 79(1)(b) OF
CRIMINAL PROCEDURES ACT 51 OF 1977 (CHAPTER 13)

1. Notification has been received from MAGISTRATE/
SUPREME COURT, of your
appointment to the above panel.
2. The defendant
has been admitted for a period of 30 days
observation.
3. The report is due at Court on
4. Please contact PROF/DR/MR/MRS/MISS
if any problems occur in relation to the above
assessment and discuss.
5. Please quote Case No./Ref. No. on enquiry.

for MEDICAL SUPERINTENDENT

GVW/bdw

FORENSIC PSYCHIATRY UNIT

VALKENBERG HOSPITAL

OBSERVATION PATIENT

FOLDER NO.: _____

1. NAME: _____ DATE OF BIRTH/AGE: _____

2. COURT: _____ REFERRAL SECTION:

S.77	S.78	BOTH
------	------	------

DATE OF ADMISSION: _____ DUE DATE: _____ EXT.: _____

CHARGE: _____

COURT DETAILS RECEIVED: _____

PANEL DOCTOR(S) (S.79(i)(b)): _____

3. PREVIOUS ADMISSIONS: Files:

--	--

 : Hospital: _____

4. WARD: _____

V.D.R.L.: _____ E.E.G.: _____ PSYCHOMETRICS: _____

5. REPORT COMPLETED: Date: _____ Outcome:

MD	NMD	S28	S9		
----	-----	-----	----	--	--

SOCIAL WORKER: _____ REGISTRAR: _____

CONSULTANT: _____

CONSULTANT: _____

REGISTRAR: _____ SOCIAL WORKER: _____

5. REPORT COMPLETED: Date: _____ Outcome:

MD	NMD	S28	S9		
----	-----	-----	----	--	--

V.D.R.L.: _____ E.E.G.: _____ PSYCHOMETRICS: _____

4. WARD: _____

3. PREVIOUS ADMISSIONS: Files:

--	--

 : Hospital: _____

PANEL DOCTOR(S) (S.79(i)(b)): _____

COURT DETAILS RECEIVED: _____

CHARGE: _____

DATE OF ADMISSION: _____ DUE DATE: _____ EXT.: _____

2. COURT: _____ REFERRAL SECTION:

S.77	S.78	BOTH
------	------	------

1. NAME: _____ DATE OF BIRTH/AGE: _____

FOLDER NO.: _____

OBSERVATION PATIENT

VALKENBERG HOSPITAL

FORENSIC PSYCHIATRY UNIT

5/37

DESCRIPTION OF ALL FORENSIC CASES (TO BE PLACED IN WARD RECORDS)
BESKRYWING VAN ALLE FORENSIESE GEVALLE (VIR PLASING IN AFDELING REKORDS)

NAME: _____ REG. NO.: _____
NAAM: _____ REG. NR.: _____

ADMISSION DATE : _____ HEIGHT: _____ WEIGHT: _____
TOELATINGSDATUM: _____ LENGTE: _____ MASSA : _____

BUILD: _____ AGE : _____
BOU : _____ OUDERDOM: _____

COLOUR OF HAIR: _____ COLOUR OF EYES: _____
KLEUR VAN HARE: _____ KLEUR VAN OË : _____

COMPLEXION : _____ DEFORMITIES: _____
GELAATSKLEUR: _____ MISVORMING : _____

SCARS : _____ TATTOO'S : _____
LETSELS: _____ TATTOERING: _____

CRIMINAL OFFENCE: _____
KRIMINELE KLAG : _____

MAGISTRATE'S OFFICE: _____ C.R. NO.: _____
LANDDROSKANTOOR : _____ M.R. NR.: _____

CASE NO. : _____ ADDRESS OF RELATIVE : _____
SAAKNOMMER: _____ ADRES VAN FAMILIELID: _____

SPECIAL REMARKS/INSTRUCTIONS : _____
SPECIALE OPMERKINGS/INSTRUKSIES: _____

To BE FILED IN INPATIENTS FOLDER

5/23

ANNEXURE 2

PERMISSION BY PATIENT/RELATIVE REGARDING DISCLOSURE OF CONFIDENTIAL INFORMATION TO THE MEMBERS OF THE MULTI-PROFESSIONAL TEAM

1. The treatment of patients of this hospital is delegated by the Superintendent of the various members of the multi-professional team concerned with patient care in the hospital, the out-patient department and community clinics.
2. Members of such team are psychiatrists, registrars/medical officers, clinical psychologists/interns, professional nurses/nurses-in-training, occupational therapists, social workers, physiotherapists, ministers of religion, educationists.
3. In order for each patient and his illness to be fully understood, it is necessary that all relevant information, some of a personal and confidential nature, is shared by these members of the multi-professional team concerned with the care of the patient.
4. Confidential information may not be disclosed without the permission of the patient and you are therefore asked to provide permission that members of the multi-professional team may freely exchange such information with each other to facilitate treatment.

STATEMENT

I hereby give permission for the exchange between the members of the multi-professional team, including bona fide students, of any information considered relevant to the understanding, treatment and management of *my illness/problems whilst a patient of ----- Hospital.

*the illness/problems of "NAME OF PATIENT" whilst a patient of ----- Hospital.

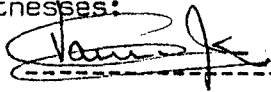
*(Delete where not applicable)

Signed: BY PATIENT OR FINGER PRINT. Date: OF ADMISSION.

Name: OF PATIENT.

Capacity: HIMSELF.

Witnesses:

1.  -----
2. -----

VERTROULK:

Hospitaal XYZ:

Datum:

MAGTIGING om mediese informasie bekend te maak, moet met die pasient./ familie onderhandel word indien n siek sertifikaat benodig word.

EK:

NAAM:

ADRES:

WOONAGTIGTE:

Gee hiermee toestemming dat n voorskrif van my siekte in leketaal en by vetoreg deurmyself voorsien word aan my werkgewer in ooreenstemming met die interne regulasies van gesondheids professies Wet.56 van 1974.

HANDTEKENING VAN:

Pasiënt:

Ouers:

Voogd:

DATUM:

VERTROULIK:

TOESTEMMING VIR BLOED TOETS:

Ek, die ongetekende (name in drukskrif): _____

Leër nommer: _____

Verleen hiermee toestemming aan die Dept:Gesondheid + Maatskaplike dienste om n bloedmonster van my te neem om my bloed te toets vir M.I.V. en/of Hepatitis B.

Hiermee verleen ek toestemming dat die resultate van die toets aan die mediese personeel wat met my behandeling betrokke is, bekend gemaak mag word.

Ek bevestig dat ek ten volle ingelig is aangaande die toets wat ek moet ondergaan, die rede vir die toets, sowel as die omvang van die verwante siektes waarvoor die bloedtoets uitgevoer word en dit verstaan.

