

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL Maas en Kempen



GTEP

INTRODUCTIE

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara
Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel.+32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste student, beste nieuwe collega,

Welkom op de zorgeenheden van de Volwassenenpsychiatrie van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Wij willen je graag opnemen in ons team.

Met deze brochure willen we jou wegwijs maken op onze eenheden. Belangrijk om weten is dat deze brochure een leidraad is en dus niet alles omvattend is. Voor verdere informatie verwijzen we je graag naar je collega teamleden.

Tijdens de eerste dagen krijg je een ervaren collega toegewezen die je wegwijs zal maken in het reilen en zeilen van de afdeling. Met de hoofdverpleegkundige heb je op regelmatige basis gesprekken over je functioneren. Als je vragen hebt, kan altijd terecht bij je collega's en de hoofdverpleegkundige.

In deze brochure vind je uitleg betreffende de PAAZ (F0), TEPSI (A10), de dagkliniek psychiatrie (B05), de raadpleging en liaisonpsychiatrie. Verder vind je in de bijlagen een checklist terug met items die je tijdens je eerste drie weken dient te doorlopen. Het is je eigen verantwoordelijkheid deze items te realiseren. De hoofdverpleegkundige volgt dit proces op als onderdeel van je functioneren.

Namens het hele team wensen wij je alvast heel veel succes!

INHOUDSTAFEL

1. Voorstelling van de volwassen psychiatrie	3
1.1 De opdracht	
1.2 De Afdelingsvisie	
1.3 Kwaliteit en patiëntveiligheid	
2. Voorstelling van de zorgeenheden	5
2.1 PAAZ	
2.2 (T)EPSI	
2.3 Dagkliniek psychiatrie	
2.4 Raadpleging psychiatrie	
2.5 Liaisonpsychiatrie	
3. Bijlage	18
3.1 afdelingsvisie	
3.2 Checklist nieuwe medewerkers	

01 VOORSTELLING VAN DE VOLWASSENEN PSYCHIATRIE

1.1 DE OPDRACHT

De opdracht van een psychiatrische dienst voor volwassenen verbonden aan een algemeen ziekenhuis met een spoedfunctie omhelst volgens de Wet op de Ziekenhuizen:

- crisisopvang
- observatie
- behandeling

Hierbij worden in ons ziekenhuis 5 zorgeenheden gebruikt:

- Raadpleging: bij de psychiaters
- Liaison: psychologen en psychiaters kunnen in consult geroepen worden door andere medische diensten
- Opname-afdeling (PAAZ): gelegen in blok F, verdiep 0 (F0)
- TEPSI: gelegen in blok A, verdiep 1(A10). Dit is de Toxicomanie-Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie
- Dagkliniek: gelegen in blok B, verdiep 0 (B05)

De PAAZ en de dagkliniek worden niet uitgebreid besproken in deze brochure. In de context van een 2de-lijns ziekenhuis zullen verblijven eerder kort zijn, omdat de 3de lijn (psychiatrische ziekenhuizen enz...) bedoeld is voor langer durende behandelingsverblijven. Vraag indien gewenst zeker meer informatie over onze PAAZ en dagklinische werking.

Het ZOL is één van de partners binnen Noolim (Netwerk voor geestelijke gezondheidszorg Oost-Limburg). Noolim wenst de zorg voor volwassen psychiatrische patiënten meer en meer in de thuissituatie aan te bieden en dit in samenwerking met de huisartsen en de diensten binnen de eerstelijnszorg. Centraal in de vermaatschappelijking van zorg staat de herstelgerichte benadering, waarbij de patiënt de regie over zijn zorgtraject terug in eigen handen krijgt.

1.2 DE VISIE VAN ONZE VOLWASSENEN PSYCHIATRIE



Binnen de diensten voor de volwassenenpsychiatrie hebben we gekozen voor een groepsmatig en psychodynamisch denk- en werkkader met een herstelgerichte visie.

