

Spoedhospitalisatie psychiatrie: een acute behandelingsafdeling volgens het crisisinterventiemodel

P. Igodt, M. Van Ryckeghem, R. Lagae, D. Blonde *

I. Inleiding

Het opzet van dit artikel is *de voorstelling van een psychiatrische unit voor korte observatie en behandeling in een algemeen universitair ziekenhuis*. Naar onze mening vertoont deze een aantal karakteristieken die de aandacht verdienen omdat ze voldoende verschillen van reeds bestaande afdelingstypen, en dat zij een aanvullende schakel vormen in de keten van psychiatrische voorzieningen in een regio.

Het is bekend dat in grote stedelijke agglomeraties veel beroep gedaan wordt op algemene spoedgevallenafdelingen voor de *opvang van mensen die acuut psychiatrisch decompenseren*. Dit gebeurt niet alleen bij zelfmoordpogingen, waar een somatische tussenkomst vereist is, maar ook bij andere crisissituaties, ontstaan op basis van plotse verstoringen in bestaande relationele evenwichten. Daarbij komen nog een aantal meer klassieke acute psychiatrische beelden voor, zoals manische aanvallen, paranoïde opstoten, exogene deliria, enz., maar deze vormen een minderheid.

De frequentie van de verwijzingen naar algemene spoedgevallenafdelingen is natuurlijk afhankelijk van de capaciteit van de regio voor onmiddellijke opvang van acute psychiatrische nood, dringende consultatie of snelle hospitalisatie. Al kan dit overdag nogal meevallen, het is een feit dat het gebrek aan acute psychiatrische voorzieningen tijdens de nacht en in het weekend leidt tot de gemakkelijke reflex van de 'verwijzing naar spoedgevallen'. De lage drempel, de promptte hulp en de intensieve aandacht die deze diensten bieden, maakt dat soms een overdreven, onoordeelkundig beroep gedaan wordt op deze hooggespecialiseerde instellingen. Dit geldt voor alle urgenties, maar psychiatrische in het bijzonder. Het kader van hoge technische uitrusting is trouwens minder geschikt voor de opvang van mensen met niet-somatische problemen.

De full-time aanwezigheid van een psychiatrisch consulent (**) in het ziekenhuis probeerde hiervoor aanvankelijk een oplossing te bieden. Het minder geschikte kader, de afwezigheid van meer psychiatrisch geschoold personeel op de spoedgevallenafdeling, en niet het minst de problemen verbonden aan het zeer kort verblijf (max. 36 u.) en het gedeeltelijk vervolg dat slechts kon gegeven worden aan de behandeling van deze patiënten maakte dat deze consulent moeilijk zijn taak kon uitvoeren. De psychiatrische consulent moest bovendien voortdurend ervaren dat zijn verwijzing naar een psychiatrisch centrum, bij vrees

* Resp. Psychiater, Klinisch Psychologe, Hoofdverpleegster en Maatschappelijk Werkster aan het U.Z. St. Rafaël; afdeling spoedhospitalisatie psychiatrie (Dir.: Prof. P. NIJS).

** Om de leesbaarheid van de tekst niet te schaden hebben we uitsluitend de mannelijke vorm van de taal gebruikt. De inhoud van het artikel heeft echter betrekking zowel op personen van het mannelijk als van het vrouwelijk geslacht.

voor een nieuwe decompensatie, mislukte. Dit gebeurde hetzij door de directe weigering van de opname door patiënt en familie, hetzij door ontslag tegen advies na enkele weken verblijf in het centrum.

Hij kreeg de indruk dat patiënten die reageren volgens een crisispatroon geen goede groep vormen voor voortgezette klinische psychiatrische behandeling omdat ze na een tijd van opschudding, snel weer 'op hun plooi komen', verdere therapeutische bemoeienis afwijzen en weggaan. Vaak tot de volgende crisis... .

In dit kader stelde zich de vraag of geen opties zouden moeten genomen worden om binnen de universitaire algemene spoedgevallenafdeling, eraan verbonden of ervan gescheiden, een meer specifieke 'psychiatrische spoedgevallenafdeling' te creëren. Uiteraard zou dit moeten gecoördineerd worden met andere initiatieven die zich reeds bezighouden met de 24-uur opvang van mensen met acute psychische problemen, met nadruk op deze initiatieven die hulp proberen te verlenen in het natuurlijk kader waarin de nood optreedt, met vermijding, indien mogelijk, van hospitalisatie. Indien hospitalisatie nodig is, zou een kort verblijf in een niet-medische setting (b.v. crisiscentrum in de stad) of een medische setting (psychiatrische spoedgevallenafdeling) naargelang de problematiek moeten overwogen worden. Dit sluit natuurlijk de rechtstreekse verwijzing naar psychiatrische centra niet uit, bij toestanden die daarvoor aangewezen zijn. De centrale gedachte is dat grotere diversiteit in de mogelijkheden voor opvang van acute psychische problemen de kwaliteit van de behandeling ten goede zou moeten komen. Tussen ambulante zorg en hospitalisatie in een psychiatrisch centrum zijn tussenschakels nodig van kortdurende, intensieve opvang van mensen in acute nood. Omwille van hun beperkingen, vooral wat betreft personeelsbezetting, kunnen de Paaz-afdelingen alleen deze brug niet maken.