Plek: _____

Datum: _____

Getuie: _____

Handtekening: _____

Posadres: _____

Telefoon: _____

Datum- vooraf toets berading: _____

Datum van bloedmonster: _____

Datum- opvolg toets berading: _____

ADRESLYS • ADDRESS LIST

Naam OF PATIENT Geboortedatum OR AGE.
 Name Date of birth
 Adres OF PATIENT. Geloof JEHOVA (CHURCH)
 Address Religion
 RASTA
 MORMON

Tel. No. IF NOT - NEIGHBOURS.

Verwantskap LIVING Relationship GUARDIAN
 Relationship MOTHER/FATHER/RELATIVES/ Relationship
 Naam AS STATED Naam
 Name Name
 Adres AS STATED Adres
 Address Address

Tel. No. IF THERE IS ONE.

Tel. No.

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Tel. No.

Tel. No.

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Tel. No.

Tel. No.

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Verwantskap Relationship
 Naam Name
 Name
 Adres Address
 Address

Tel. No.

Tel. No.

WEIERING VAN HOSPITAALBEHANDELING/REFUSE HOSPITAL TREATMENT

Ek, die ondergetekende, verlaat die hospitaal
I, the undersigned, leave the..... Hospital

op my eie verantwoordelikheid en strydig met die bevel van die dokter.
against the instruction of the doctor, on my own responsibility and risk.

.....
Handtekening
Signature

As getuies: Datum
As witnesses: 1. Date.....

2.

Hiermee verklaar ek dat ek pasiënt
This is to state that I am taking patient

uit die hospitaal neem op my eie verantwoordelikheid en strydig met die advies van die dokter wat die geval behandel.
out of hospital on my responsibility and against the advice of the doctor in charge of the case.

Geteken
Signed

.....
Verwantskap met pasiënt
Relationship to patient

Getuie
Witnesses

Datum
Date

5/22

HOSPITAL / HOSPITAAL

Reference: _____

Tel.: Ext./Uitbr. _____

Date: _____

DECLARATION OF INDEMNITY

VERKLARING VAN VRYWARING

I _____

Ek _____

(Full names of patient)

(Volledige name van pasiënt)

I elect to retain any cash/valuables in my possession and I hereby indemnify the Cape Provincial Administration against any loss thereof resulting from any cause whatsoever.

Ek verkies om enige kontant/kosbaarhede in my besit te hou, en ek vrywaar hierby die Kaapse Provinsiale Administrasie teen enige verlies daarvan as gevolg van enige oorsaak wat ookal.

DATE/DATUM

SIGNATURE OF PATIENT/
HANDTEKENING VAN PASIËNT

Address:
Adres :

Witness/Getuie:

DATE/DATUM

DESIGNATION/AMPSTITEL

5/24

EXPLAIN TO PATIENT.

PROVINCIAL ADMINISTRATION OF THE CAPE OF GOOD HOPE
PROVINSIALE ADMINISTRASIE VAN DIE KAAP DIE GOEIE HOOP


VREDEBERG HOSPITAL / HOSPITAAL

DATE/DATUM: DATE FILLED IN

DENTAL CARE / TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

I, the undersigned, hereby consent to NAME OF PATIENT.
----- receiving dental care when required.

Ek, die ondergetekende, gee hiermee toestemming dat -----
----- tandheelkundige behandeling kan ontvang wanneer
nodig.

SIGNED/GETEKEN:  OR FINGER PRINT.

RELATIONSHIP/VERWANTSAP: PATIENT SELF

CERTIFICATE OF ADMISSION SERTIFIKAAT VAN OPNEMING

.....19.....

I certify that
Ek verklaar dat

.....
was this day admitted to this Institution.
vandag in hierdie inrigting opgeneem is.

Bodily health
Liggaamlike gesondheid

Condition
Toestand

Bruises or other injuries
Kneusplekke of ander beserings

Remarks
Opmerkings

.....
.....
.....
.....
.....

TRIPPLICATE
1) REMAINS IN BOOK
2) PTS' FOLDER
3) ORIGINAL TO REFERRING MAGISTRATE

.....
Medical Superintendent
Mediese Superintendent

Extract from CPA Memorandum 19

CHAPTER 21

NURSING

21.1 INTRODUCTION

- (1) The following aspects have been included for nursing personnel:
 - The recording of patient data.
 - Incident reporting, and
 - Statement writing.
- (2) The above-mentioned must be read in conjunction with the relevant sections in this guide, namely chapters 3 and 7, which deal with the handling and reporting of incidents.

21.2 RECORDING OF PATIENT INFORMATION

- (1) The importance of accurate and complete recording cannot be over-emphasised, because –
 - (a) the patient has a right to have a record made of his stay in the health care facility for the purpose of the provision of quality care, retrospective reference when further treatment is required or, in some cases, for legal evidence;
 - (b) the employing authority rendering the health service may be issued summons in civil litigation or criminal proceedings arising from alleged malpractice;
 - (c) a true and accurate patient record is the first line of defence against false accusations of malpractice and negligence, and
 - (d) the South African Nursing Council in Regulation 387 of 15 February 1985, as amended by No R866 of 24 April 1987, sets out the acts and omissions in respect of which the Council may take disciplinary steps. Chapter 2 rule 5, states the following with regard to record keeping: "Wilful or negligent omission to keep clear accurate records of all actions he performs in connection with a patient."

(2) The criteria for legal recording.

For a document to be legally defensible it must be –

- (a) LEGIBLE, i.e. the meaning should be clear to anyone who reads it.
- (b) ACCURATE, i.e. the facts must be recorded without error.
- (c) CONCISE, i.e. statements must be clear, short and coherent.
- (d) AUTHENTIC, i.e. it must “ring true” and be consistent. No entry may be made until the action has been completed. Advance recording is a serious professional offence that could have serious legal and disciplinary consequences.
- (e) CHRONOLOGICAL, i.e. it must reflect a time sequence. The record must reflect the dates and times in chronological order.
- (f) PERMANENT, i.e. information must be recorded in permanent ink.
- (g) FREE OF ERASURE, i.e. when errors are made, a line must be drawn through the error and the recorder must make it clear that it is an error and sign and date it.
- (h) DIFFERENTIATED, i.e. the different entries must be clearly differentiated.
- (i) IDENTIFIABLE, i.e. every document must have the patient’s and the Health Service’s identification on it.
- (j) SIGNED, i.e. all entries made must be signed by the person recording the information. Initialling is not permissible as it has no status in law. The signature must be accompanied by the recorder’s designation.
- (k) CONTEMPORANEOUS, i.e. observations that are recorded in writing must be done at the time of the observation and not at a later stage or in advance.

21.3 INCIDENT REPORTING AND STATEMENT WRITING

The purpose of reporting, investigating and compiling a report on an incident is to ensure a clear and complete understanding of the event.