- Door patiënten in groep te behandelen en ondersteunen, kunnen personen die psychisch in nood verkeren elkaar op één plaats ontmoeten (ondanks het feit dat pathologieën en doelstellingen van de opname verschillend kunnen zijn). De heilzame krachten van een groepsmatige benadering worden in bijlage 1 verder uitgewerkt. Een ander gevolg van de groepswerking is dat in een groep de omgangsstijl duidelijker wordt, wat bijvoorbeeld belangrijk is bij persoonsgebonden psychopathologie. In bijlage 1 kun je hierover ook verder uitleg vinden waarbij het model van Millon kort wordt uitgewerkt. Deze werkmethode kunnen we natuurlijk niet altijd/overall toepassen, we denken hier bijvoorbeeld aan personen die niet in therapie ingeschakeld kunnen worden door hun psychische crisis (acute psychose, delirium,...).
- Vanuit het psychodynamisch denkkader proberen we op afdelingsniveau een ondersteunend milieu aan te bieden. We trachten hierbij een zekere mate van veiligheid en rust te creëren waarin de patiënt, rekening houdend met zijn capaciteiten en met voldoende steun vanuit de afdelingswerking, kan nadenken over zichzelf en zijn situatie om er dan in een tweede stap iets mee proberen te doen of in te veranderen. Het stapsgewijs zelf meer in handen nemen, is hierbij essentieel. De psychiatrisch verpleegkundige is hierin een

laagdrempelige contactpersoon die mee helpt te werken aan een therapeutische basis door bijvoorbeeld het helpen verwoorden en bespreken van ervaringen, het benoemen van ervaringen en gedachten. Verder geeft de verpleegkundige ook steun, uitleg, is een continue en geruuststellende aanwezigheid, stelt grenzen als onderdeel van een goede zorg. In bijlage 1 kun je verder ontdekken welke grondhoudingen hierbij belangrijk zijn ('Kenmerken van een heilzame hulpverleningsrelatie') en hoe dit kan worden vertaald in psychodynamische termen.

Verdere info kun je ook nog vinden in de vormingsmap op de pc/laptop (T-schijf => Vorming psychiatrie) of je kunt ook steeds één van de psychologen aanspreken.

1.3 KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID

Het Ziekenhuis Oost-Limburg streeft naar een hoge kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De diensten volwassenenpsychiatrie werken hier graag aan mee.

Daarom wordt er gewerkt met werkgroepen, die de verantwoordelijkheid opnemen binnen een bepaald zorgdomein, dat ziekenhuisbreed (bv. ziekenhuishygiëne, medicatie, ...) of specialiteit specifiek (isolatie en fixatie, suïcidepreventie, ...) kan zijn. De taak van de werkgroep is ervoor zorgen dat de betrokken Q dashboard items in orde zijn en dat de belangrijke protocollen naar behoren worden toegepast.

Iedere werkgroep heeft ook een aanspreekpersoon, die verantwoordelijk is voor de communicatie tussen werkgroep en leidinggevende. Hier geldt het principe: "geen nieuws is goed nieuws." Als dat niet het geval is dan worden passende acties ondernomen, zo nodig met ondersteuning van de leidinggevende.

2.2 (T)EPSI

2.2.1 Algemeen

De **TEPSI**-unit is een **Toxicomanie-Eenheid** voor **Psychiatrische Spoed Interventie**. De afdeling leunt nauw aan bij zowel de algemene spoedgevallen-

dienst als de PAAZ. Conform haar opdracht om op provinciaal niveau te voorzien in een crisis-eenheid beschikt de afdeling over 4 crisisbedden met daarbij een bufferbed om pieken in de aanmeldingen te kunnen opvangen. Deze bedden staan 24u/24u en 7 dagen op 7 ter beschikking van de provincie. De TEPSI verleent hulp aan een specifieke populatie, namelijk personen die in een acute middelengereleerde medische-psychiatrische crisis verkeren. Sinds 1 juli 2017 is de doelgroep uitgebreid naar alle psychiatrische crisissen. De hoofdfocus blijft evenzeer wel de groep toxicomanie.