In het licht van deze overwegingen werd in het universitair ziekenhuis Leuven, in 1978, een nieuwe afdeling opgericht. Het creëren van een echte 'psychiatrische spoedgevallenafdeling', een afzonderlijke afdeling met eigen personeel de klok rond was niet realiseerbaar. Vandaar dat een compromis werd gesloten om een afdeling op te richten die het midden hield tussen een spoedgevallenafdeling en een korte intensieve behandelingsunit.

Het denkmodel dat aanvankelijk de meeste steun leek te kunnen bieden voor een dergelijk project was de crisisinterventietheorie. Men wilde de aandacht vooral richten op het moment van acute verstoring van het psychologisch evenwicht, tengevolge van factoren van recente psychische overbelasting om via professionele tussenkomst en door stimulering van de eigen middelen van het individu en zijn omgeving, te komen tot het herstel van het evenwicht van vóór de crisis, hoe broos en onzeker dit evenwicht ook geweest was.

Men ging ervan uit dat een eerste stap in de richting van crisisoplossing door de patiënt zelf, zijn gevoel van bekwaamheid vergroot en hem op weg kan zetten om meer omvangrijke probleemgebieden aan te pakken. Doelbewuste prioriteit werd gegeven aan recompensatie en herstel van het functieniveau eerder dan aan diepere doorwerking van conflicten en structurele problemen. Dit laatste kan het voorwerp worden van verdere behandeling, hetzij ambulant, hetzij klinisch indien nodig. Deze handelswijze om binnen de korte tijdsperiode van veertien dagen, via een intensieve aanpak, met de stimulering van de eigen oplossingscapaciteiten te komen tot een punt van evenwicht dat de persoon vroeger

staande hield, lijkt een zeer aanvaardbare procedure voor de meeste patiënten die met crisisgedrag reageren. De klemtoon van de behandeling ligt dus meer op de actuele problemen dan op de gedetailleerde analyse van het verleden en er wordt om een actieve participatie verzocht van de patiënt in het maken van afspraken omtrent verdere beslissingen en omtrent zijn ontslag.

Dit brengt natuurlijk met zich mee dat er een selectie moet gebeuren van de op te nemen patiënten. Personen met zwaardere psychiatrische problematiek of die reeds voordien langere tijd klinisch behandeld werden, worden meestal verwezen naar de vroegere behandelingsplaats. De meest pragmatische vraag bij de selectie van patiënten voor de afdeling is of het gaat om een acute situatie die recent en reactief is ontstaan en of zij op zo'n wijze kan gedefinieerd worden in termen van crisis of decompensatie dat een intensieve interventie, op korte termijn, kans maakt om een bevredigend niveau van functioneren van voordien te herstellen.

Een dergelijke visie leidde snel tot een systeemtheoretische oriëntering en tot het aanwenden van meer directieve interventiestrategieën.

Waar voordien reeds zeer veel gewerkt werd met het direct betrekken van de significante anderen in de behandeling, o.a. door partnergesprekken, zo werd geleidelijk ook therapie gedaan met gehele gezinnen in die gevallen waarbij men de indruk had dat dit snellere resultaten kon opleveren.

Het is onze mening dat crisisinterventietheorie en systeemdenken elkaar zeer goed aanvullen en een interessante gecombineerde basis vormen voor een dergelijke afdeling.

II. Voorstelling van de afdeling

De afdeling beschikt over 18 bedden en 1 separatiekamer. In drukke periodes kan tot 22 opnames gegaan worden.

De opnamemogelijkheid is vastgesteld tussen 8.00 u. en 20.00 u.; 's avonds en 's nachts kan er opgenomen worden op de Algemene Spoedgevallenafdeling waar de patiënt dan verblijft tot de volgende morgen. De reden voor deze beperking is het feit dat de nachtverpleegkundige geen waak- en opvangfunctie kan combineren, zonder één van beide te verwaarlozen.

De minimumleeftijd van 14 jaar is de enige leeftijdslimiet die wordt gesteld.

Indikatiestelling

Vanuit zijn specifieke situering binnen de Universitaire Ziekenhuizen en de Leuvense regio heeft de afdeling Spoedhospitalisatie Psychiatrie eigenlijk een dubbele opdracht te vervullen.

Enerzijds moet er ingespeeld worden op het 'aanbod' (of is het de vraag) van de Algemene Spoedgevallenafdeling en de rechtstreekse doorverwijzingen van huisartsen, therapeuten en eerstelijnsdiensten uit de omgeving.

Anderzijds verbond de dienst er zich ook toe om in te staan voor de eerste opvang van de patiënten met een acuut psychiatrisch beeld in het algemeen ziekenhuis zelf.

Het aanbod van deze twee 'verwijzingskanalen' is zeer divers.