- (1) The incident report
 - (a) The incident report is to be completed using the document included as Annexure A. This report does not replace the statements which have to be written by nursing personnel involved in the incident (see Chapter 3).
 - (b) The incident report is a detailed account of what occurred and includes all the relevant data.
 - (c) The completion of this report following an incident is essential in that it often happens that statements concerning a particular incident are requested only after a considerable time lapse with the result that it is not always possible to recall all the relevant data. However, with the incident being recorded in full on the incident report the writing of the statement is facilitated as the essential data has been placed on record.
- (2) The writing of statements
 - (a) Following an incident and the completion of the incident report, a statement from each of the personnel and any other person who can supply information related to the incident is often requested.
 - (b) The following serves as a guideline as to how to write a statement:
 - (i) The statement must reflect a chronological sequence of the events and must provide a clear picture of the total course of the incident.

- (ii) The statement must include the following information, being specific, full and correct facts about the incident:
- The date, time and place of the incident;
 - the patient's name and registration number;
 - that which preceded the incident, inclusive of the physical and psychological condition of the patient;
 - all the facts relating to the incident, for example the patient's explanation of what occurred, who was involved, exactly what occurred and what was done, and
 - all the facts relating to what happened after the incident, for example the condition of the patient, the treatment administered, inclusive of medications given and the notification of the doctor and the relevant hospital personnel.
- (c) This statement must not be written on oath and must on completion be typed and include the name and designation of the person who made the statement.

2.1.4 X-Ray requests by nurses:

Nurses may not sign a request for X-rays on behalf of a doctor. (Refer to Circular H24/1987.)

This chapter was compiled with acknowledgement to:

1. Miles, M. Scientific Education for Scientific Nursing, Nursing process.
2. Searle, C. Professional Practice: A South African Nursing Perspective.
3. Strauss, S.A. Doctor, patient and the law.

Name Naam
Folder No Leer No
Ward Saal
Hospital Hospitaal

PROBLEM-ORIENTATED PATIENT PROGRESS RECORD
PROBLEEM-GEORIËNTEERDE VORDERINGSVERSLAG VAN PASIËNT

DATE DATUM	TIME TYD	TYPE OF ENTRY TIPE INSKRYWING	PROBLEM STATEMENT PROBLEEMSTELLING	PROGRESS NOTE VORDERINGSVERSLAG	SIGNATURE & DESIGNATION HANDTEKENING & TITEL

VERPLEEGSORGPLAN

KOMMUNIKASIE INKORTING

Datum Tyd	Probleem	Doelwit	Verpleegaksies	Handtek.	Datum bereik
	Inkorting in verbale kommunikasie agv verminderde vermoë om gevoelens uit te druk en ongeorganiseerde gedagtes	<p>Pasiënt sal vrylik met ander mense gesels.</p> <p>Dit is vir die pasiënt moontlik om sy gevoelens akkuraat uit te druk.</p>	<p>Maak gebruik van 'n gelykmatige stemtoon wanneer daar met die pasiënt gesels word en vermy dit om te opgewonde te klink</p> <p>Maak gebruik van stiltes en aktiewe luister wanneer daar met die pasiënt gesels word. Maak dit duidelik dat personeel omgee.</p> <p>Gebruik kort direkte sinne wanneer met die pasiënt gepraat word.</p> <p>Gesels slegs oor onderwerpe waarmee die pasiënt gemaklik voel en vermy diep emosionele besprekings in die begin.</p> <p>Gesels op 'n een-tot-een basis. Moenie verwag dat die pasiënt in 'n groep oor diep emosionele sake moet praat nie.</p> <p>Moedig die pasiënt aan om aan emosies uitdrukking te gee wanneer daar alleen met hom gesels word.</p> <p>Indien die pasiënt nie sy gevoelens verbaal kan uitdruk nie, moedig hom aan om dit op ander maniere uit te druk, bv skryf of teken sodat hy sy gevoelens kan deel.</p>		

VERPLEEGSORGPLAN

SOSIALE ONTTREKKING

Datum Tyd	Probleem	Doelwit	Verpleegaksies	Handtek.	Datum bereik
	Sosiale isolasie en onttrekking van ander mense.	Sal met ander mense sosialisier op 'n gereelde basis.	<p>Moedig die pasiënt aan om soggens en smiddags vir 10 minute in die rekreasie kamer te sit en moedig haar aan om iets vir een ander pasiënt te sê.</p> <p>Moedig die pasiënt aan om met haar kamermaats te gesels.</p> <p>Vra die pasiënt om te help met die uitgee van tee en etes om sodoende haar interaksie met die ander pasiënte te verhoog.</p> <p>Laat die pasiënt nodig voel deur klein takies aan haar te gee bv om die plante water te gee.</p>		

..... HOSPITAL
FORENSIC UNIT
NURSING OBSERVATION SCHEDULE

NAME OF PATIENT:

REG. NO.:

DATE OF ADMISION:

NAME OF NURSE:

ANSWERS: OBSESSIVE, NORMAL, POOR

	WEEK 1	WEEK 2	WEEK 3	WEEK 4
GENERAL CLEANLINESS				
Table Manners				
Bathing/Shower				
Personal Hygiene				
Tooth Brushing				
Care of Clothing				
Dressing				
Room Cleaning				
Bed Making				

	WEEK 1	WEEK 2	WEEK 3	WEEK 4
JOB PERFORMANCE				
Work Habits				
Initiative				
Concentration				
Persistence				
Co-operation				
Punctuality				
Willingness				
Work Skills				

ANSWERS: YES, NO

1. **VIOLENT AND DESTRUCTIVE BEHAVIOUR**
Threatens or does physical violence.
Damages personal property.
Damage others property.
Damage Government's property.
Has violent temper.
2. **ANTISOCIAL BEHAVIOUR**
Teases or gossips about others.
Bosses and manipulates others.
Disrupts others activities.
Is unconsiderate of others.
Shows disrespect for others property.
Uses bad language.
3. **REBELLIOUS BEHAVIOUR**
Ignores regulations
Resists orders
Rebels against authority
Runs away (absconds)
Misbehaves
4. **UNTRUSTWORTHY BEHAVIOUR**
Takes others property
Lies or cheats
5. **WITHDRAWAL**
Is inactive
Is withdrawn
Is shy
5. **STEREOTYPED BEHAVIOUR AND MANNERISMS**
Has stereotyped behaviour
Has peculiar posture or mannerisms

ANSWERS: YES OR NO

6. **STEREOTYPED BEHAVIOUR AND MANNERISMS**
Has stereotyped behaviour.
Has peculiar posture or mannerisms.
7. **ABERRATIONS (AFWYKENDE)**
Does physical violence to self.
Exposes body improperly.
Has homosexual tendencies.
Masturbates excessively (a lot)
Sexual behaviour not socially acceptable.
8. **DISTURBANCES**
Reacts poorly to criticism.
Reacts poorly to frustration.
Demands attention.
Is hypochondriacal.
Shows ideas of persecution.
Shows mood changes.
Suicidal tendencies
Hallucinations
Delusions
Lack of emotional control
Poor sleep
Poor appetite
Abnormal fears

FORENSIC PSYCHIATRY UNIT

FOLLOW-UP REVIEW OF FORENSIC PATIENTS

Name: Hosp. No: D.O.A.:

Age: Ward: Date:

Most Recent Address:

Charge:

Account in brief:

Previous convictions for violent offences: Yes / No

If yes, mention:

Present condition:

M.S.E.:

Physical:

Course since admission:

Problems:

Privileges/Rehab. Progress:

Family Contact: Substance Abuse: Previous

Present

Dangerous: Yes / No

Treatment:

Discussed in ward round on: with

Plan:

Checklist of investigations and procedures:

HIV E.E.G. S.W. Report (Date)

VDRL X-Rays

CSF Other Old notes

FBC

Has applied for board (month): Has seen board (date):

Report 29(1)B completed: M.O./Consultant/Supt.