De crisis wordt begrepen als een tijdelijke toestand van desorganisatie, waardoor de egosterkte van de persoon is ingeperkt. De aard en de complexiteit van de crisis wordt bepaald door het gedrag en de beleving van de patiënt. De inschatting en de beoordeling van de ernst van de crisis is van essentieel belang en gebeurt door de psychiater op de algemene spoedgevallendienst. Hier kan de psychiater dan beslissen of een opname aangewezen is voor de TEPSI en zinvol is voor de patiënt in kwestie.

De doelstelling van deze afdeling is tweevoudig:

- herstel en indien mogelijk versterking van het autonoom functioneren van de patiënt te bewerkstelligen.
- opbouwen van een werkrelatie met oog op motivering van patiënt om in een aangepaste setting verder te werken aan zichzelf.

Deze doelstellingen worden nagestreefd binnen een maximum opnameduur van 5 dagen.

2.2.2 Het team

Het Tepsy-team bestaat uit:

- Psychiater Dr. H. Verslegers
- Assistent Psychiater
- Hoofdverpleegkundige
- Adjunct-hoofdverpleegkundige
- Psychiatrisch verpleegkundigen
- Sociaal verpleegkundige
- Psycholoog
- Psychomotorische therapeut
- Casemanagers (aanspreekfiguur hulpverlenings-traject)

2.2.3 De werking

Elke crisis verloopt **fasisch**, daarom hebben wij ervoor gekozen om fasegericht te werken:

Fase 1: De eigenlijke crisisinterventie:

1. Lichamelijke stabilisatie:
 - Observatie + opvolging desintoxicatie
 - Farmacotherapie
 - Somatische diagnostiek en follow-up
2. Inventarisatie problematiek, leefsituatie en hulpverlening: zo volledig mogelijk in kaart brengen:
 - anamnese: bevraging van de patiënt zelf
 - hetero-anamnese: gesprek familie/directe omgeving
 - hulpvraag patiënt + systeem exploreren
 - hulpverleningsgeschiedenis in kaart brengen (huisarts/andere hulpverleners)
 - bij reeds bestaand zorgtraject: inschakeling casemanager
3. Opvang en begeleiding, het tot rust komen van de patiënt:
 - Ondersteunende gesprekken, houding van actief en empathisch luisteren, het "er zijn" voor de patiënt, opbouwen van een vertrouwensrelatie
 - Aanbod van therapieën: ontspannend (wandeling, ontspanningsactiviteit) + confronterend (psycho-educatie, ergotherapie, PMT)
 - Afdelingsgesprek (informatiemoment voor de patiënten)
 - Bij escalatie crisis/dreigende agressie: protocol crisisonwikkelingsmodel (= observatie gedrag patiënt, aangepast type+timing interventies, mate van structurerende maatregelen: van ondersteunend gesprek, kalmeringstechnieken tot isolatie/fixatie)

Fase 2: Geïndividualiseerde zorg:

1. Psychiatrische diagnostiek: persoonlijkheidsonderzoek + cognitief onderzoek
2. Therapieën:
 - Individuele gesprekstherapie: stimuleren van verbalisatiegedachten, gevoelens en ervaringen: via faciliterende open vragen en empathische reflecties + inzichtelijk werken rond gedachten, gevoelens en ervaringen
 - Via materialen (ergotherapie) en via lichamelijke

expressie (PMT): uitdrukken van gevoelens op een creatieve manier

3. Informeren rond middelengebruik + rond aanbod hulpverlening via:
 - Psycho-educatie in groep
 - Individueel gesprek met casemanager
 - Documentatiemap + brochures op de afdeling
4. Mobilisatie systeem/directe omgeving
 - Partnergesprekken/gezinsgesprekken
 - Opvang en informeren van systeem: individueel gesprek
5. Opstarten motivationeel-inzichtelijk proces: motivationele gesprekstechnieken (veranderingsmodel Prochaska en DiClemente) met als doel de patiënt aan te haken op de hulpverlening
6. Organisatie efficiënte nazorg via casemanager