Crisissituaties kunnen hetzij situationeel gebonden zijn (dood van een

naastbestaande, echtscheiding), hetzij meer ontwikkelingsgebonden zijn (adolescentie, menopauze, pensionering).

Ze dienen zich aan in de vorm van een depressieve decompensatie, een suïcidepoging, geagiteerd gedrag, psychotische desintegratie.

De crisis kan evenzeer de vorm aannemen van acute exogene beelden, symptomatische psychosen of verwardheid na een operatieve ingreep.

Alhoewel het aanbod erg verschilt blijft het de bedoeling een kortdurende interventie te doen, die intensief en doelgericht verloopt, met de tijdsdruk als strategisch middel. Algemeen gezien kan men het doel omschrijven als preventief werken t.a.v. de traditionele psychiatrische hospitalisatie.

Deze overweging zal dan ook de leidraad zijn bij de beslissing tot opname, waarvan de verantwoordelijkheid bij de psychiater-supervisor ligt. Deze beslist in laatste instantie. Meestal verloopt dit in de vorm van overleg tussen de assistent-psychiater die met het voorstel komt en de supervisor.

Een opname kan echter ook telefonisch met de supervisor afgesproken worden (b.v. huisarts, psychiater met privé praktijk), indien de opname-noodzakelijkheid duidelijk blijkt.

Deze opnameprocedure biedt een voldoende drempel. De volgende criteria voor opname worden als minimum gerespecteerd: niemand kan zich 'zomaar aandienen' en laten opnemen, het te bereiken einddoel moet als het ware in het bereik liggen en het akkoord van één der supervisoren is noodzakelijk.

Concrete werking

Eenmaal tot opname beslist gebeurt de eerste opvang van de patiënt door de begeleider, die een psychiatrisch verpleegkundige is met opleiding in gesprekstechnieken. Gedurende het ganse verblijf zal hij, naast de minder uitgesproken medische verzorging, een dagelijkse gespreksbegeleiding van de patiënt verzekeren. Hierbij wordt hij bijgestaan door een deel van het team ('mini-team') dat regelmatig bijeenkomt om een globaal diagnostisch bilan op te maken van de problematiek en een interventieplan uit te stippelen, of een evaluatie te maken van de verdere evolutie, het behandelingsplan aan te passen, alle interventies nauwkeurig af te spreken en te coördineren, ontslag en nabehandeling voor te bereiden.

Het 'mini-team' draagt de gezamenlijke en collegiale verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt. Het bestaat uit de begeleider, de assistent-psychiater, die de patiënt regelmatig medisch-psychiatrisch volgt, de psycholoog en/of maatschappelijk werker, die de significante derden heeft ontmoet, of eventueel een test-psychologisch onderzoek heeft uitgevoerd en de psychiater-supervisor, adjunct-kliniekhoofd, die de medische eindverantwoordelijkheid draagt.

Omwille van de intensieve interdisciplinaire aanpak en de uurwisselingen van het personeel is er ook een systeem voorzien van dagelijkse beknopte informatieoverdracht, de briefings, waarop nieuw opgenomen patiënten, geplande 'mini-teams', conclusies van 'mini-teams', zich voordoende verwickelingen, weekendafspraken en ontslagen besproken worden.

Het voornaamste doel van deze vergaderingen is elk teamlid op de hoogte te houden van de evolutie bij elke patiënt – zodat inbreng mogelijk blijft van niet-direkt betrokken teamleden.

Het therapeutisch aanbod in de technische zin van het woord blijft beperkt tot het aanbieden van gesprek (individueel, partners, familie). De hele setting van de afdeling, de sfeer van gesprek, de openheid naar de sociale omgeving en de open atmosfeer tussen de diverse disciplines in het team beoogt als zodanig een therapeutische factor te zijn.

Er worden geen groepstherapieën georganiseerd. Wel kan de patiënt kiezen of hij deelneemt aan de dagelijkse kiné-oefeningen. Creatieve therapie wordt recent overwogen.

Tweemaal per week wordt door de hoofdverpleegkundige een gesprek gehouden met de aanwezige patiënten om voeling te houden met emotionele stromingen in de patiëntengroep.

Structurering van de equipe

Het team is multidisciplinair samengesteld. De psychiatrisch verpleegkundigen vormen de belangrijkste groep zowel in aantal, als aanwezigheid, als aandeel in de gehele aanpak.

Deze groep bestaat momenteel uit: 1 hoofdverpleegkundige, 1 nachtverpleegkundige, 10 verpleegkundigen-begeleiders en 1 huishoudelijke hulp.

Twee full-time assistenten-psychiatrie staan in voor het werk op de afdeling en nemen elk om beurt het consulentchap op Spoedgevallen en op de andere afdelingen in het algemeen ziekenhuis op zich, dit gedurende enkele maanden.

Twee half-time klinisch psychologen, 1 full-time maatschappelijk werker en 2 half-time psyhiaters-supervisoren maken het team volledig, dat administratief geholpen wordt door 1 full-time secretaresse.