Pre-discharge S.W. Report requested/received: Remarks:

WEEKLIKSE VERSLAG OP OBSERVASIE PASIËNTE

VERPLEEGKOMPONENT

Datum:

Week nommer:

PERSOONLIKE DATA:

Saal:

Van:

Lêernommer:

Naam:

Artikel:

Geboortedatum:

Ouderdom:

Toelatingsdatum:

Geslag:

Vorige toelatings: 1.

Adres:

2.

.....

.....

FAMILIE KONTAK:

Naam	Verwantskap	Telefoonnommer

Rede vir toelating:

.....

DIAGNOSE:

- Axis (i)..... deur Psigiater/Psig Kliniese Assis
- (ii)deur Sielkundige
- (iii) deur Mediese Beampte/Proff Verpl
- (iv) deur Sosiale Werker/Verpleegster

SELKUNDIGE-, SOSIALE- EN OMGEWINGSFAKTORE:

Waarvan hou die kliënt	Waarvan hou die kliënt <u>nie</u>

Kliënt se versoeke:

.....

Self-help Vaardighede:

- Persoonlike Higiëne
- Toilet
- Aantrek
- Eet

Disfunksionele Gedrag:

- Oorsaak of aanleiding
- Hoe lank/duurte
- Personeelintervensie

MEDIKASIE

Medikasie se naam	Dosis	Aanvangsdatum	Dag No	Newe-effekte

Bloeduitslae:

.....

Kliënt se gewig: Slaappatroon:

Mediese geskiedenis:

Mediese ondersoeke:

SOSIAAL:

Familie Kontak: Besoeke of telefoniese kontak:

Naam en Van:		
Verwantskap:		
Datum:		
Aard of rede van besoek of telefoniese kontak:		

Telefoonnommer:		
Kliënt se reaksie:		

Arbeidsterapie:

.....
.....

Sosiale aktiwiteite:

.....
.....

Oefeninge:

Regsverteenvoordiging Kontak:

S.A.P. Ondersoekbeampte:

Private Psigiater:

Verwysings:

.....
.....

Plan: Verpleegsorgplan:

Hofdatum:

Span besluit op saalrondte:

WEEKLY REPORT ON SHORT TERM ADMISSIONS

NURSING COMPONENT

Date:

Week nommer:

IDENTIFYING DATA:

Ward:

Surname:

File No:

Name:

Section:

Date of Birth:

Age:

Date of Admission:.....

Gender:

Previous Admissions: 1.

Address:

2.

.....

.....

FAMILY CONTACT:

Name	Relationship	Telephone number

Reason for admission:

.....

DIAGNOSIS:

- Axis (i)..... Psychiatrist/Psychiatric Registrar
- (ii) Psychiatrist
- (iii) Medical Officer/Proff Nurse
- (iv) Social Worker/Nurse
- (v) Occupational Therapist

PSYCHO-SOCIAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS

Things resident likes	Things resident dislikes

Resident's requests:

.....

Self-help Skills:

- Personal Hygiene
- Toileting
- Dressing
- Eating

Dysfunctional Behaviour:

- Triggers
- Duration
- Staff Intervention

MEDICATION

Name	Dose	Commencing Date	Day No	Side Effects

Blood Results:

Patient's weight:..... Sleep pattern:

Medical History:

Medical Investigations:.....

SOCIAL:

Family Contact: Visitation or telephonic contact:

Name and Surname:		
Relationship:		
Date:		
Nature of contact – visitation or telephonic contact:		

Telephone no if applicable:		
Patient's response:		

Occupational Therapy:

.....
.....

Social activities:

.....
.....

Exercise:

Regsverteenwoordiging Kontak:

S.A.P. Ondersoekbeampte:

Private Psychiater:

References:

.....
.....

Plan Forward: Nursing Plan:

Court Date:

Decision/Goal Ward Round:

XYZ HOSPITAAL
PASIËNT INSIDENT VERSLAG

Tik af of waar van toepassing

Naam van pasiënt: Ouderdom:

Hospitaallêer No.: Saal:

Geboortedatum: Datum van toelating:

Datum van insident: Tyd:

Manlik

Vroulik

Vorige insidente: Ja Nee

Indien ja, datum van laaste insident:

Toestand van die pasiënt voor die insident:

Fisiese Toestand: Bevredigend Goed Swak

Pasiënt se gedrag:

- Aanranding van mede-pasiënte of personeel lede
- Stukkend skeur van klere of linne
- Beskadiging van eiendom
- Self mutilasie (selfverminking)
- Seksuele aanranding (slagoffer)
- Seksuele aanranding ("Perpetrator" – Dader)
- Verbale mishandeling
- Probeer ontsnap
- Enigiets anders (spesifiseer)
-

Geestestoestand of diagnose

Psigoties Epileptiese aanvalle

Onttrekkingssimptome Aggressief

Enigiets anders (spesifiseer)

.....

Beknopte beskrywing van die insident:

Was verpleegpersoneel teenwoordig tydens die insident? Ja Nee

Indien nee, verduidelik/rede:

.....

Beskryf kortliks wat gebeur het en moontlike oorsake:

.....

Indien enige besering (watter liggaamsdeel):

Aard van besering:

Watter behandeling is gegee:

Behandeling gegee deur:

Observasie na besering: Bevredigend Goed Swak

Indien swak, gee beskrywing:

Wie het die professionele verpleegkundige in bevel in kennis gestel: Datum:

Naam: Rang: Tyd:

Professionele verpleegkundige se handtekening:

Naam: Rang: Datum: Tyd:

Het die geneesheer die pasiënt ondersoek: Ja Nee

Indien nee, rede:

Geneesheer se Naam:

Handtekening: Datum: Tyd:

Is die familie in kennis gestel: Ja Nee

Deur wie: Naam Datum: Tyd:

Wie neem boodskap: Naam: Verwantskap:

Is opvolg gedoen: Ja Nee

Kommentaar:

Indien nee, rede:

Professionele verpleegkundige. Datum: Tyd:

Naam: Rang:

Is die saak opgevolg: Ja Nee

Gee asb. rede:

Kommentaar:

- Hoofverpleegkundige:

Handtekening: Datum:

- Assistent Direkteur: Verpleging:

Handtekening: Datum:

- Mediese Superintendent:

Handtekening: Datum:

**ABC HOSPITAL
PATIENT INCIDENT NOTIFICATION**

Tick in of where appropriate

Name of patient: Age:

Hospital No.: Ward:

Date of birth: Date of admission:

Date of incident: Time:.....