Fase 3: Vormgeving verder hulpverleningstraject (casemanagement)

- Aanspreekfiguur cliënt in zijn/haar hulpverleningstraject: outreachment/bemoeizorg
- Verbindingsfiguur tussen cliënt en hulpverlening
- Aanspreekfiguur voor samenwerkende partners

2.2.4 Takenpakket verpleegkundige

Dagindeling verpleegkundige	
06u45	• Begin A dienst • Briefing door de nachtdienst
07u00	• Medicatiecontrole van 8u-12u-15u • Nalezen EPD (Elektronisch Patiënten Dossier)
07u30	• Wekken van patiënten • Bloedafname • Ondersteuning bij dagelijks toilet
08u00 - 08u45	• Buffet openen + eventueel hulp bieden • Medicatiebedeling
09u00	• Einde ontbijt • Patiëntenbespreking (multidisciplinair overleg)
10u45 - 11u00	• Afdelingsgesprek
11u00 - 12u00	• Therapie/vrijtijdsactiviteit
12u00 - 13u00	• Middagpauze • Buffet openen + eventueel hulp bieden • Medicatiebedeling • Middagpauze verpleegkundige (30 min)
13u00 - 14u00	• Therapie/vrij moment
13u30	• Start B-dienst • Briefing verpleegkundig team • Medicatiecontrole 18u-21u
14u00 - 14u30	• Wandeling met patiënten
14u30 -15u30	• Therapie/vrijtijds- activiteit
15u15	• Einde A-dienst
17u00	• Start bezoek
17u45	• Warme maaltijd binnenrijden + eventueel hulp bieden • Avondpauze verpleegkundige (30 min) op de afdeling • Uitdelen menubladen + ingeven PC
20u00	• Einde bezoek

21u45	• Start N-dienst • Briefing naar nachtverpleegkundige
22u00	• Einde B-dienst

2.4 RAADPLEGING PSYCHIATRIE

Patiënten kunnen op consult komen bij één van de psychiaters in het ziekenhuis. Aanmelden kan op eigen initiatief, via de huisarts, via de arts-specialist of via andere doorverwijzers. Deze ambulante raadpleging is enkel mogelijk na afspraak.

2.5 LIAISONPSYCHIATRIE

Liaisonpsychiatrie (liaison = verbinding) is verbindend op verschillende manieren:

- Liaisonpsychiatrische interventies spelen zich qua organisatie af op de grens tussen de somatische zorg en de psychiatrische of psychologische zorg. Zo kan de psychiater bijvoorbeeld ingeschakeld worden in het ambulante team (raadpleging) van de pijnkliniek of de dienst gastro-enterologie. De liaisonpsychiater kan ook op een somatische afdeling van het ziekenhuis bij patiënten langsgaan. Waar nodig kan hij verwijzen naar diensten Geestelijke Gezondheidszorg buiten het ziekenhuis of informatie verzamelen en overleggen met reeds bestaande zorgverlening (bijvoorbeeld een gedwongen opgenomen patiënt die zijn heup breekt bij een suïcidepoging, op de afdeling orthopedie terechtkomt en daar psychotische belevingen heeft t.o.v. de verpleging).
- De verbinding situeert zich ook binnen de patiënt, waar de liaisonpsychiater zich in het bijzonder richt op de interacties van lichamelijke en psychische factoren. Vaak gaat het om patiënten met een somatisch en/of een psychiatrisch probleem:
 - * depressie na kankerbehandeling
 - * delier na hartchirurgie
 - * observatie op cardiologie voor hartkloppingen, maar er is
 - * eigenlijk een stressprobleem met hyperventilatie
 - * een patiënt met leverproblemen door alcoholgebruik

In het ZOL is er een aparte liaisonpsychiatrische werking voor ouderen (Dr. Burin) en voor volwassenen (Dr. De Bie en dr. Van Kaam). Zij werken nauw samen met de psychologen (bijkomende diagnostiek, psychotherapeutische interventies, ...), werkzaam op de somatische afdelingen van het ziekenhuis en met de dienst patiëntenbegeleiding.