Ontslag en doorverwijzing

We maakten reeds allusie op het belang van vlotte doorverwijzingsmogelijkheden voor een dienst die zich tot doel stelt aan crisisinterventie te doen en zelf niet kan instaan voor nabehandeling.

Tijdens de opname wordt een behandelingsplan uitgestippeld, de begeleiding wordt gericht op enkele probleemaspecten, er wordt een begin gemaakt met een gezins- of partnerbegeleiding. De ingeslagen weg moet verder gezet worden en wel op zodanige manier dat de overschakeling naar een andere therapeut zo efficiënt mogelijk verloopt voor de patiënt.

Dit kan slechts wanneer de therapeuten en hun manier van werken gekend zijn zodat een selectieve doorverwijzing mogelijk wordt.

Resultaten van een eerste follow-up onderzoek wezen uit dat slechts een gering aantal doorverwijzingen slagen.

Verschillende oorzaken liggen hier aan de basis, maar ervaring wees uit dat een eerste contact en kennismaking nog vóór het ontslag met de therapeut die de behandeling zal verderzetten, meer kans op slagen geeft. Dit maakt het voor de patiënt mogelijk nog met zijn begeleider-vertrouwenspersoon op de afdeling de pro's en contra's van de voorgestelde nabehandeling te bespreken. Ook kunnen daarbij antipathieën-op-'t-eerste-zicht en andere elementen, die kunnen leiden tot het niet opnemen van de nabehandeling, in dit gesprek opgevangen en eventueel gerelativeerd worden.

Een drempel wordt als het ware overschreden. Indien dit om praktische redenen niet kan gerealiseerd worden, vertrekt de patiënt met een afspraak op zak, en dan is de stap naar verdere behandeling vaak veel moeilijker te zetten.

Dat de huisarts in dit net van hulpverleners een centrale plaats inneemt vanuit zijn positie van vertrouwenspersoon van de familie, beklemtonen wij hier nogmaals. Hij wordt zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken, zij het dat de contacten meestal beperkt blijven tot telefonisch overleg. Bij opname wordt hij gecontacteerd met de vraag naar (achtergrond-)informatie, bij ontslag wordt ofwel de nabehandeling aan hem toevertrouwd of wordt hij ingelicht over de gevolgde en geplande strategie.

Een grote waaier van centra kan worden aangesproken, gaande van ambulante gezinstherapie, individuele therapieën op diverse leesten geschoeid, tot groepstherapieën, tot opname in psychiatrische ziekenhuizen, al dan niet partieel, al dan niet langdurig en sociotherapeutisch van aard.

Ten einde tot een goed resultaat te komen, zowel in het effect van de behandeling als in de samenwerking met de verwijzers werd er van bij de aanvang een follow-up-systeem ingevoerd.

Zes maanden na het ontslag van de patiënt op de afdeling worden evaluatieformulieren gestuurd zowel naar de patiënt als naar de verwijzer. Aan de patiënt wordt gevraagd hoe hij het verblijf globaal heeft beleefd, of hij zich al of niet beter voelt, wat op de afdeling volgens hem tot de verbetering heeft bijgedragen, hoe het verder met hem gegaan is. ...

Aan de verwijzer wordt ook om een beoordeling van het effect van de therapie gevraagd, alsook om een appreciatie van de samenwerking met suggesties voor een eventuele verbetering.

Op markante boodschappen of vragen in deze follow-up-formulieren wordt door het teamlid dat daarvoor het best geplaatst is, telefonisch gereageerd. Dit om een continu feed-back-systeem van evaluatie te installeren.

Taak van de psychiatrisch verpleegkundige

Reeds van bij het opzet van de afdeling werd er een keuze gemaakt de verpleegkundigen niet langer slechts een observerende taak toe te kennen.

Zij worden in de eerste-lijns-opvang naar voren geschoven. Zij vormen immers de grootste groep met de meeste continuïteit.

Iedere verpleegkundige krijgt een aantal opgenomen patiënten toegewezen (meestal 3); dit wil zeggen dat hij de coördinerende figuur is van alle processen en werkzaamheden rond een patiënt.

Deze toewijzing gebeurt op basis van bijvoorbeeld volgende criteria: welke verpleegkundige is nog voor een langere periode aanwezig (zodanig dat de continuïteit kan gewaarborgd worden)? Welke verpleegkundige kan nog patiënten bijnemen?

Niet enkel het aantal patiënten, maar ook de complexiteit van de problematiek van de te volgen patiënt speelt een rol bij de toewijzing. B.v.: het begeleiden van een zeer psychotische, verwarde patiënt vergt veel meer continue aandacht, gespreid over heel de dag, dan het volgen van een patiënt die tamelijk zelfstandig zijn dag kan doorbrengen en buiten gesprekken weinig beroep doet op de verpleegkundigen.

Men kan het werk van verpleegkundigen overlopen aan de hand van de verschillende rollen die zij op een soepele manier hanteren: de begeleidende rol, de verzorgende rol, toezicht en administratie.

Wat de *begeleidende rol* betreft, deze neemt de grootste plaats in tijd en inzet: elke dag wordt er gedurende drie kwartier à één uur met de toegewezen patiënten een gesprek gevoerd.