Male

Female

Previous incidents: Yes

No

If yes, date of last incident:

Condition of patient just before the incident:

Physical: Satisfactory

Fair

Poor

Patients behaviour:

Assaulted a fellow resident or staff member

Tearing clothes or linen

Damage to property

Self-mutilation

Sexually assaulted (Victim)

Sexually assaulted (Perpetrator)

Verbal abuse

Tried to escape

Other (State)

Mental: Diagnosis

Psychotic Seizure related

Onttrekkingssimptome Aggressive

Other (state):

Brief description of incident:

Nursing personnel present during incident? Yes No

If no, explain/reason:

Describe briefly what happened and possible causes:

In case of injury: body part injured:

Nature of injury:.....

What treatment has been given?

Treatment given by:

Post injury observations: Satisfactory Fair Poor

If poor, give details:

Who notified the professional nurse in charge: Date:

Name: Rank: Time:.....

Professional nurse's signature:

Name: Rank: Date: Time:.....

Did the doctor examine the patient: Yes No

If no – reason:.....

Doctor's name:

Signature: Date: Time:

Has the family been notified: Yes No

By whom: Name Date: Time:

Who took message: Name: Relationship:

Follow-up?: Yes No

Comment:

If no, reason:.....

Professional Nurse. Date: Time:

Name: Rank:

Follow-up? Yes No

Reason:

Comment:

- Nursing Service Manager/Senior Service Manager:

Signature: Date:

- Asst Director: Nursing:

Signature: Date:

- Medical Superintendent:

Signature: Date:

**HOSPITAAL / HOSPITAL
DAGVERSLAG / DAY REPORT
SAAL / WARD C**

DATUM / DATE:

NAAM NAME	L&ER NR FOLDER NO	VAN SAAL EX WARD	GENEESHEER DOCTOR	DIAGNOSE DIAGNOSIS	OPMERKINGS REMARKS
(1) OPNAME/ADMISSIONS					
(2) OORPLASINGS/TRANSFERS					
(3) BAIE SIEK/VERY ILL					
(4) BEHANDELING/TOELATING IN ANDER HOSPITALE/TREATMENT/ADMISSION TO OTHER HOSPITALS					
(5) INSIDENTE/INCIDENTS					
(6) STERFGEVALLE/DEATHS					

AANTAL PASIËNTE / NUMBER OF PATIENTS

PERMANENT/PERMANENT

VAN SAAL/FROM WARDS

IN ANDER HOSPITALE/
IN OTHER HOSPITALS

	MANLIK/ MALE	VROULIK/ FEMALE	MANLIK/ MALE	VROULIK/ FEMALE	MANLIK/ MALE	VROULIK/ FEMALE
TOTAAL/ TOTAL						

HANDTEKENING: RANG
SIGNATURE: RANK

COMPLAINT FORM: [REDACTED] HOSPITAL
TO BE USED BY STAFF DEALING WITH COMPLAINTS

WARD: _____

DATE: _____

NAME OF PERSON RECEIVING COMPLAINT:

NAME OF PERSON MAKING THE COMPLAINT:

CONTACT NUMBER: _____

ADDRESS: _____

NAME OF PATIENT (IF APPLICABLE)

NATURE OF COMPLAINT:

WHAT STEPS HAVE BEEN TAKEN TO RESOLVE THE COMPLAINT:

IS FURTHER FOLLOW-UP NECESSARY?

PLEASE RETURN THIS FORM TO NURSING ADMINISTRATION

NOTE: STAFF MAY USE THIS FORM TO RAISE A COMPLAINT REGARDING UNPLEASANT CONTACT WITH RELATIVES

KLAGTEVORM XYZ HOSPITAAL

(Deur Personeel gebruik wie die klagtes hanteer)

SAAL: DATUM:.....

Naam van persoon wie die klagte ontvang:

Naam van persoon wie die klagte indien:

Kontaknommer:

Adres:

.....

.....

Naam van pasiënt (indien van toepassing):

Beskryf die aard van die klagte:

.....

.....

.....

.....

.....

Watter stappe is geneem met die ondersoek van die klagte?

.....

.....

.....

Is die klagte opgelos?

.....

Is die klaer in kennis gestel van die uitslag?

Is verdere opvolg nodig?

Is die Eenheidsbestuurder in kennis gestel van die klagte en ondersoek?

.....

.....

Stuur die vorm terug na Verpleegadministrasie.

Let wel: Verpleegpersoneel mag ook die vorm gebruik om 'n klagte in te dien insake onaangename kontak met besoekers.

Verslag van Distriksgeneesheer, Mediese Beampte of Mediese Praktisyn oor die uitvoer van 'n Mediesgeregtelike Onderzoek
Report by District Surgeon, Medical Officer or Medical Practitioner on the completion of a Medico-legal Examination

Die vorm moet in LEESBARE handskrif voltooi word
 The report must be completed in LEGIBLE handwriting

← NB →

Die geneesheer moet ELKE bladsy ONDERTEKEN
 The med. practitioner must SIGN at the bottom of EVERY PAGE

1 Polisie-stasie • Police station MAS No./CAS No.	2 Persoon wat ondersoek aanvra: Van en voorletters Person requesting exam.: Surname and initials	No. (Indien polisiebeampte) No. (If police officer)	3 Datum en tyd van ondersoek Date and time of examination Date • Date Tyd • Time
Geneesheer wat die ondersoek voltooi Medical practitioner completing the examination			5 Plek van ondersoek • Place of examination
4 Geneesheer: Van en Voorletters Med. Practitioner: Surname and Initials		Posadres en Tel. No. • Postal address and Tel. No.	

6 PERSOON ONDERSOEK • PERSON EXAMINED

(a) Naam • Name	(b) Geslag • Sex	(c) Ouderdom of vermoedelike ouderdom • Age or apparent age
7 Vorige relevante mediese geskiedenis (bv. diabetes, hoë bloeddruk ens.) • Past relevant medical history (eg. diabetes, hypertension etc.)		
8 Toestand van klere • Condition of clothing		
9 Toestand van persoon wat liggaamskragte, algemene gesondheidstoestand en geestestoestand betref • State of the person as regards physical power, general state of health and mental state		
10 Kliniese bevindings (Uitgesluit [11] hieronder) • Clinical findings (Excluding [11] below)		

In elke geval moet die aard, plek en grootte van die skaafplek, wond of ander letsel sowel as die vermoedelike datum en wyse waarop dit veroorsaak is, omskryf en aangeteken word.
 In every case the nature, position and extent of the abrasion, wound or other injury must be described and noted together with its probable date and manner of causation.

