



3. Nazorg

Eigen aan de afdeling is de beweging, waarbij mensen komen en gaan.

Naast de mogelijkheid van transfer naar een gepaste afdeling binnen het ziekenhuis, kunnen we de patiënt ook doorverwijzen naar één van de ambulante of intramurale partners van de netwerken waaraan wij participeren. Centraal staat dat het verder project of traject met de patiënt wordt besproken.

Soms voorzien we zelf in een tijdelijk vervolgparcours, onder de vorm van daghospitalisatie, of ambulante nazorg (medisch, sociaal, psychologisch). Toch verkiezen we maximaal gebruik te maken van het reeds bestaande netwerk van de patiënt.

Afhankelijk van de nood, wordt met verschillende organisaties samengewerkt. Ter voorbereiding op het ontslag kunnen contacten plaatsvinden met wie of wat belangrijk is voor de patiënt.

4. Contactpersonen

Afdelingsoördinator : Katrien Dupon
Maatschappelijk werker : Marijke Taragola
Afdelingsgeneesheer : Dr. Stefan Verlinden

5. Contactgegevens

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

Opnamedienst en afdeling voor kortdurende behandeling

1. Doelgroep en doelstelling

Deze open afdeling met *tien individuele kamers* richt zich tot (jong)volwassenen, met allerhande psychologische en/of psychiatrische problematiek.

Deze afdeling verzorgt niet enkel de opnames van het ziekenhuis, maar biedt ook de mogelijkheid tot kortdurende behandeling. De opnames kenmerken zich door een *eerder kort residentieel verblijf*, waarbij patiënten *gemiddeld 2 tot 6 weken* op de afdeling verblijven.

De opnamedienst behandelt dus alle telefonische of schriftelijke *opnameaanvragen*. Elke aanvraag wordt zo goed als mogelijk verzorgd en binnen een zo kort mogelijke termijn (24 uur) beantwoord.

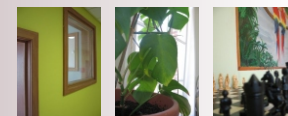
Al wie zich dan in ons ziekenhuis voor opname aandient, komt op de opnamedienst terecht (*onthaalfunctie*), tenzij er sprake is van illegaal druggebruik of wanneer de veiligheid van de patiënt of diens omgeving een gesloten setting vereist.

De opnamedienst fungeert dus als een *dispatchingcentrum* voor alle aangemelde opnames en verzorgt eveneens het eerste onthaal.

Als blijkt dat de omkadering op onze afdeling onvoldoende bescherming en/of rust biedt, voor de patiënt en/of de afdeling, kunnen we alsnog een beroep doen op de diensten van de gesloten afdelingen (crisistoxicomanie, urgentieafdeling, crisisbehandeling).

Omgekeerd ook kunnen patiënten die niet langer de geslotenheid nodig hebben naar onze afdeling getransfereerd worden voor verdere verkenning van hun problematiek.

Binnen het ziekenhuis bieden we dus soms ook een *vervolgbehandeling* aan voor de gesloten opname-eenheden. Daarnaast kunnen we een *voorbereidende stap* zijn op een meer gericht behandelparcours of resocialisatieproject, al dan niet binnen het ziekenhuis.



Onze doelstelling is de patiënten de nodige rust en ruimte bieden om zicht te krijgen op wat problematisch is in hun situatie, waarbij we met hen mee zoeken naar wat voor hen een oplossing zou kunnen zijn. We kiezen dus voor een *oplossingsgerichte therapie* en maken samen met de patiënt maximaal gebruik van diens mogelijkheden.

2. Behandelmethodiek

Dit verblijf dient ter *observatie*, met een eerste *diagnosestelling* ter verdere oriëntatie van de behandeling. Centraal bij deze observatie is de bijzondere aandacht voor wat op de afdeling gebeurt, waarbij ook het beperkte activiteitenaanbod gebruikt kan worden om inzicht te krijgen in de aanwezige problematiek. De *ont-moeting* is hierbij een belangrijk gegeven, waarbij uit het toevallige hiervan elementen kunnen gepuurd worden ter behandeling en ter verandering van de gestelde problematiek

Dit eerder *beperkte activiteitenaanbod* wil enerzijds de nodige rust toelaten aan zij die tijdelijk ook even met *rust* willen gelaten worden. Anderzijds streven we hiermee ook een maximaal behoud van de leefomgeving van de patiënt na, zodat zij hun activiteiten niet alleen binnen maar ook buiten het ziekenhuis kunnen verder zetten. Het voldoende respecteren van de *context* geeft therapeutische mogelijkheden die wij aldus maximaal willen aanboren (**contextueel** denken).

Via deze observatie, de ont-moeting, de context en met behulp ook van andere *beschikbare instrumenten* (somatisch onderzoek, psychiatrisch consult en medicamenteuze oppuntstelling, verkennende gesprekstherapie, psychologisch testonderzoek, activiteiten, sociaal onderzoek, externe info via verwijzer of familie) proberen we een gedetailleerd zicht te krijgen op het probleem. Bij deze *diagnosestelling* houden we zo lang mogelijk de positie van een *niet-weten* aan (**psychoanalytische** ethiek).

We gaan op zoek naar de *veranderingspolen*, en gebruiken die dan ook om op in te grijpen (**oplossingsgerichte** therapie in de psychiatrische praktijk).

Dit geschiedt in samenspraak met de patiënt, en met hem wordt een individueel project geformuleerd. Belangrijk is dus dat de patiënt hierin een actieve rol krijgt toebedeeld (**shared decision making**, gezamenlijke besluitvorming).

Dit alles kan slechts mits een geregeld *dagelijks overleg*. Belangrijk zijn ook de *mini-teams*, die drie maal per week plaats vinden. Op multidisciplinaire basis worden dan alle gegevens samengebracht, behandeltrajecten geformuleerd, en nadien ook weer geëvalueerd en zonodig bijgestuurd. De vraag en de mogelijkheden van de patiënt blijven hierin centraal staan.