In het begin van de opname zal men vooral contact proberen te krijgen met de patiënt en ingaan op de recente evolutie van de problematiek (het crisismoment).

Na een aantal dagen komt er een accentverschuiving van eerder informatie inwinnen naar het inbrengen van een nieuwe strategie, zoeken naar oplossingen, eerder confronterend te werk gaan, al naargelang de beslissing van het 'mini-team'.

Het rapporteren (schriftelijk en mondeling) van de dagelijkse toestand van de patiënt is ook een wezenlijk onderdeel van de begeleiding.

De *verzorgende rol* hoort uiteraard bij verpleegkundigen.

Op deze dienst, in het algemeen ziekenhuis, hebben zij te maken met fysieke zorgen, waarbij dikwijls toch heel wat technische kennis en vaardigheid vereist is. Kort enkele voorbeelden: het verzorgen van zware brandwonden, de vochtinname verzekeren via perfusie bij patiënten in delirium, gynaecologische zorgen verlenen aan vrouwen in post-partum psychose, biochemie volgen van niertransplantatiepatiënten.

Dikwijls worden de verzorgingen bemoeilijkt doordat de patiënt niet kan of wil meewerken of zich verzet tegen de zorgen (b.v. toedienen van perfusie).

Wanneer de verzorging een ingrijpende of bedreigende gebeurtenis is voor de patiënt (b.v. inspuiting geven, bloedname) kan de begeleidende en verzorgende rol gescheiden worden en kan de verantwoordelijke verpleegkundige zijn verzorgende rol delegeren aan een collega, zonder de eindverantwoordelijkheid door te geven.

Door het systeem van patiëntentoe wijzing komt men voor een situatie te staan waarbij de aandacht van iedere verpleegkundige nogal toegespitst wordt op zijn patiënten waar hij verantwoordelijk voor is. Hierdoor dreigt het zicht op het geheel van de afdeling verloren te gaan. Neem daarbij nog het feit dat wij veel suicidale patiënten hebben en mensen met andere soms zware problematieken. De afdeling is bovendien een open afdeling. Dit alles schept de nood aan iemand die speciaal belast is met *toezicht*.

Deze taak (telkens voor een halve dag waargenomen door één verpleegkundige) houdt diverse opdrachten in. Op de eerste plaats is er de onthaalfunctie. De persoon die met toezicht belast is, legt het eerste contact met de mensen die op de afdeling komen, voor opname of voor bezoek, de familieleden en de kennissen, de verwijzers en de medewerkers. De aard van dit contact is zeer bepalend voor het image van gastvrijheid dat de afdeling kan bieden.

De hoofdverpleegkundige heeft eerder een leidinggevende taak: zorgen dat het werk op een vlotte manier georganiseerd wordt, het werkklimaat voldoende volgen en vooral ook steunfiguur zijn voor de verpleegkundigen.

De psychiatrisch verpleegkundigen die als begeleiders een coördinerende en spilfunctie hebben in het team, kunnen in die functie terugvallen op de assistentenpsychiaters, de klinisch psychologen, maatschappelijk werker, onder leiding van de supervisoren.

Wanneer we de taken van deze respectievelijke disciplines nagaan, onderkennen we enerzijds een duidelijke afbakening, anderzijds een in elkaar vervloeien van terreinen. De assistenten-psychiaters hebben hoofdzakelijk oog voor de diagnostiek en vormaspecten van de symptomen en de medisch-psychiatrische therapieën.

De 'klinisch-psychiatrische blik' wordt van hen verwacht, wat dient te resulteren in voorstellen tot therapie, zeker als dit gaat om medicamenteuze therapieën (denken we hier o.a. aan substitutietherapie bij desintoxicatie).

Specifieke therapieën kunnen ook onder hun bevoegdheid vallen, als ze hiervoor opleiding gehad hebben, zoals de gedragstherapeutische aanpak bij hyperventilatie, rouwtherapie...

Deze klinische blik wordt aangevuld met de gegevens verkregen uit de gesprekken met de personen uit de sociale om-wereld van de patiënt (partner, vriend, ouders) wier betrokkenheid op de problematiek van cruciaal belang is en waarvan kan aangenomen worden dat hun medewerking essentieel is voor de behandeling.

Deze hetero-anamnestiche informatie wordt ingewonnen door de klinisch psychologen of de maatschappelijk werker.

Opvang van familieleden van patiënten-in-crisis, hetero-anamnese, meebepalen van behandelingsstrategie — b.v. partnertherapie —, zijn de belangrijkste taken die gemeenschappelijk zijn voor klinisch psychologen en maatschappelijk werker. Door hun opleiding komt daar voor de klinisch psychologen bovendien het psychodiagnostisch onderzoek bij. Dit wordt uitgevoerd wanneer in bepaalde gevallen de klinische diagnose verdere aanvulling en precisering behoeft. Zij staan desgevallend ook in voor de relaxatietherapie, de gedragstherapie, de partner- en familietherapie. De indicaties voor deze systeemgeoriënteerde gezins-sessies worden de laatste tijd steeds meer gesteld. Ook één van de supervisoren heeft zich op dit terrein speciaal toegelegd.