11 Kliniese bevindings in geval van beweerde verkragting of ander seksuele oortreding • Clinical findings in a case of alleged rape or other sexual offence

(a) Vorige swangerskappe Previous pregnancies	NEE NO	Aantal swangerskappe Number of pregnancies	Aantal bevallings Number of deliveries	(b) Swangerskaptoets Pregnancy test	NEE NO	JA YES	Positief Positive	Negatief Negative
(c) Kontrasepsie Contraception	NEE NO	JA YES	(d) Datum van laaste menstruasie Date of last menses	(e) Datum van laaste vrywillige geslagsgemeenskap Date of last intercourse with consent				
(f) Het die persoon sedert die beweerde plaasvind van die misdryf gebad, urineer, gespoel of klere verwissel Has the person bathed, urinated, douched or changed clothing since the alleged offence took place					NEE NO	JA YES	Indien JA, spesifiseer • If YES, specify	

(g) GINEKOLOGIESE ONDERSOEK • GYNAECOLOGICAL EXAMINATION

Maklik of pynlik Easy or painful	Groot skaamlippe Labia majora
-------------------------------------	----------------------------------

Handtekening van geneesheer
 Signature of Med. practitioner

▶

SUID-AFRIKAANSE POLISIEDIENS



SOUTH AFRICAN POLICE SERVICE

A.....

VERKLARING • STATEMENT

Die volgende gegewens met betrekking tot die misdryf/voerval word verstrekk:
The following particulars in respect of the offence/incident is supplied:

Form section for Date and time of offence/incident, Of/Or, Tydperk: Tussen, op/on, en and, Dag van week, Methode gebruik, and Tipe instrument gebruik.

TONEEL VAN MISDAAD • SCENE OF CRIME

Form section for TONEEL VAN MISDAAD • SCENE OF CRIME with fields for Tussen: Pleknaam, en: Pleknaam, OF/OR, Gebou/Plaas/Plot/Plek, Straatnaam/name, Voorstad/Uitbr./Gebied, Dorp/Stad, Geogr. Blok No., and Tipe perseel.

Datum/Date

Handtekening/Signature

In die geval van diefstal van 'n motorvoertuig moet die verklaring op vorm SAPD 3M (c) voortgesit word.
In die geval van diefstal van 'n vuurwapen moet die verklaring op vorm SAPD 3M (d) voortgesit word.
In alle ander sake moet die verklaring op 'n blanko foliopapier voortgesit word.

In a case of theft of a vehicle the statement must be continued on form SAPS 3M (c).
In a case of theft of a firearm the statement must be continued on form SAPS 3M (d).
In all other cases the statement must be continued on blank folio paper.

Klein skaamlippe <i>Labia minora</i>	
Voorhoof <i>Vestibule</i>	
Maagdenvlies <i>Hymen</i>	
Skede (aantal vingers toegelaat) <i>Vagina (number of fingers admitted)</i>	Baarmoeder <i>Uterus</i>
Lipvlies <i>Fourchette</i>	
Boudnaat, anus <i>Perineum, anus</i>	
Afskeiding, bloeding <i>Discharge, haemorrhage</i>	

(h) Borste
Breasts

12 (a) Monsters geneem vir spesiale ondersoek • <i>Specimens taken for special investigation</i>	12 (b) Monsters oorhandig aan • <i>Specimens handed to</i>
Spesifiseer aard van monsters • <i>Specify nature of specimens</i>	Polisiebeampte • <i>Police officer</i> Naam • <i>Name</i> No. Handtekening Signature.....

13 *Ander mense teenwoordig by ondersoek
Other people present at examination

14 (a) Ander tersaaklike waarnemings • *Other relevant observations*

.....

.....

.....

.....

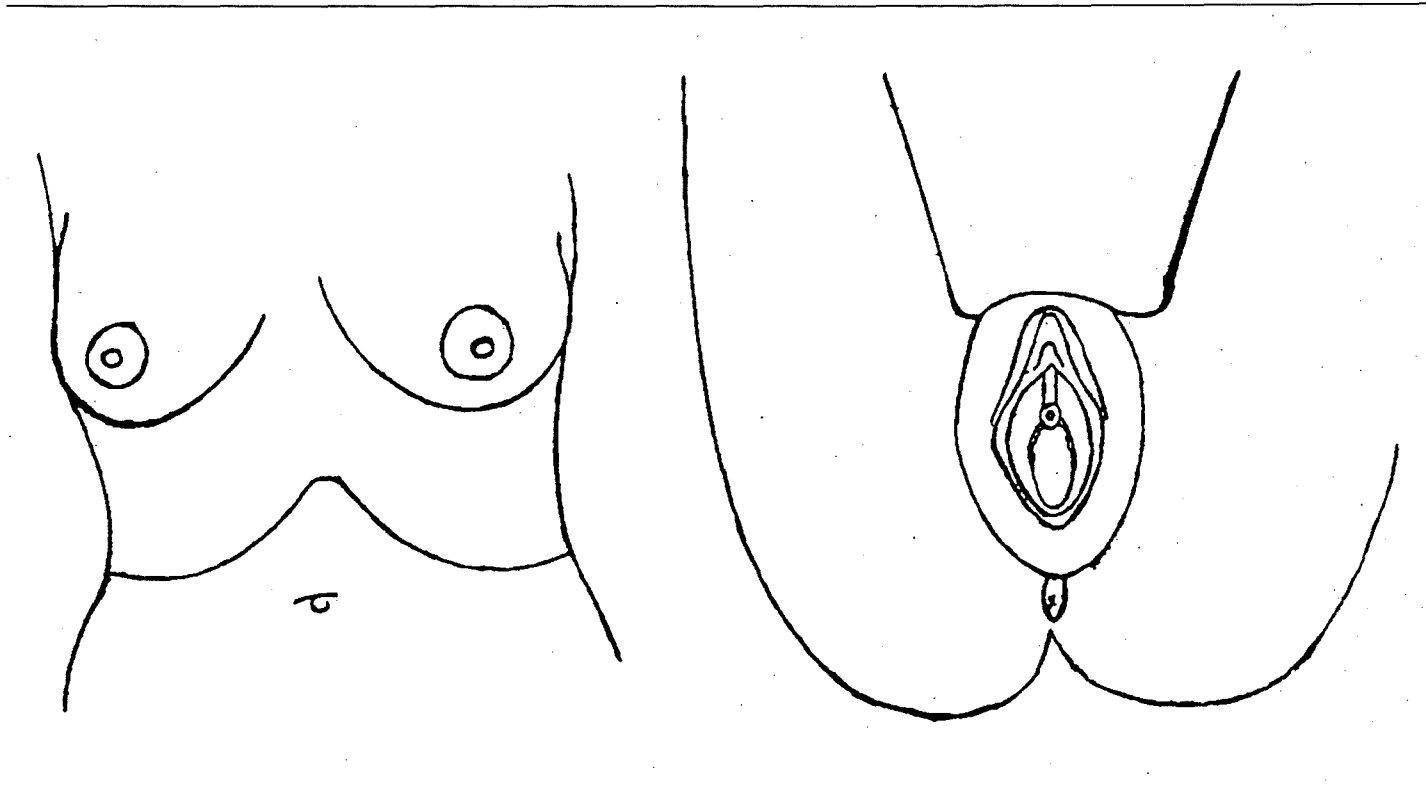
.....

.....

