



Geestelijke gezondheidszorg

Dienst volwassenenpsychiatrie

☎ 050 36 52 15 📠 050 36 52 16

Folder voor professionelen

OPNAME PSYCHIATRIE

De *opname psychiatrie* is een kortdurende opname voor volwassenen vanaf 17 jaar met zeer diverse symptomen, zoals angst, depressie, verslaving of relationele moeilijkheden. Deze symptomen kunnen kaderen in om het even welke persoonlijkheidsstructuur. De opname heeft een dubbel doel: ten eerste diagnose- en indicatiestelling en eventueel ten tweede behandeling. De indicatiestellingsfase duurt hoogstens twee weken. Na de indicatiestelling volgt een behandeling in het eigen ziekenhuis ofwel een doorverwijzing naar een gespecialiseerde setting. Behandeling in het eigen ziekenhuis kan bestaan uit een kortdurende opname van gemiddeld een maand, een opname in het dagziekenhuis of poliklinische nazorg.

Aanmelding

Opname

- Via de **vrije raadpleging psychiatrie**: op dinsdag van 13.30 tot 18.00 uur
- Via de **polikliniek psychiatrie**
- Via de **psychiatrische spoedgevallendienst in het A.Z. Sint-Lucas**: tussen 8.00 en 18.00 uur
Bij organische complicaties wordt onmiddellijk actie ondernomen om verdere organische schade te voorkomen en de organische toestand te stabiliseren.
Bij een stabiele organische toestand en voldoende aanspreekbaarheid volgt binnen het uur een *psychiatrisch vooronderzoek* op basis waarvan er al dan niet beslist wordt tot opname.
- Via de **EPSI (Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie)**: de gezamenlijke psychiatrische spoedgevallendienst van het A.Z. Sint-Lucas en het A.Z. Sint-Jan die gevestigd is in het A.Z. Sint-Jan.

Contact

- | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| • Secretariaat psychiatrie | | tel. 050 36 52 15 |
| | | fax 050 36 52 16 |
| • Verpleegeenheid psychiatrie | | tel. 050 36 98 00 |
| • Sociale dienst | Katrien Cnockaert | tel. 050 36 98 08 |
| | Isabelle Deros | tel. 050 36 98 07 |



Medewerkers

- Dr. Stefaan Geerts *psychiater*
- Dr. Philippe Snauwaert *psychiater*
- Arts-assistent *arts-specialist in opleiding*

- Marleen Vincke *hoofdverpleegkundige*

- Marc Vermander *psycholoog – individuele gesprekken*
- Dankaart Elst *psycholoog – koppel- en gezinsgesprekken*

- Katrien Cnockaert *sociaal verpleegkundige*
- Isabelle Derous *sociaal verpleegkundige*

- Marijke Proot, Els Vanhoutte en Eveline Praet *ergotherapeuten*

- Tine Verleyen *bewegingstherapeute*

Indicatiestelling

Algemeen

In een eerste fase van opname vormt de indicatiestelling de belangrijkste component. Twee elementen typeren de manier van indicatiestelling op de PAAZ van het A.Z. Sint-Lucas. Ten eerste, een verschuiving van een symptoomgerichte naar een vraaggestuurde aanpak. Ten tweede, een verschuiving van een symptoomgerichte naar een persoongestuurde aanpak.

- **Vraaggestuurd**

Tijdens de indicatiestellingsfase wordt er gepeild naar de kijk en de verwachtingen van de patiënt en eventueel ook naar die van zijn omgeving. Na hoogstens twee weken leidt multidisciplinair overleg tot een individueel behandelingsadvies. Dat kan bestaan uit een gemotiveerde doorverwijzing naar een gespecialiseerde setting of uit een behandeling in het eigen ziekenhuis: kortdurende opname psychiatrie, dagziekenhuis of polikliniek psychiatrie. Het behandelingsadvies van de kant van het hulpverleningsteam mondt idealiter uit in een individueel behandelingsplan dat de patiënt, en eventuele belangrijke derden, van zijn kant mee kan onderschrijven. Indien er over dit individuele behandelingsplan onvoldoende overeenstemming bestaat tussen het behandelingsplan en de patiënt, en eventuele belangrijke derden, kan het team gemotiveerd beslissen om voorlopig van verdere behandeling af te zien.

- **Persoongestuurd**

Indicatiestelling betekent vanzelfsprekend het bevragen van de huidige decompensatie en het bevragen van de symptomen die hierbij op de voorgrond staan. Indicatiestelling moet o.i. echter verder gaan dan dat. Indicatiestelling peilt vooral naar de *betekenis* van de decompensatie en naar de *betekenis* van de symptomen waarin ze zich uit. Die betekenis valt enkel te ontsluiten door het hier en nu van de decompensatie in een breder kader te plaatsen: de onmiddellijke context van de decompensatie (sociaal, relationeel, uitlokkende factoren ...), een biografische en associatieve anamnese, de kleur van het contact ...

Pas wanneer we oog hebben voor al deze aspecten zijn de diagnostiek en de indicatiestelling niet langer louter geënt op een symptoom dat de patiënt hier en nu presenteert als zieke. Dan pas klinkt in de besluitvorming door wie de patiënt is als persoon, met een eigen levensgeschiedenis waarin hij op zijn manier omgaat met zijn tekorten en verlangens en met de anderen.

Concreet

Bij **opname** is steeds een contact vereist tussen de patiënt en de arts (psychiater of assistent): het *psychiatrische vooronderzoek*. Bij aankomst op de afdeling volgt een *informatief gesprek* met een verpleegkundige, waar het volgende aan bod komt: de voorstelling van de afdeling, praktische afspraken i.v.m. bezoek, de dagindeling en het verloop van de opname.

De indicatiestelling omvat een brede waaier aan activiteiten. Bij een eerste opname maken volgende activiteiten deel uit van de **standaardprocedure**:

- *probleemgerichte bevraging* door de verpleegkundige
- *controle van vitale parameters, biologisch-psychiatrisch georiënteerd labo* en 24 uursobservatie
- mogelijkheid tot *highriskobservatie* (bij suïcidedreiging, delier, dreigend automutilatief gedrag, floride psychotische opstoot ...)
- twee keer per week *auto-anamnestiche uitdieping* door de behandelende arts
- uitnodiging voor een *individuele psychologische intake* met het oog op een *volledig auto-anamnestiche onderzoek* door de psycholoog
- na akkoord van de patiënt *opvragen van informatie* bij vroeger geconsulteerde hulpverleningsinstanties.

Op basis van deze contacten worden op de dagelijkse briefings en op de wekelijkse multidisciplinaire teamvergadering verdere stappen afgesproken om de indicatiestelling te verfijnen. Mogelijke **verdere stappen** zijn:

- uitnodiging door de sociale dienst voor *partieel auto- of heteroanamnestiche* onderzoek gericht op het in kaart brengen van o.a. de werksituatie, de verzekeraarbaarheid, de financiële situatie, de familiale situatie, het sociale netwerk, directe materiële noden ...
- uitnodiging van belangrijke derden voor *systemische intake* door de systeemtherapeut, o.a. met het oog op een *volledig heteroanamnestiche* onderzoek
- *psychodiagnostisch onderzoek* aan de hand van intelligentietests (PM, WAIS), persoonlijkheidsvragenlijsten (MMPI), projectief materiaal (Rorschach, TAT ...)
- uitnodiging door de ergotherapeuten om via een *bepaalde probleemgerichte bevraging* en via *systematische observatie* tijdens vaste structuurmomenten (algemene ergotherapie, psychomotore therapie en relaxatietherapie) te peilen naar knelpunten in het huidige functioneren van de patiënt op het vlak van zijn handelen
- *testonderzoek activiteitensector* aan de hand van AMPS (een meetinstrument dat peilt naar zelfstandigheid, waarbij zowel motorische als procesmatige vaardigheden getest worden) en OCAIRS (een lijst ter bevraging van activiteiten uit verschillende levensdomeinen)
- *aanvullend medisch specialistisch onderzoek*: neuropsychologisch onderzoek
- *aanvullend technisch onderzoek*: EEG, CNV, P-300.

Behandeling

Zoals gezegd mondt de indicatiestelling uit in het opstellen van een individueel behandelingsplan. Indien dit behandelingsplan een verdere opname inhoudt, wordt een behandeling op maat samengesteld uit het behandelingsaanbod van (1) **psychiatrische**, (2) klinisch **psychologische**, (3) **ergotherapeutische**, (4) **sociale** en (5) **psychiatrisch-verpleegkundige** begeleiding.

Ondanks grote overeenkomsten leggen deze verschillende disciplines toch heel andere accenten in de manier waarop ze te werk gaan bij psychische, psychiatrische of relationele moeilijkheden.

(1) Psychiatrische begeleiding

Tijdens de opname heeft elke patiënt twee keer per week een afspraak met zijn behandelende arts (psychiater of assistent). Tijdens de opname draagt de *psychiater* de eindverantwoordelijkheid voor het beleid. Dit betekent dat hij, vanzelfsprekend in samenspraak met de patiënt, met belangrijke derden en met het behandelende team, de krijtlijnen van de te volgen behandelingsstrategie uittekent.

- Beslissen over opname, ontslag en eventuele doorverwijzing.
- Erover waken een of meerdere keren een behandelingscyclus te doorlopen met als tussenstappen: gegevens verzamelen, doelen bepalen, strategieën opbouwen, strategieën toepassen en resultaten evalueren. Zoals gezegd heeft elke patiënt twee keer per week een gesprek met zijn behandelende arts. In dit gesprek krijgt de patiënt de kans zijn behandelingscyclus mee uit te tekenen. In datzelfde gesprek koppelt de behandelende arts de ideeën van het team in verband met het verloop van de behandeling aan de patiënt terug. Zo ontstaat een behandelingsproces waarbij de patiënt en het team, met de behandelende arts als spilfiguur, het individuele behandelingsplan van week tot week meer uitwerken.
- Geruggensteund door het behandelende team zal de arts voor elke patiënt op elk moment van het behandelingsproces op zoek gaan naar het meest optimale behandelingsklimaat. Concreet betekent dit o.a. op zoek gaan naar een gepast evenwicht tussen structuur en vrijheid, tussen activatie en regressie, tussen groep en individu, tussen farmacotherapie en gesprekstherapie.
- Meer specifieke taken van de behandelende arts zijn: het voeren van een aangepast medicamenteus en medisch-legaal beleid (zoals i.v.m. ziekteverlof en werkonbekwaamheid) en het in consult roepen van andere medische disciplines indien de patiënt naast een psychiatrische ook een organische problematiek heeft.

(2) Psychologische begeleiding

In het kader van een opname op de PAAZ houdt psychotherapeutische behandeling vooral twee zaken in: (1) gesprekstherapie als mogelijkheid aanbieden en (2) bij een patiënt of een patiëntensysteem openingen voor gesprekstherapie creëren. Een opname biedt meer dan eens de kans om met een patiënt of met een patiëntensysteem een therapeutisch werkbaar contact te maken en een gesprekstherapeutisch proces op gang te trekken. Deze residentiële gesprekstherapie kan een ambulante vervolg krijgen. Ambulante opvolging van wat residentieel op gang kwam, lijkt ons trouwens een belangrijke hefboom om patiënten uit opname te houden. Patiënten kunnen terecht bij de individuele gesprekstherapeut, de koppel- en gezinstherapeut of bij allebei.

- De **individuele gesprekstherapeut** legt het accent op wat symptomen zouden kunnen betekenen tegen de achtergrond van wie iemand is. Individuele gesprekstherapie is ofwel ondersteunend ofwel ontdekkend van aard.
 - Bij **ondersteunende individuele gesprekken** zit de therapeut in de rol van 'wijze' die *ook* advies kan geven. Hij richt zich vooral op de sterke kanten van de patiënt, met als doel de patiënt te helpen zich te handhaven in het dagdagelijkse leven.
 - Bij **ontdekkende individuele gesprekken** zit de therapeut in de rol van procesfacilitator. Hij stelt zich daarbij meer terughoudend op, wat onder andere inhoudt dat hij *geen* advies geeft. Hij laat de patiënt op verhaal komen, diept dat verhaal uit, verbreedt het, leest tussen de lijnen van het verhaal en probeert er rode draden in te vinden. De verdeeldheid in het verhaal van de patiënt zal hij trachten te delen. Aandacht voor de kleur van het therapeutische contact op zich speelt hierbij een belangrijke rol. Dit alles heeft als doel de patiënt dichter te laten komen bij wat er (onbewust) in hem leeft en hem zo minder afwerend, opener, vrijer en voller te laten functioneren.

- De **koppel- of gezinstherapeut** legt het accent op wat symptomen te zeggen zouden kunnen hebben tegen de achtergrond van wat partners of verschillende gezinsleden voor elkaar betekenen. De systeemtherapeut stelt zich hierbij niet op als 'scheidsrechter', maar wel als procesfacilitator, als 'katalysator', als 'coach' die soms raad geeft, maar vooral helpt ter sprake brengen wat thuis niet zo vanzelfsprekend ter sprake komt. Dat er ruimte komt voor alle gesprekspartners om zich uit te spreken, zich gehoord en begrepen te voelen, en omgekeerd dat er ook ruimte komt om de ander te laten uitspreken, de ander te horen en zich in de ander in te leven, vormt hierbij een centraal punt.

(3) Ergotherapie

Algemeen

Ergotherapie werkt structurend en activerend. Daarnaast dient ergotherapie directe doelen, zoals leren plannen (huishoudelijke therapie), zich leren uiten (creatieve therapie) en zich leren ontspannen (relaxatietherapie). Verder biedt ergotherapie een unieke kans om de patiënt, naar aanleiding van hoe hij omgaat met anderen, afspraken, materiaal en opdrachten, een spiegel voor te houden waarin hij een genuanceerder beeld krijgt van wie hij is. Ten slotte biedt ergotherapie voor de patiënt een veilige omgeving om te experimenteren met nieuwe omgangsvormen.

Concreet

Ergotherapie omvat een waaier aan therapeutische activiteiten. Het zwaartepunt ligt op ergotherapeutische activiteiten in groep (*algemene ergotherapie, huishoudelijke therapie, sociaal-culturele en maatschappelijke activiteiten, creatieve/expressieve therapie, psychomotorische therapie, relaxatietherapie, Goldsteintherapie*). Naast deze groepsactiviteiten bestaat er ruimte voor *occasionele ondersteunende individuele interventies*. Af en toe start de dag met een *groepspraak*.

(4) Sociale begeleiding

Algemeen

Veelal zal sociale begeleiding gericht zijn op daadwerkelijke veranderingen in de dagdagelijkse realiteit van de patiënt. We streven ernaar de patiënt en zijn omgeving zo veel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid te laten nemen.

Concreet

- *Begeleiding bij sociaal-economische problemen* (m.b.t. beheer van geld of goederen, m.b.t. juridisch-justitiële geschillen: domicilie, huisvesting, RSZ, ziekenfonds, ziekteverzekering, OCMW, tegemoetkomingen, vervangingsinkomen, rechtszaken ...).
- *Sociale reclassering* (contact opnemen met de werkgever, organiseren van progressieve tewerkstelling, stimuleren van contact met VDAB of uitzendkantoren, organiseren van mantelzorg aan huis of ambulantly, vrijetijdsbesteding ...).
- *Begeleiding bij de relatie patiënt-milieu* (onder andere KOPP: deelname aan het project 'Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen').
- *Begeleiding bij doorverwijzing* (informerend over residentiële voorzieningen, organiseren van praktische aspecten bij doorverwijzing: kennismaking, intake, vervoer ...).
- *Ondersteunende individuele begeleiding* (een luisterend oor bieden, ondersteunend advies geven).

(5) *Psychiatrisch-verpleegkundige begeleiding*

Naar analogie met ergotherapie biedt het hele afdelingsgebeuren (de manier waarop de patiënt omgaat met medepatiënten, de verpleging, de verschillende spelers in het team, medicatie, afdelingsafspraken, zijn hulpvraag ...) telkens nieuwe aanknopingspunten om de mens achter het symptoom of de persoon achter de patiënt ter sprake te brengen.

Concreet heeft de psychiatrisch-verpleegkundige begeleiding zoveel aspecten dat ze moeilijk in een afgerond lijstje met een heldere structuur te vatten valt.

- (1) **Groepsgebonden** aspecten zijn het waken over het afdelingsklimaat (afdelingsregels, bezoeken, sfeer onder medepatiënten) en het beslissen over de kamerverdeling. Aspecten die voor alle patiënten van belang zijn, kunnen ter sprake komen in het wekelijkse *groeps gesprek*.
- (2) De **individueel gebonden** aspecten springen echter het meest in het oog.
 - Typisch verpleegkundige taken zijn natuurlijk het *medicatiebeheer* (controleren, toedienen, informeren) en alle *hulp bij zelfzorg en zelfredzaamheid* (variërend van observeren, activeren, motiveren, stimuleren, instrueren, structureren, tot het tijdelijk in uitzonderlijke situaties daadwerkelijk al dan niet volledig overnemen van de zorg op het vlak van hygiëne, voeding, dagindeling ...).
 - Typisch *psychiatrisch-verpleegkundige* activiteiten zijn *individuele begeleiding* en *occasionele ondersteunende gesprekken* met de patiënt of met de familie van de patiënt. De individuele begeleiding kan minder gestructureerd ('op vraag van de patiënt') of meer gestructureerd ('op afspraak met de volgverpleegkundige') verlopen. Bij *psychiatrische urgentie* (fysiek gevaar, suïcidepoging, acute psychotische opstoot, acute lichamelijke crisis, plotse decompensatie ...) zal de psychiatrische verpleegkundige onmiddellijk interveniëren met het oog op het beperken van de schade. Als het wenselijk is, zal de verpleegkundige, na overleg met de bevoegde arts en indien mogelijk in samenspraak met de patiënt, zijn familie en het behandelingsteam, *restrictieve maatregelen* nemen ter beveiliging van de patiënt (verzoek om op de afdeling of op de kamer te blijven, isolatie al dan niet met fixatie).
- (3) Ten slotte zijn er **teamgebonden** aspecten waarbij de psychiatrisch verpleegkundige een coördinerende rol speelt, zoals de patiënt informeren over de mogelijke vormen van begeleiding, het in team uitgestippelde beleid bij de patiënt verduidelijken, horen wat dit beleid voor de patiënt betekent.

■