Een andere belangrijke functie, die voornamelijk vervuld wordt door de klinisch psychologen is de 'interviewende' rol in het verpleegkundig team. Deze interviewe gebeurt zowel individueel (al dan niet door middel van spiegelkamer) als in groep.

Deze openheid in de werking binnen het team, wordt doelbewust nagestreefd. Men poogt dit ook te bereiken via de observerende aanwezigheid (opnieuw via spiegelkamer) van begeleiders bij de echtpaar- en gezinsgesprekken.

Een duidelijker inzicht in en een vlottere communicatie over de evolutie van de begeleiding wordt aldus bereikt.

De maatschappelijk werker heeft daarnaast nog de verantwoordelijkheid over de 'psychosociale' kaart, wat erg belangrijk is voor een dienst die voor de ambulante nazorg en/of specifiekere behandeling dient terug te vallen op andere diensten. Het onderhouden van goede afspraken en samenwerkingsverbanden is voor een vlotte doorverwijzing de eerste vereiste.

Inlichtingen verschaffen en in orde houden van tal van administratieve aangelegenheden behoort ook tot zijn terrein.

De supervisor als laatste schakel binnen dit geheel is verantwoordelijk voor de indicatiestelling bij opname en heeft een beslissende stem in het bepalen van het behandelingsplan. Hij is degene die 'informeel' het mini-team structureert en via het mini-team mede instaat voor het dagelijks beleid rond de patiënt.

Wijzen we tot besluit van deze omschrijving op de horizontale wijze waarop het team gestructureerd is, wat een strakke afbakening van de verschillende terreinen voorkomt en leidt tot verwisselbaarheid van taken. Om een werksfeer van vertrouwen te creëren, waar medewerkers op mekaar kunnen terugvallen, is het goed dat de mensen voor een langere periode (een aantal jaren) blijven samenwerken.

Ook voor het opbouwen van een specifieke deskundigheid, is dit van belang. In realiteit is het ook zo dat men op deze afdeling tot nog toe weinig met het staff-burn-out syndroom (vlug weggaan van ontgoochelde mensen) te maken heeft. Hierdoor krijgt men een tamelijk vaste groep van mensen, die op een goede manier kunnen samenwerken en een gemeenschappelijke ervaring achter de rug hebben.

III. Eigen-aardigheden van onze werking

In de loop van vijf jaar werking heeft de afdeling Spoedhospitalisatie Psychiatrie, als acute behandelingsafdeling volgens het crisisinterventiemodel, ervaring opgedaan in verband met de waarde en bruikbaarheid van zijn specifieke plaats, opstelling en karakteristieken.

Hierbij zijn, met behoud van het essentiële, een aantal aanpassingen, wijzigingen en evoluties tot stand gekomen, die weergegeven worden in de volgende consideraties.

a. Verblijfsduur

Zoals reeds in het voorgaande vermeld werd is de *verblijfsduur* van 2 weken een strategisch middel in onze aanpak. Het blijkt een heel goed uitgangspunt te zijn om aan crisisinterventie te doen. De patiënten worden verplicht van bij het begin van de opname oplossingsgericht te kijken en te werken.

Tevens wordt in veel gevallen daardoor de innesteling vermeden.

Eventuele verlenging van de opname wordt per individu besproken. Bij een positieve indicatiestelling wordt de opnametermijn verlengd.

Bij mensen met een moeilijke verliesverwerking, bij (jonge) mensen met een eerste psychotische opstoot en bij een post-partum problematiek wordt onmiddellijk een langere opname voorgesteld. Ervaring heeft ons geleerd dat bij deze drie probleemcategorieën het vermijden van een opname in een psychiatrische kliniek een essentieel belang kan zijn voor de reïntegratie in hun milieu na ontslag.

In andere gevallen wordt tot verlenging besloten om bijvoorbeeld de behandeling beter te kunnen afronden en/of eventueel een langdurige, psychiatrische opname te vermijden.

b. Samenwerking met de Algemene Spoedgevallenafdeling

Voor een afdeling als de onze is een vlotte *samenwerking* met de *Algemene Spoedgevallenafdeling* binnen het ziekenhuis van essentieel belang.

Aanvankelijk hadden we te maken met enkele, voor ons negatieve, gevolgen van de werkingsfilosofie van de Algemene Spoedgevallenafdeling. Hun taak bestaat er namelijk in, *zo snel mogelijk*, hun patiënten terug naar huis of naar een dienst in of buiten het ziekenhuis te transfereren.

Onze voorwaarden voor opname van gemotiveerdheid en aanspreekbaarheid van de patiënten, brengen vaak veelvuldige en langdurige gesprekken en overleg mee.

Door persoonlijke contacten, bijscholing en door het beter leren kennen van onze werking via de assistent-psychiater van onze afdeling, verloopt het vinden van bevredigende compromis, in verband met het beste transfertmoment, voor beide diensten steeds vlotter.

c. Weekends

Aanvankelijk werkten de *verpleegkundigen* volgens een systeem van 10 opeenvolgende dagen aanwezigheid op de afdeling en 4 dagen vrij. De patiënten hadden dagelijks een gesprek met hun begeleider, zowel tijdens het weekend als tijdens de werkdagen. Uit dit systeem volgde dat een patiënt tijdens zijn verblijf tweemaal, soms meer, van begeleider/vertrouwenspersoon moest veranderen. Dit werd als zeer negatief beleefd door alle betrokkenen.

We zijn dan overgestapt op een systeem waarbij de weekends minimaal bezet zijn in personeel. De gesprekken grijpen enkel tijdens de werkdagen plaats, tenzij in uitzonderlijke omstandigheden, die individueel worden afgesproken.

Dit systeem heeft als gevolg dat de continuïteit van de begeleiding per patiënt meer verzekerd is.

Een ander gevolg van deze tijdsindeling is dat de patiënten meer op *proefweekend* gaan. Deze mogelijkheid om de eigen vooruitgang of stabilisatie uit te testen in de thuissituatie, is een waardevol element in onze werking geworden.

d. Emotionele belasting van het personeel

Een ander belangrijk element in onze werking is de *emotionele belasting* die wij allen ondervinden ten gevolge van het werken met patiënten in acute noodsituaties. Patiënten komen ontredderd toe. Zij hebben de neiging om zich vast te klampen aan degene die op dat moment naar hen luistert. Familie en omgeving zijn gealarmeerd en doen dringend beroep op ons.

De begeleiding en opvang gebeurt via directe, korte en intense engagementen. Deze dienen vrij vlug afgebouwd te worden zonder dat wij weten wat achteraf het effect is geweest van onze aanpak.

Vooraf het steeds opnieuw investeren in mensen met zware, en toch zeer invoelbare problemen, maakt het werk emotioneel zwaar.

Het vergt een heel leerproces om de beschikbare energie te kunnen doseren. Waarschijnlijk is het slagen in dit leerproces een van de belangrijkste factoren om het werk op langere termijn vol te houden.

e. *Intervisie*

Open staan voor ieder manier van werken en dit zichtbaar naar elkaar toe brengen is steeds een belangrijke betrachting geweest binnen ons team.

Deze *intervisie* neemt met wisselend succes verschillende vormen aan. Naast bespreking en overleg in individueel of in groepsverband van onze benadering en aanpak van gesprekken, is het gebruik van de spiegelkamer (one-way-screen-room) heel waardevol. Deze methode biedt ook ruime mogelijkheden op het punt van opleiding van stagiairs uit de diverse disciplines.

Hoe moeilijk wij er vaak ook toe komen om tijd te 'steken' in de intervisiemomenten, toch blijkt dit een enorm belangrijk middel tot permanente bijscholing en visie-uitwisseling te zijn. Wij menen dat het een grote invloed heeft op het behouden van een vlotte team-werking en een 'collegiale atmosfeer' en dat het het sraff-burn-out syndroom tegengaat.

f. *Terreinafbakening*

Het al of niet voorkomen van *territoriumgeschillen* binnen een multidisciplinair team is voor een groot deel functie van de persoonlijke ervaring en soepelheid van elk teamlid in het werken met medewerkers uit verschillende disciplines.

Sommige territoria overlappen elkaar meer dan andere en houden dus meer risico voor conflicten in.

Wat de terreinafbakening tussen *verpleegkundigen* enerzijds en de *psycholoog* en de *maatschappelijk werker* anderzijds betreft, treden weinig of geen moeilijkheden op. Schematisch gezien staat bij de begeleider de patiënt centraal en bij de twee andere disciplines de betekenisvolle anderen. Vermits het bij het psychodiagnostisch onderzoek gaat om een techniek eigen aan de psychologen-discipline en vermits specifieke sociale, juridische... informatie bij het maatschappelijk werk horen, zijn ook hier de territoriummoeilijkheden niet groot.

De territoria tussen *verpleegkundigen* en *supervisoren-psychiaters* liggen ook duidelijk gescheiden. Deze laatsten hebben een hoofdzakelijk overkoepelende functie en komen dus niet direct op het terrein van de begeleider, dit in tegenstelling tot de andere teamleden van de medische discipline, namelijk de assistenten-psychiaters.

Het werkingsmodel met de *verpleegkundige* als eerste begeleider van de patiënt houdt in concreto de meeste risico's in tot territoriumgevechten met de *assistenten-psychiaters*. Deze laatsten wisselen om het jaar en blijven dus, als discipline, op hetzelfde peil van ervaring. Dit terwijl de vaste teamleden steeds meer deskundigheid opdoen. Daar komt nog bij dat assistenten-psychiaters in hun voorbije stages meestal weinig in teamverband hebben leren werken. Ook zijn ze in hun vooropleiding voornamelijk met het medisch model, opgevat als autoritair beslissingsmodel en niet als samenwerkingsmodel, in aanraking gekomen.

Al deze elementen leiden elk jaar opnieuw tot discussies en wrijvingen die niet altijd met goed gevolg voor de teamwerking kunnen opgelost worden.

Vaak dragen zij toch bij tot een voortdurende kritische reflexie over het model en de werking van de afdeling zelf.

g. *Zelfstandigheid (participatie) van de patiënt*

Ook patiënten komen vaak naar een ziekenhuis met verwachtingen van een medisch-autoritaire benadering. Ze nemen een afwachtende houding aan. Ze stellen zich passief en afhankelijk op. Ze verwachten dat beslissingen in hun plaats zullen genomen worden. Kortom: patiënten verwachten vaak behandeld te worden.

Het werkingsmodel van de afdeling is erop gericht de *zelfstandigheid* en *zelfbeschikking van de patiënt* te bevorderen.

De mensen uit hun passiviteit halen en stimuleren eigen oplossingen voor hun problemen te zoeken.

Hen bevestigen in een positieve zelfbeleving en zelfvertrouwen. Kortom: patiënten *leren* hun leven in eigen handen te nemen.

Vanuit deze doelstelling wordt van het team gevraagd voortdurend alert te zijn op de individuele mogelijkheden en beperkingen van iedere patiënt. De discussies betreffen dan bijvoorbeeld: eigen bed opmaken, de afwas doen, ...; medicatie nemen, Of vragen zoals: 'Zullen we X stimuleren om aan haar broer te zeggen dat zij liever heeft dat hij niet op bezoek komt? Of is dat op dit moment te veel gevraagd van haar? Zeggen wij het dan beter zelf? Wat denkt zij er zelf over?'

Het is evident dat dit principiële werkingsmodel soepel aangepast wordt aan elke situatie. Bij een exogene, postoperatieve verwardheid b.v., verwezen uit het algemeen ziekenhuis, zal de therapeutische relatie in het begin duidelijk anders — namelijk meer klassiek medisch — gestructureerd worden. De hulpverlener zal echter, eens de kritieke fase voorbij, zo snel mogelijk attitudes aannemen, die de zelfstandigheid van de patiënt bevorderen, ten einde regressieve fixaties van bij het begin te beletten.

h. *Doorverwijzing en heropname*

Het proces van doorverwijzing voor *verdere behandeling* is een belangrijk element in onze werking.

We merken dat naarmate onze ervaring met het gunstig effect van kortdurende begeleidingen toeneemt, we patiënten minder vlug een langdurige psychiatrische behandeling adviseren.

Ons geloof in de mogelijkheid om op korte termijn de positieve krachten bij de meeste patiënten te mobiliseren is gestegen.

Daarmee samenhangend is ook onze houding ten opzichte van *heropnames* gewijzigd. Aanvankelijk waren we geneigd om in het 'gevecht' te gaan wanneer een patiënt ons advies in verband met nabehandeling niet wou opvolgen. Dit wil zeggen: we wilden de patiënt en zijn familie met alle mogelijke middelen overtuigen om ons gefundeerd advies op te volgen. Lukte dat niet en leidde deze negatie uiteindelijk tot een heropname dan werd dit door het team als een mislukking ervaren.

Geleidelijk aan zijn we tot de volgende, soepeler houding gekomen. We blijven ons advies funderen, maar gaan niet meer in het 'gevecht'. Op deze manier behouden we een positieve band. Deze is belangrijk opdat bij nieuwe of gelijkwaardige moeilijkheden de patiënt of zijn familie terug beroep op ons kunnen doen, zonder zich als verliezer te moeten opstellen. Dit voorkomt ook dat ze naar

andere hulpverleners stappen en daar helemaal opnieuw moeten beginnen. Bij een heropname zien we dan ook een grotere bereidheid tot medewerken dan bij de eerste opname.

Met deze aanpak hebben we goede ervaringen, voornamelijk bij mensen met verslavingsproblemen. Een alcoholist die, op de afdeling, 14 dagen 'droog' is, denkt vaak ook alles in de buitenwereld opnieuw aan te kunnen. Bij weigering van ons advies voor een ambulante of klinische ontwenningsskuur uitte wij onze gereserveerde verwachtingen in verband met zijn mogelijkheden in de buitenwereld, zonder begeleiding, maar geven we hem de gevraagde kans.

Bij (een) volgende heropname(s) kan het motiveringsproces dan voortgezet worden. Dit 'gefractioneerde motiveringsproces' met tussentijdse realiteitsconfrontatie geeft naar ons gevoel betere resultaten dan de inspanningen die tijdens een langer verblijf kunnen geleverd worden.

Misschien kunnen deze conclusies uitgebreid worden naar de klinische behandeling van crisissituaties in het algemeen. Het resultaat van een verblijf van tweemaal veertien dagen, met een tussenperiode van ontslag van enkele weken, zou b.v. efficiënter kunnen zijn dan een éénmalig aaneensluitend verblijf van een maand.

Indien een dergelijke hypothese door empirisch onderzoek zou gestaafd worden, dan zouden een aantal crisisinterventie-principes, waarop wij met onze afdeling steunen, een schitterende bevestiging kunnen krijgen van hun geldigheid en hun waarde.