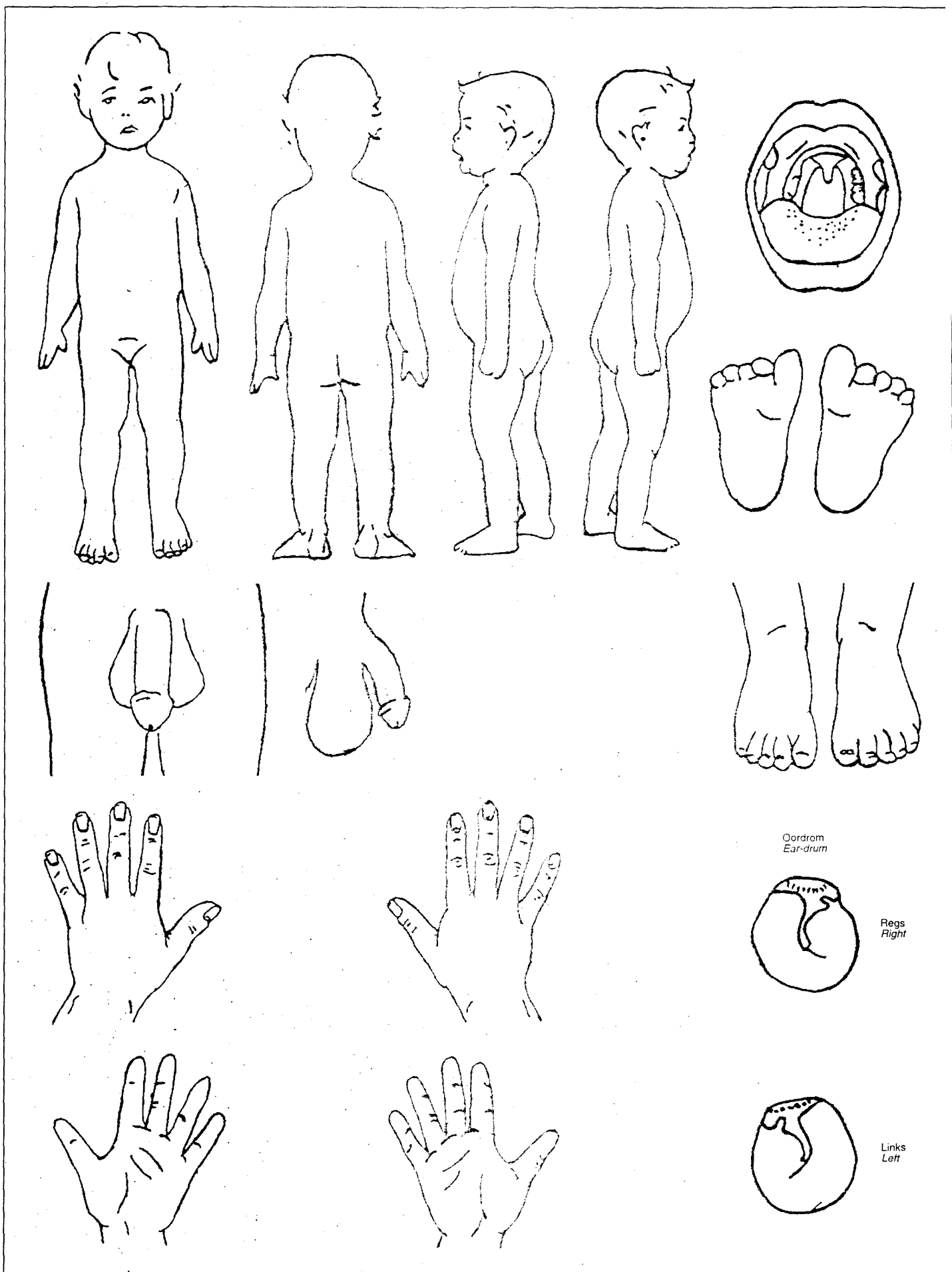
.....

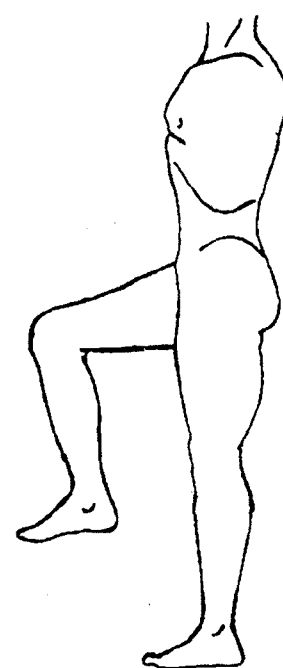
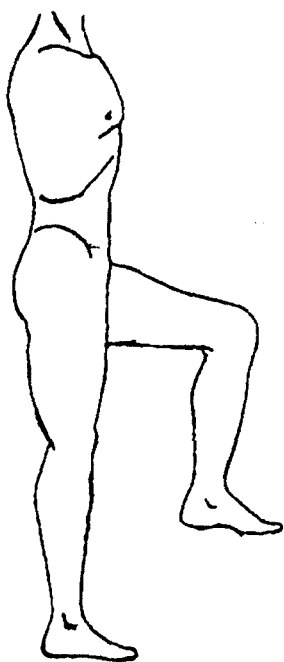
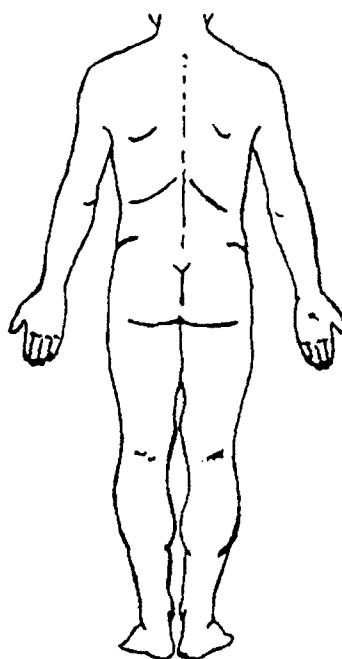
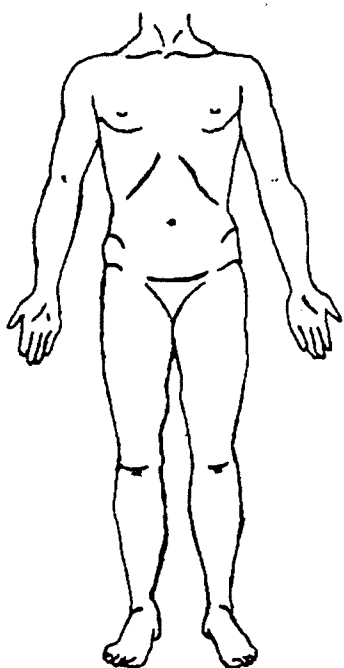
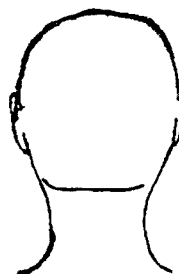
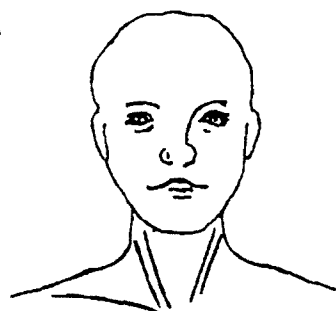
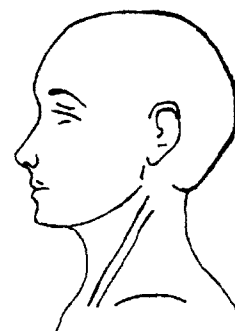
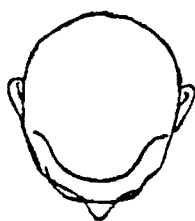
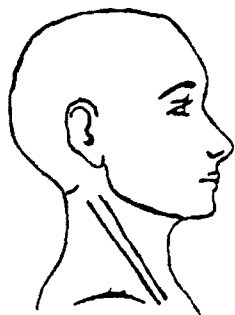
(b) Verwysing • *Referral to*

