

3. Surveillance

Typique à la division c'est le va-et-vient des gens.

Apart la possibilité de transfer à une division plus adéquate dans la clinique, il y a aussi la possibilité de transférer le patient à un partner ambulante ou intramural des constructions auxquelles nous participons. Facteur substantiel est que le futur projet ou trajet soit discuté avec le patient.

De temps à temps nous nous servons d'un parcours suivi temporairement comme par exemple l'hospitalisation pendant la journée ou post-surveillance (médical, social, psychologique). Toutefois, nous préférons d'utiliser au maximum le réseau existant du patient.

Dépendant de la nécessité on a une collaboration avec plusieurs organisations. En préparation de la démission du patient on arrangera des contacts utiles et important pour le patient.

4. Personnes à contacter

Coordinateur de division : Katrien Dupon
Assistant Social : Marijke Taragola
Médecin de division : Dr. Stefan Verlinden

5. Contact

Psychiatriisch Centrum Sleidinge
Weststraat 135 9940 Evergem-Sleidinge
Tel : 09 / 358.04.11
Fax : 09 / 358.05.04
www.pcsleidinge.be

Service d'accueil et division de traitement court.

1. Groupe et but

Cette division ouverte avec 10 chambres individuels, se dirige à des (jeunes) adultes avec plusieurs problématiques psychologiques et psychiatriques.

Cette division ne s'occupe pas seulement de l'accueil et traitement dans la clinique, mais elle donne également la possibilité d'un traitement court. Les accueils s'occupent surtout d'un séjour court et résidentiel pendant lequel les patients passent 2 à 6 semaines dans cette division.

Le service d'accueil s'occupe de toutes les demandes de traitement, soit téléphonique soit par écrit. Chaque demande sera examinée le plus tôt que possible (24 heures) et sera répondu dans la même limite.

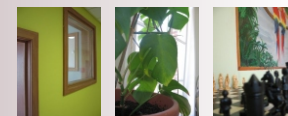
Tout le monde qui se présente dans notre institution, passe par le service «accueil», sauf quand il y parle d'usage illégal de drogues où quand pour raison de sécurité pour le patient ou son environnement impose une division fermée.

Le service d'accueil fonctionne comme un dispatching de toutes les demandes registrées et s'occupe du premier accueil.

Si on constate que cette division ne donne pas suffisamment de protection ou du calme pour le patient, alors nous pouvons nous faire assister avec des services d'une division fermée (crise toxicomanie, division d'urgence, traitement de crise).

Réciproquement, les patients que n'ont plus besoin de protection dans une division fermée, peuvent être transférés pour une découverte de leur problématique.

Donc, dans la clinique, parfois nous présentons un « follow-up » aux unités fermées. Après nous pouvons introduire un parcours de traitement plus spécifique ou un projet résociale, soit dans ou dehors de la clinique.



Notre but c'est de présenter le calme et l'espace nécessaire enfin de leur faire découvrir ce qui est problématique dans leur situation et nous leur aidons à chercher d'après une solution éventuelle.

Nous choisissons donc une thérapie d'une solution et nous faisons usage des propres capacités du patient.

2. Méthode et traitement

Cette division = observation avec une diagnose provisoire en vue d'un traitement. Crucial dans cette observation c'est l'attention spéciale de la division, dans laquelle nous utilisons en mesure les activités pour se faire une idée de la problématique accute. La rencontre est un élément important, parce que l'hasard d'éventualités pour nous guider vers le traitement envers la problématique posée.

La présentation des activités minimum est nécessaire afin d'assurer le repos à ceux qui, temporairement, veulent être tranquilles. D'autre part nous essayons de créer un environnement, un lieu très connu par le patient enfin de pouvoir continuer ses activités aussi bien dans ou dehors la clinique. Respectant suffisamment le " contexte " nous donne des possibilités thérapeutiques qu'on veut utiliser à son maximum (Pensée contextuelle).

Par cette observation – la ren-contre, le context et l'aide d'autres instruments (recherche somatique, consultation psychiatrique, médicaments à mesure, thérapie de conversation, tests psychologiques, activités, recherche social, info extérieur par exemple, de la famille – nous essayons de découvrir une vue détaillée à la problématique. Dans cette diagnose nous jouons autant que possible comme non-sachant (éthique psychoanalytique).

Nous cherchons d'après les éléments changeant et les utilisent pour intervenir (thérapie de résolution dans le travail psychiatrique).

Ceci se passe en dialogue avec le patient en discutant un projet individuel. Le plus important c'est que le patient joue un rôle activé avec conclusion commune (shared decision making).

Tout ça n'est possible que par une évaluation journalière. Il parle de soi que les mini-teams qui se rencontrent 3 fois par semaine sont importants. On rassemble à base multidisciplinaire toutes les données. On discutera les façons de traitement et l'évaluation après, corrigé s'il est nécessaire.

La demande et les possibilités du patient jouent un rôle crucial.