3.1 AFDELINGSVISIE

Afhankelijkheid en zuchtigheid kunnen langs verschillende zijden belicht worden: erfelijkheid, neurobiologische mechanismen, leerprocessen, maatschappelijke omgeving en ook de betekenis van gebruik. In verband met dit laatste wensen we ons te verlaten op de psycho-analytische denkwijze, hierbij gaan we trachten te begrijpen vanuit zijn eigenheid.

De termen holding-environment en containment zijn hierbij belangrijke begrippen: er wordt getracht om een ondersteunend milieu aan te bieden waarin een zekere mate van basisveiligheid en -vertrouwen kan (her)ontdekt worden. Het proces zelf meer in eigen handen nemen en stilstaan bij zichzelf, zichzelf in vraag durven stellen en zelf aan de problemen werken is essentieel.

De psychiatrische verpleegkundige is hierin de contactpersoon, helpt mee te werken aan een therapeutische basis door containment (helpen verwoorden en bespreken, het benoemen van ervaringen en gedachten) en holding (steun, uitleg geven, continue en geruststellende aanwezigheid, het stellen van grenzen) aan te bieden als onderdeel van een goede zorg.

De afdeling dient als een instantie die veiligheid biedt, die de patiënt in crisis opvangt en zorgt voor het herstel van de zelfcontrole. Een tijdelijke externe begrenzing (beveiliging) wordt bekomen door het invoeren van een aantal structurerende maatregelen (afdelingsafspraken, huishoudelijk reglement, controle van bagage, dagstructuur,...) De gesloten deur is ook van belang: naast een toezichtsfunctie heeft deze ook een beschermende grensfunctie die patiënt even afschermt van de buitenwereld. Door het verslaafde niet meer te voeden krijgt de patiënt de mogelijkheid om zicht te krijgen op de schade en de groeimogelijkheden van het gezonde IK.

Een ander cruciaal aspect van de afdeling is het leefklimaat. De patiënt moet zich psychisch veilig voelen, om zichzelf te kunnen zijn en om zijn verhaal te kunnen brengen. Om dit te bereiken dient de basisattitude uitnodigend, empathisch, aanvaardend en open te zijn.

Vanwege het team wordt dan een houding aangenomen die het evenwicht vormt tussen ondersteuning en containing van de patiënt enerzijds en de activering van zijn autonomie anderzijds. Om regressie te voorkomen wordt een begrenzend houding aangenomen, waarbij er niet op elke behoefte van patiënt wordt ingegaan, ook wordt de autonomie van de patiënt gestimuleerd en de eigen verantwoordelijkheid aangesproken. De patiënt wordt gemotiveerd om het eigen aandeel in zijn problematiek te zien. Tegelijk trachten we het competentiegevoel te versterken en de patiënt te overtuigen van zelf de mogelijkheden te bezitten om zijn probleem om te lossen. (motiverende gespreksvoering). Mogelijke hulpverleningsalternatieven worden aangeboden en besproken.

Ook de omgeving (partner en gezinsleden) van de patiënt is belangrijk met betrekking tot de crisisopvang. Bij middelengebruik zijn zij ook meestal diegene die druk uitoefenen tot opname. anderzijds is het symptoom van middelengebruik ook een deel geworden van de gehele omgeving. Daarom nodigen we, op indicatie, mensen uit de omgeving uit om op gesprek te komen. De doelstelling is vooral het openen van de communicatie tussen de partners en/of gezinsleden.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be