* Bv. Verpleegster, tolk ens. Dui aan rede vir teenwoordigheid indien nie duidelik nie • *Eg, Nurse, interpreter etc. Indicate reason for presence where not apparent.*



Handtekening van geneesheer
Signature of Med. practitioner ►





PROVINCIAL ADMINISTRATION OF THE CAPE OF GOOD HOPE
PROVINSIALE ADMINISTRASIE VAN DIE KAAP DIE GOEIE HOOP

5/12 A

REFERRAL FORM TO PROVINCIAL HOSPITAL / VERWYSINGSVORM NA PROVINSIALE HOSPITAAL

COMPLETE IN DUPLICATE/VOLTOOI IN DUPLIKAAT

1 VALKENBERG HOSP. CLIN. FOLDER/KLIN. LEER *

2 PROV. HOSP. - CLIN. FOLDER/KLIN. LEER *

ATTACHED O.P.D. DISCHARGE DOCUMENT TO BE RETURNED TO VALKENBERG HOSPITAL BY THE ESCORT (5/12 B)

AANGEHEGTE ONTSLAGDOKUMENT MOET DEUR DIE BEGELEIER NA VALKENBERG-HOSPITAAL TERUGGEBRING WORD (5/12 B)

Medical/Mediese Superintendent

Conradie/Groote Schuur Hospital/Hospitaal/Ander/Other

1. PERSONAL PARTICULARS/PERSOONLIKE BESONDERHEDE

- (a) Referred to/Verwys na: ----- Sec/Dept/Afd/Dept: ----- Art.: -----
- (b) Ref. to/Verwys na Dr: ----- Prov. Hosp. File No./Lêer no: -----
- (c) Ref. by/Verwys deur Dr: ----- Valk. Hosp. File No./Lêer no: -----
- (d) Name of Pat./Naam van Pas.: ----- Ward/Saal: -----
- ' Age/Ouderdom: ----- Sex/Geslag: ----- Race/Ras: -----
- (f) Name and address of Next of Kin/Naam en adres van Naasbestaande:

----- Telephone/Telefoon: -----

2. CLINICAL PARTICULARS/KLINIESE BESONDERHEDE

- (a) Psychiatric Diagnosis and Treatment/Psigiatriese Diagnose en Behandeling: -----

- (b) Physical reasons for referral/Fisiese redes vir verwysing: -----

Your reply and further management would be appreciated./
U antwoord en verdere behandeling sal hoog op prys gestel word.

TURN OVER AND COMPLETE 5/12 B
BLAAT OM EN VOLTOOI 5/12 B

FOR/NAMENS MED. SUPERINTENDENT

SLEGS VIR GEBRUIK TEN OPSIGTE VAN BINNE-PASIENTE WAT VIR BUITE-PASIENT BEHANDELING BY ALGEMENE HOSPITALE VERWYS WORD
USE ONLY IN RESPECT OF IN-PATIENTS WHO ARE REFERRED FOR O.P.O. TREATMENT AT GENERAL HOSPITALS



HIERDIE VORM MOET IN ALLE GEVALLE DEUR DIE BEGELETER TERUGGEBRING WORD
THIS FORM SHOULD IN ALL CASES BE RETURNED BY THE ESCORT

K.P.A. : TAK HOSPITAAL- EN GESONDHEIDSDIENSTE
 C.P.A. : HOSPITAL AND HEALTH SERVICES BRANCH

VALKENBERG-HOSPITAAL/HOSPITAL

BUITE-PASIENT ONTSLAGDOKUMENT
 OUT-PATIENT DISCHARGE DOCUMENT

A. VIR VOLTOOIING DEUR DIE VERPLEEGPERSONEEL TE VALKENBERG-HOSPITAAL/
 FOR COMPLETION BY THE NURSING STAFF AT VALKENBERG HOSPITAL

Naam van pasiënt: JAN PUBLIEK. Lëernommer: Valkenberg-hosp.: M 04317
 Name of patient: Folder No.: Alg. Hosp./ Gen. Hosp.: NOMMER Art.: 79²

Datum van besoek: 10/07/91 Kliniek: OOR; NEUS + KEEL.
 Date of visit: Clinic:

Vervoer: Transport:

Metro *	Sittende/ * Sitting	Dragbaar/ ** Stretcher	Spesifiseer ander/ * Specify other
			LOCAL G.G.

B. VIR VOLTOOIING DEUR DIE ALGEMENE HOSPITAAL (VERPLEEGPERSONEEL)/
 FOR COMPLETION BY THE GENERAL HOSPITAL (NURSING STAFF)

PLEASE - ESTCOURT LET NURSING STAFF
 AT GENERAL HOSPITAL FILL IN PART B.

Het die pasiënt n geneesheer besoek? JA NEE
 Did the patient consult a doctor? YES NO

Bykomende dienste: Additional Services

Laboratorium * Laboratory	Diagnosties * Diagnostic	Terapeuties * Therapeutic	Geneesmiddels * Pharmaceuticals	Groepsterapie * Group Therapy
	E.E.G.			
	E.K.G./E.C.G.			

Finale Diagnose en Kode: Final Diagnosis and Code: _____

Ek sertifiseer dat die inligting hierbo juis en korrek is.
 I certify that the information given above is true and correct.

Ontslaan deur: Rang: Datum: Tyd:
 Discharged by: Rank: Date: Time:

L.W.:
 N.D.:
VIR GEBRUIK DEUR VERPLEEGPERSONEEL/ FOR USE BY NURSING STAFF

* Merk die toepaslike blokkies met n "X"
 Mark whichever is applicable with "X"

OBSERVASIEREKORD

Naam van die pasiënt:

Saal: Datum:

Vlak van observasie:

Rede vir observasie:

Tyd	Bewegings	Kommentaar	Handtekening
07:00-07:15			
07:15-07:30			
07:30-07:45			
07:45-08:00			
08:00-08:15			
08:15-08:30			
08:30-08:45			
08:45-09:00			

Bespreek met M.D.S.

Kommentaar: