

Open venster ¹⁴

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

“Ik help er mee voor zorgen
dat mensen niet tussen de
mazen van het net vallen”

*Geraakt door
mensen*

- 03 Mobiele teams uit de startblokken
- 04 "Drempel voor residentiële zorg moet lager"
- 06 Continuïteit van zorg in zorgprogramma's en eenheden

Opportunities

Januari loopt naar het einde en dus haast ik mij om u voor het einde van de nieuwjaarmaand nog een voorspoedig jaar toe te wensen. 2013 kondigt zich aan als een jaar met een wereldwijd aanhoudende economische crisis, toenemende werkloosheid en armoede, ook bij ons.

Dit sombere vooruitzicht mag ons niet beletten om ook oog te hebben voor al het mooie dat wij in het voorbije jaar hebben gepresteerd en ook in het nieuwe jaar willen tot stand brengen. Wij willen in het bijzonder oog hebben voor de vele boeiende opportuniteiten die zich aandienen en die we willen aangrijpen en met volle overtuiging realiseren.

2013 wordt een jaar van aanzienlijke verandering en hervorming. In januari gaat het mobiel team voor langdurige en complexe zorg van start. Wat later zal het mobiel team voor acute zorg volgen. Hiermee wordt de vermaatschappelijking van de zorg werkelijkheid.

Samen met de verschillende partners van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen - PRIT zorg brengen op de juiste plaats, en nu dus ook thuis bij de patiënt, met de huisarts als spilfiguur, is de grote uitdaging. Dat residentiële en ambulante zorgvoorzieningen elk vanuit hun eigen aanbod denken en handelen, is voor Kliniek Sint-Jozef volkomen achterhaald. Samen met alle partners uit zorg en welzijn kiezen wij overtuigd voor een vraaggestuurde benadering, die de noden van elke patiënt centraal stelt en zoveel mogelijk zorg op maat biedt. Als die zorg aan huis geboden kan worden, zoveel te beter. Wij bieden onze deskundigheid en ervaring hiervoor graag aan, niet in het minst in de mobiele teams. Uiteraard behouden wij voluit ons aanbod intramurale zorg voor de patiënten die deze nodig hebben. Om deze zorg nog te verbeteren en het aanbod nog duidelijker te brengen voeren wij een interne



Filip Deboutte

reorganisatie door. Voortaan werken we met zorgprogramma's en eenheden. U leest er alles over in dit nummer van Open venster. Een goede geestelijke gezondheidszorg is deze zorg die op het juiste ogenblik op de juiste plaats wordt gegeven door de vele partners van het zorgnetwerk elk met zijn sterkte en expertise. Als we samen in volle wederzijds vertrouwen tegenover elkaar hierin een flinke stap vooruit zullen zetten, wordt 2013 een mooi en vruchtbaar jaar! Moge dit mijn heel oprechte wens voor dit nieuwe jaar zijn.

Filip Deboutte
Algemeen directeur

Colofon

Open venster is het magazine van Kliniek Sint-Jozef in Pittem. Open venster verschijnt driemaandelijks.

Redactiecomité: Jan Callens, Hilde Cornette, Filip Deboutte, Eddy Deproost, Pol Vanhee, Greta Vanoverschelde

Coördinatie: Pol Vanhee

Redactie: Commad

Fotografie: Stefaan Beel en eigen archief

Vormgeving: dotplus

Verantwoordelijke uitgever: Filip Deboutte
Boterstraat 6, 8740 Pittem

Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open venster: contacteer Pol Vanhee, pol.vanhee@sintjozefpittem.be

Inhoud

Editoriaal	2
Mobiele teams uit de startblokken	3
Interview met Gerard Wulleman, voorzitter raad van bestuur	4
Interne reorganisatie krijgt vorm	6
Eerstelijnspsychologe Lisbeth Scherpereel	8
Boekbespreking	10
Vroeginterventie middelengebruik	11
Huis in de Dreef	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12

Nominatie Prijs Sleidinge

Het psychiatrisch ziekenhuis van Sleidinge is gestart met het toekennen van een prijs voor een artikel over humane psychiatrische zorg.

Kliniek Sint-Jozef diende in samenwerking met de Katho Roeselare en UGent Verplegingswetenschappen een artikel in over 'Inzet van ervarings- en hersteldeskundigheid in geestelijke gezondheidszorg en hoger onderwijs: een verhaal van dialoog en authentiek ontmoeten'. Auteurs waren Bart Debyser, Sofie Verhaeghe, Annelies Verkest en Eddy Deproost.

De jury, bestaande uit prof. D. Dewachter, M. Eneman, prof. M. Grypdonck, M. Hebbrecht, prof. C. Jannes en prof. em. A. Mooij, weerhield de inzending van Kliniek Sint-Jozef uit meer dan 30 artikels bij de vier laureaten die hun bijdrage op een symposium konden voorstellen. De hoofdprijs ging uiteindelijk naar Evi Verbeke met 'Meanderen doorheen humane psychiatrische zorg'. Evi Verbeke werkt als psychologe op afdeling De Meander in PC Caritas, Melle.

De eerste lijn versterken, niet vervangen

Een sterk uitgebouwde zorg aan huis kan voorkomen dat mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem in de residentiële zorg opgenomen moeten worden of kan de opname-duur verkorten. Bovendien onderzocht aan dat patiënten het meest baat hebben bij zorg aan huis, in de eigen context. Om dat mogelijk te maken, worden er in het kader van 'artikel 107' mobiele teams opgericht, die gespecialiseerde hulp aan huis zullen brengen. In januari start alvast het mobiele team voor langdurige en complexe zorg. In maart volgt het acute team. Netwerkcoördinator Lieven Lust weet er alles over.

“Het verschil tussen de beide teams zit in de aanpak en de duur van de interventies”, legt Lieven Lust uit. “De acute mobiele teams zullen in de regio Roeselare, Izegem en Hooglede (RIHO) tussen 8 en 22 uur actief zijn, 's nachts is er een telefonisch wachtsysteem. Het team voor langdurige en complexe zorg, dat vooral gericht is op herstel en rehabilitatie, zal alleen op weekdagen actief zijn.”

“Wat het mobiele team voor langdurige en complexe zorg betreft, willen we de cliënten zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid en de regie van het eigen herstelproces geven. Wij willen de mensen aanleren om de signalen van hervat tijdig te herkennen, zodat ze een crisis kunnen voorkomen. Het is belangrijk dat mensen dit zelf in de eigen context kunnen doen, zodat ze hun eigen leven weer in handen kunnen nemen. Er is altijd hulp beschikbaar, maar de nachten en de weekends moeten ze leren overbruggen. Bij een crisis kunnen ze uiteraard altijd een beroep doen op een acuut mobiel team, maar dat moet een uitzondering blijven.”

“In principe kan elkeen met een psychiatrische problematiek een beroep doen op het mobiel team. Voorwaarde is wel dat de cliënt bereid is om samen met ons dit pad op te gaan. Ook

de mensen rond de patiënt moeten betrokken worden: de familie, de vrienden, de buurt. Het doel is om een opname in de residentiële zorg te vermijden waar mogelijk of korter te houden. Maar zo'n opname is voor de familie op een bepaalde manier ook wel comfortabel soms. Toch is een opname vaak niet de enige of de beste oplossing. We moeten zoveel mogelijk ambulante oplossingen, in samenwerking met de familie en de omgeving. Op die manier maken we ook plaats in de residentiële voorzieningen om de mensen met de meest complexe pathologieën alle nodige gespecialiseerde zorg te kunnen bieden.”

Ervaring

“De opstart van de mobiele teams zal geleidelijk aan gebeuren. Het is voor iedereen nieuw. Al hebben de medewerkers uit de mobiele teams uiteraard al heel wat ervaring. De meesten komen van Kliniek Sint-Jozef, maar ook uit een PAAZ (Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis) of uit de psychiatrische thuiszorg. Het gaat om ongeveer 8,5 voltijds equivalenten voor de teams voor langdurige en complexe zorg en ongeveer 9,5 voor de acute teams. Het team voor langdurige en complexe zorg bestaat uit een psycholoog, maatschappelijk werker, een ergotherapeut en psychiatrisch verpleegkundigen. Met dr. Muylaert

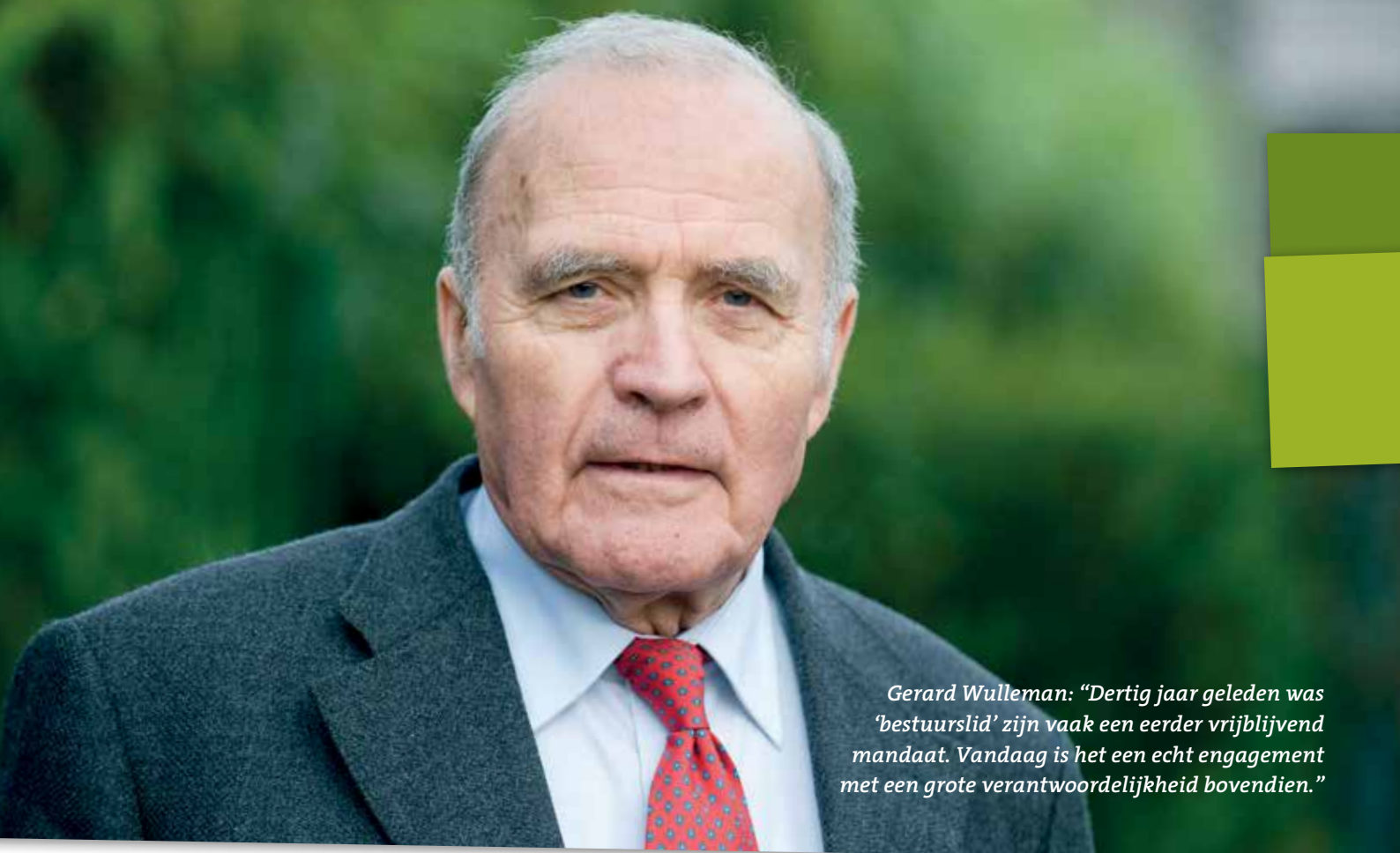
is er ook een psychiater aan het team verbonden voor het beleid en de opvolging en indien nodig ook om aan huis te gaan”, aldus Lieven Lust. “Het acute team is eveneens multidisciplinair samengesteld: psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, huisarts en psychiatrisch verpleegkundigen.”

“Met de mobiele teams brengen we gespecialiseerde zorg in de eerste lijn. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om de taak van de eerste lijn over te nemen, wel om de eerste lijn te versterken. De huisarts blijft de spilfiguur. Wij vertrekken van een herstelvisie. We richten ons niet op wat de patiënt niet meer kan, maar op wat hij wél nog kan. De mogelijkheden die er zijn, proberen we te versterken, zodat de patiënt in zijn eigen context kan blijven functioneren.”

“Elke patiënt krijgt een referentiepersoon toegewezen binnen het mobiel team, een 'case manager' als het ware. Er is altijd een back-up binnen het team. De frequentie van het langsgaan is afhankelijk van de situatie en van de patiënt. In principe gaat één persoon langs, maar waar nodig kan een tweede persoon met een bepaalde expertise meegaan. Alle patiënten worden wel in het grotere team besproken, met inbreng vanuit alle aanwezige disciplines.”



Netwerkcoördinator Lieven Lust: “Met de mobiele teams brengen we gespecialiseerde zorg in de eerste lijn. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om de taak van de eerste lijn over te nemen, wel om de eerste lijn te versterken. De huisarts blijft de spilfiguur.”



Gerard Wulleman: "Dertig jaar geleden was 'bestuurslid' zijn vaak een eerder vrijblijvend mandaat. Vandaag is het een echt engagement met een grote verantwoordelijkheid bovendien."

Kliniek Sint-Jozef is een innoverend ziekenhuis met gemotiveerde medewerkers die zorgen voor een continue dynamiek. Achter de schermen wordt deze dynamiek gevoed en gestuurd door een raad van bestuur die de afgelopen jaren sterk geprofessionaliseerd is. Voorzitter Gerard Wulleman is ondertussen al meer dan dertig jaar actief in het bestuur van Kliniek Sint-Jozef. Hij is dan ook uitstekend geplaatst om de recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg te duiden.

Gerard Wulleman is 73, jong van hart en psycholoog van opleiding. Amper 25 jaar oud richtte hij in 1965 in Izegem het PMS op, de voorloper van het huidige Centrum voor Leerlingenbegeleiding. Vijf jaar later stond hij met toenmalig directeur Vijverman van Kliniek Sint-Jozef aan de wieg van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Izegem. Sinds 1979 maakt Gerard Wulleman deel uit van de raad van bestuur van Kliniek Sint-Jozef, in 1995 werd hij tot voorzitter verkozen.

"Ik heb mij altijd sterk geëngageerd in diverse verenigingen, onder meer in de schoot van Caritas West-Vlaanderen", vertelt Gerard Wulleman. "Als directeur van een PMS-centrum en nadien als inspecteur van de psychologen in de PMS-centra kwam ik

zowat overal en leerde ik het werkveld van de schoolpsychologie goed kennen. De laatste jaren voor mijn pensioen in 2002 was ik betrokken in een Europees project rond 'Violence at school' en 'Mental health at school' over agressie en pestgedrag in scholen."

Strategie

"Ik ben ondertussen 18 jaar voorzitter van Kliniek Sint-Jozef en in die tijd is er veel veranderd", aldus Gerard Wulleman. "De aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg is sterk toegenomen en de organisatie van de zorg zelf werd meer gedifferentieerd en geprofessionaliseerd. In 2005 heeft de Kliniek Sint-Jozef een nieuwe opdrachtverklaring gemaakt. Deze opdrachtverklaring vormt de basis van de strategische doelstellin-

gen. Het is de taak van de raad van bestuur om daarover te waken. Ter gelegenheid van het pensioen van directeur Vijverman in 2008 heeft de raad van bestuur een audit laten uitvoeren. Daaruit is een nieuwe structuur ontstaan, met een duidelijke bevoegdheidsverdeling tussen de raad van bestuur en de directie. Het organiseren van de communicatie, de informatiedoorstroming en de betrokkenheid is erg belangrijk voor de goede werking."

"Ook de samenstelling van de raad van bestuur is geprofessionaliseerd. We hebben nieuwe mensen aange trokken met specifieke competenties op het gebied van human resources, ethiek en financiën. We werken vandaag met drie comités, waarin telkens zowel leden van de raad van bestuur als van de directie vertegenwoordigd zijn: een financieel comité, een comité voor personeelsaangelegenheden en een bouwcomité.

Jaarlijks worden doelstellingen geformuleerd. Zo slaagt de raad van bestuur erin zijn strategische rol ten volle op te nemen. Naast de drie comités is er ook een 'bureau' dat snel beslissingen kan nemen als dat nodig is en de vergaderingen van de raad voorbereidt. Verder is er een per-

“Ook drempel voor residentiële zorg moet verlaagd worden”

manent overlegcomité van bestuur en artsen. Daarnaast is er een adviesgroep pastoraal, die ons helpt onze identiteit als christelijke voorziening te bewaren. Met die structuur profileert de raad van bestuur zich als toezichthoudend en tegelijk beleidsvoerend orgaan. De praktijk van de voorbije jaren toont dat dit model goed werkt voor Kliniek Sint-Jozef.”

Engagement

“Elk lid van de raad van bestuur brengt zijn eigen competenties in, maar ook een groot engagement. Bestuurder zijn is een onbezoldigde functie. Het is niet altijd gemakkelijk om jonge, geschikte kandidaten te vinden die zich voldoende vrij kunnen maken hiervoor. Maar het lukt. Vandaag telt onze raad van bestuur elf leden, waarvan zes vrouwen en vijf mannen.”

“Als voorzitter probeer ik vooral het overzicht te behouden. Ik ben al jaren lid van de raad van bestuur en geleidelijk groei je in die rol door ervaring. Ik ben bijvoorbeeld geen financieel deskundige, maar ik kan dit domein ondertussen goed volgen. Of neem de infrastructuur: de voorbije jaren is het domein van de Kliniek Sint-Jozef sterk uitgebreid. We hebben sinds kort ook een mooi sportterrein. Verder is er de recente aankoop van het nieuwe ‘Huis in de stad’. Ook inhoudelijk kan ik alles opvolgen, zoals de ontwikkelingen in therapieën, de evolutie van de ligdagen, hervalcijfers enzovoort. Idem dito voor het personeelsbeleid waarin ik evenmin expert ben, maar waar ik natuurlijk wel al enige ervaring heb opgedaan doorheen de jaren. Dit alles boeit mij ook uitermate.”

“De geestelijke gezondheidszorg staat niet stil. Op dit ogenblik is de uitvoering bezig van alle ontwikke-

lingen onder ‘artikel 107’. Dat betekent een grote investering voor het ziekenhuis. Ook als voorzitter van het CGG Mandel en Leie in Kortrijk en vanuit een betrokkenheid in het Beschut Wonen te Izegem, kan ik de ontwikkelingen van nabij volgen. Het is goed om die evoluties vanuit diverse perspectieven te kunnen volgen. Meer en meer groeit er samenwerking op het terrein. Ik juich dat heel sterk toe. We moeten de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg verlagen, zodat mensen sneller hulp zoeken als ze die nodig hebben. Psychiatrische thuiszorg, mobiele teams, de cruciale rol van de huisartsen: het zijn allemaal boeiende ontwikkelingen die de patiënt ten goede komen. Men beweert niet voor niets dat depressie allicht dé ziekte van de 21^{ste} eeuw wordt. We moeten hierop een adequaat antwoord bieden.”

“Dat de psychiatrie meer en meer laagdrempelig en ook in de maatschappij buiten het ziekenhuis georganiseerd wordt, moet ook helpen om het stigma van de residentiële hulp weg te werken. Residentiële zorg zal altijd nodig blijven in bepaalde situaties en we hebben er als maatschappij alle belang bij om ook hiervoor de drempel te verlagen. Geestelijke gezondheidszorg moet meer bespreekbaar worden. De nood aan psychologische en psychiatrische bijstand is groot, het aanbod is er, maar de weg ernaar toe is vaak nog te weinig bekend en te stigmatiserend. Als we o.m. iets willen doen aan de hoge suïcidecijfers, moeten we hieraan blijven werken.”

Innoverend

“Kliniek Sint-Jozef wil zijn bijdrage blijven leveren aan de totstandkoming van een hedendaagse geestelijke gezondheidszorg. Het ziekenhuis is altijd al een innoverend centrum

geweest. Denk maar aan de werking van het Forum voor Persoonsvorming, dat vandaag heel veel navolging krijgt. Kliniek Sint-Jozef heeft heel gemotiveerde medewerkers die zorgen voor een continue dynamiek. Ook de raad van bestuur speelt hierin een belangrijke rol. Dertig jaar geleden was ‘bestuurslid’ zijn vaak een eerder vrijblijvend mandaat. Vandaag is het een echt engagement met een grote verantwoordelijkheid bovendien.”

“De geestelijke gezondheidszorg is een uiterst boeiende wereld. Het enige wat ik vandaag mis, is een ruimer kader, een perspectief op lange termijn. Ja, er zijn heel veel evoluties en ik ben ervan overtuigd dat het de goede richting uitgaat. Maar eigenlijk biedt de overheid op dit ogenblik geen langetermijnproject. Ook onze sector verdient een project zoals het ‘Perspectief 2020’ dat voor de gehandicaptensector uitgetekend is, een perspectief met heldere doelstellingen en stappenplannen in een samenhangend beleid. Het is aan de overheid om hiervoor het initiatief te nemen.”

Raad van Bestuur Kliniek Sint-Jozef

- Dhr. Gerard Wulleman, voorzitter
- Dhr. Paul Callebert, ondervoorzitter
- Dhr. Germain Malfrère, secretaris
- Mevr. Siska Bourgeois
- Mevr. Marijke Lootens
- Dhr. Henk Sanders
- Zr. Hilda Tanghe
- Zr. Maria Vandeputte
- Mevr. Rosita Van Maele
- Mevr. Hilde Vens
- Dhr. Geert Vervaecke



Griet Tytgat, directeur facilitaire diensten en
Eddy Deproost, directeur patiëntenzorg.

Interne reorganisatie

Continuïteit van zorg krijgt vorm in zorgprogramma's en eenheden

Kliniek Sint-Jozef brengt zijn aanbod niet langer onder in 'klinieken', maar in 'zorgprogramma's' en 'eenheden'. Hiermee gepaard vindt een interne reorganisatie plaats die inhoudelijk gestuurd is en tegelijk kadert in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Directeur patiëntenzorg Eddy Deproost en directeur facilitaire diensten Griet Tytgat geven tekst en uitleg.

Kliniek Sint-Jozef werkt actief mee aan de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, onder meer met de uitbouw van mobiele teams die de zorg zoveel mogelijk bij de mensen thuis, in hun eigen context, zullen brengen. Voor het ziekenhuis brengt deze evolutie ook een heroriëntering van de (financiële en andere) middelen mee. Concreet moet Kliniek Sint-Jozef 24 bedden buiten gebruik stellen. En dat is geen sinecure, weet Eddy Deproost.

“De organisatie in Kliniek Sint-Jozef is doelgroepgericht”, vertelt hij. “Het was dus geen optie om één bepaal-

de afdeling buiten gebruik te stellen, want dat zou betekenen dat we een bepaalde doelgroep zouden weren. We hebben de neutralisatie van bedden dan ook verspreid over het hele ziekenhuis, wat een herschikking noodzakelijk maakt.”

Versterking

Om te beginnen zijn 5 bedden afgebouwd op de eenheid Ontwenning (de vroegere ontwenningsskliniek). “Wij blijven hier 40 bedden behouden”, zegt Eddy Deproost. “Dat is noodzakelijk, want de grote expertise van Kliniek Sint-Jozef maakt ons tot een referentiecentrum op het

gebied van ontwenning voor de regio en de provincie, maar ook tot in Oost-Vlaanderen. De nieuwe eenheid Ontwenning – want we spreken niet langer over 'klinieken', maar over 'eenheden' – behoudt het kortdurend opnameprogramma, het heropnameprogramma, de drie voortgezette behandelgroepen en het nazorgprogramma.”

De eenheid Jongvolwassenen telt voortaan 14 bedden in plaats van 15, een beperkte bijsturing.

De grootste herschikking gebeurt binnen het zorgprogramma vol-

wassenen. Daar wordt een nieuwe eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen in het leven geroepen. Deze nieuwe eenheid bundelt een deel van de vroegere revakliniek en de depressiekliniek. In de eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen wordt zorg op maat aangeboden op basis van een integratie van actuele evidence-based benaderingen: mentalisatiegebaseerde behandeling, de dialectische gedragstherapie van Linehan, de schemagebaseerde gedragstherapie van Young en de psychoanalytische therapie.

“Laat het duidelijk zijn: de werking van de revakliniek wordt niet opgedoekt en ook de gedragstherapie wordt niet afgebouwd”, licht Eddy Deproost toe. “Integendeel zelfs. Ook de eenheid Psychosezorg met 12 bedden en de eenheid Psychosociale revalidatie met 8 bedden nemen een deel van het aanbod van de vroegere revakliniek over. Beide eenheden zullen in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg en de introductie van de mobiele teams nog aan belang en betekenis winnen. Ze zullen vooral met het mobiel team voor langdurige zorg complementair werken”, aldus nog Eddy Deproost. De eenheid Volwassenen kortverblijf blijft ongewijzigd behouden.

Nieuwe realiteit

De interne reorganisatie gaat gepaard met een nieuwe naamgeving. Zoals al vermeld verdwijnen de ‘klinieken’ uit de naamgeving: jeugdkliniek, depressiekliniek, ontwenningsskliniek, revakliniek, seniorenkliniek. In de plaats hiervan wordt voortaan met ‘zorgprogramma’s’ en ‘eenheden’ gewerkt (zie kader).

Deze wijziging gaat verder dan alleen maar terminologie. De term ‘zorgprogramma’ raakt meer en meer ingeburgerd om de nieuwe realiteit van samenwerking, continuïteit van zorg en zorg in netwerk weer te geven. Op alle eenheden worden de therapeutische programma’s en methodieken bijgewerkt op grond van actuele wetenschappelijke inzichten en good practices. In het kader van de vermaatschappelijking en de herstelvisie wordt nog meer dan vroeger belang gehecht aan de actieve betrokkenheid van de familie en de

Zorgprogramma's en eenheden

Zorgprogramma jeugd

- > Jeugd kortverblijf
dr. Geert Everaert
- > Jeugd behandeling
Dr. Leen Van Compernelle
- > Jongvolwassenen
dr. Geert Everaert

Zorgprogramma volwassenen

Eenheden

- > Volwassenen kortverblijf
Dr. Sofie Muylaert
- > Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen
Dr. Mark Kinet
- > Psychosezorg
Dr. An Verbrugghe
- > Psychosociale revalidatie
Dr. Sofie Muylaert

Zorgprogramma verslaving

Eenheid

- > Ontwenning van alcohol, medicatie, tabak, cannabis
Dr. Ilse Velghe

Zorgprogramma ouderen

Eenheden

- > Angst- en stemmingsstoornissen
dr. An Verbrugghe
- > Ontwenning
Dr. An Verbrugghe
- > Resocialisatie
Dr. An Verbrugghe

Expertisecentrum ect

- > *Dr. An Verbrugghe*

omgeving van de patiënt. Ook patiëntenparticipatie en het integreren van ervaringsdeskundigheid worden verder gestimuleerd.

Veilige infrastructuur

Als gevolg van de interne reorganisatie zullen eind februari een aantal eenheden veranderen van locatie. “Hierbij houden we uiteraard rekening met het masterplan voor de komende jaren”, verduidelijkt Griet Tygat, directeur facilitaire diensten. “We werken met een langetermijnvisie. Bepaalde eenheden of clusters van eenheden krijgen een nieuwe locatie om de zorgverlening te optimaliseren.

Tegelijk maken we van deze beweging gebruik om ons risico- en veiligheidsmanagement bij te sturen. Preventie en de-escalerende maatregelen staan daarbij centraal. We willen het aantal afzonderingskamers

afbouwen en vervangen door comfortrooms en time-out ruimtes.”

“Een comfortroom is een woonkamer met een huiselijke sfeer, een divan, een tv, een muziekinstallatie. Hier kunnen patiënten individueel even tot rust komen als ze op de tippen van hun tenen lopen. Op de manier willen we een escalatie van stress, angst of agressie in een vroeg stadium voorkomen. De patiënten kunnen zelf aangeven als ze hieraan behoefte hebben. Buitenlandse voorbeelden tonen dat deze methodiek werkt”, zegt Eddy Deproost.

“Een time-out ruimte dient voor als er toch een escalatie is. Deze ruimtes zijn rustgevend ingericht, maar laten de patiënt toch toe om zich af te reageren. De sofa, bijvoorbeeld, is van plastic en de muren zijn zacht en veilig.”



Eerstelijnspsychologe Lisbeth Scherpereel in Roeselare

“Ik help er mee voor zorgen dat mensen niet tussen de mazen van het net vallen”

“Eerstelijnspsychologische zorg is een kortdurende, oplossingsgerichte behandeling van mensen die in hun leven even het noorden kwijt zijn”, zo lezen we in de folder van de vzw Huisartsen Midden West-Vlaanderen.

Sinds april 2012 is Lisbeth Scherpereel in Roeselare actief als eerstelijnspsychologe. Wij vroegen haar om een woordje uitleg en een eerste, prille evaluatie van dit nieuwe initiatief.

Lisbeth Scherpereel studeerde af in 2010 als master in de psychologie, nadat ze eerder al een bachelor toegepaste psychologie behaalde aan de Katho. Na haar studies kon ze aan de slag als afdelingspsycholoog in PZ Onze-Lieve-Vrouw in Brugge, waar ze vandaag nog altijd halftijds werkt. De andere helft van de tijd werkt ze sinds april 2012 als eerstelijnspsycholoog in Roeselare.

Lisbeth Scherpereel: “Hoe sneller hulp wordt aangereikt, hoe groter de kans dat een probleem beheersbaar blijft.

Tegelijk werk ik actief mee aan de laagdrempeligheid van de geestelijke gezondheidszorg. Als ik erin slaag om mensen een positieve eerste ervaring met de geestelijke gezondheidszorg te geven, dan kan ik de schrik en het taboe helpen wegwerken.”

“Het is een nieuwe functie die me echt het gevoel geeft pionierswerk te kunnen doen”, vertelt Lisbeth Scherpereel. “In het Onze-Lieve-Vrouwe-ziekenhuis had ik al de wind van artikel 107 voelen waaien, nu maak ik mee deel uit van dat verhaal. Ik kan me helemaal in die filosofie van vermaatschappelijking van de zorg vinden. Het is een uitdaging om samen met de huisartsen mensen ambulante te helpen in plaats van ze al te vlug te laten opnemen in een gespecialiseerd ziekenhuis.”

Het bos en de bomen

De functie van een eerstelijnspsycholoog kwam er nadat de Vlaamse overheid een oproep deed naar nieuwe initiatieven voor eerstelijns-ggz. De vzw Huisartsen Midden West-Vlaanderen diende samen met enkele partners een project in. Jammer genoeg werd er per provincie maar één project goedgekeurd en viel Roeselare uit de boot. Maar omdat de huisartsen ondertussen de grote meerwaarde van een eerstelijnspsycholoog hadden ontdekt, ging de vzw aankloppen bij het stadsbestuur. De stad Roeselare besliste om het project een kans te geven.

“De huisartsen van Roeselare zijn met dit project niet aan hun proefstuk toe”, verklaart Lisbeth Scherpereel. “Zij werken al nauw samen in het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN), dat met succes de zorgtrajecten voor nierinsufficiëntie en diabetes type 2 in goede banen leidt. Navraag bij de huisartsen van het LMN leerde dat er een grote behoefte was

aan een eerstelijnspsycholoog. Soms zien de huisartsen immers door het bos de bomen niet meer. Het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg is groot, maar ook heel complex. Ook het screenen van patiënten is niet altijd eenvoudig. Achter fysieke klachten kunnen soms psychologische problemen schuilgaan. Een eerstelijnspsycholoog kan hier een tussenpersoon zijn.”

“Ondertussen heb ik de 45 huisartsen van Roeselare allemaal persoonlijk bezocht. Die persoonlijke kennismaking is belangrijk. Alleen de huisartsen kunnen iemand doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Dat kan gemakkelijk met een online agenda of telefonisch. Door huisartsen het alleenrecht te geven tot doorverwijzing, bevestigen we de centrale rol van de huisarts in de eerstelijnszorg. Uiteraard heb ik daarnaast ook contact met het CGG, het OCMW, het CAW en andere diensten.”

Wachtpost

“Ik ben met de voorbereidingen gestart begin april en sinds begin juni zijn de eerste doorverwijzingen gebeurd. Mijn bureau bevindt zich in de wachtpost van de huisartsen in de Spilleboudtreef in Roeselare. Overdag staat die wachtpost toch leeg en bovendien kennen veel inwoners de wachtpost ondertussen en is er ook een lage drempel. Het eerste half jaar waren er 57 aanmeldingen. Het merendeel van de patiënten is vrouw en vooral de leeftijd 35 tot 45 jaar is sterk vertegenwoordigd. Het gaat om patiënten met een uiteenlopende problematiek: aanpassingsproblemen zoals stress, burn-out of verliesverwerking, angstproblemen en verslavingsproblemen. Doorgaans duurt een gesprek een 45-tal minuten, al kan een intakegesprek soms wel uitlopen. Gemiddeld zie ik een patiënt vijf tot zes keer, met een maximum van tien keer. Na elk gesprek geef ik de patiënten een opdracht mee naar huis, zodat ze er verder mee aan de slag gaan. Die opdracht vormt dan meteen het aanknopingspunt voor een volgend gesprek. Op die manier probeer ik in overleg met de patiënt een concreet doel te bereiken, waarbij ik vooral een beroep doe op de mogelijkheden en de sterktes binnen de patiënt zelf.”

“Ik doe aan screening, kortdurende behandeling en doorverwijzing. Soms beslis ik na één of twee sessies om een patiënt door te verwijzen naar gespecialiseerde hulp in een CAW of een CGG. Dat kan weleens moeilijk liggen: mensen voelen zich dan vaak ten onrechte afgewezen, terwijl ze net een belangrijke drempel genomen hebben. Maar het is altijd beter om iemand meteen na één of twee sessies door te verwijzen, dan hiermee zes weken te wachten. Op die manier werk ik ook bewust mee aan een goede afstemming en samenwerking met het CAW en het CGG. Als ik merk dat dringende, acute hulp nodig is, dan kan ik in overleg met de huisarts een patiënt doorsturen naar een psychiater.”

Vroegdetectie

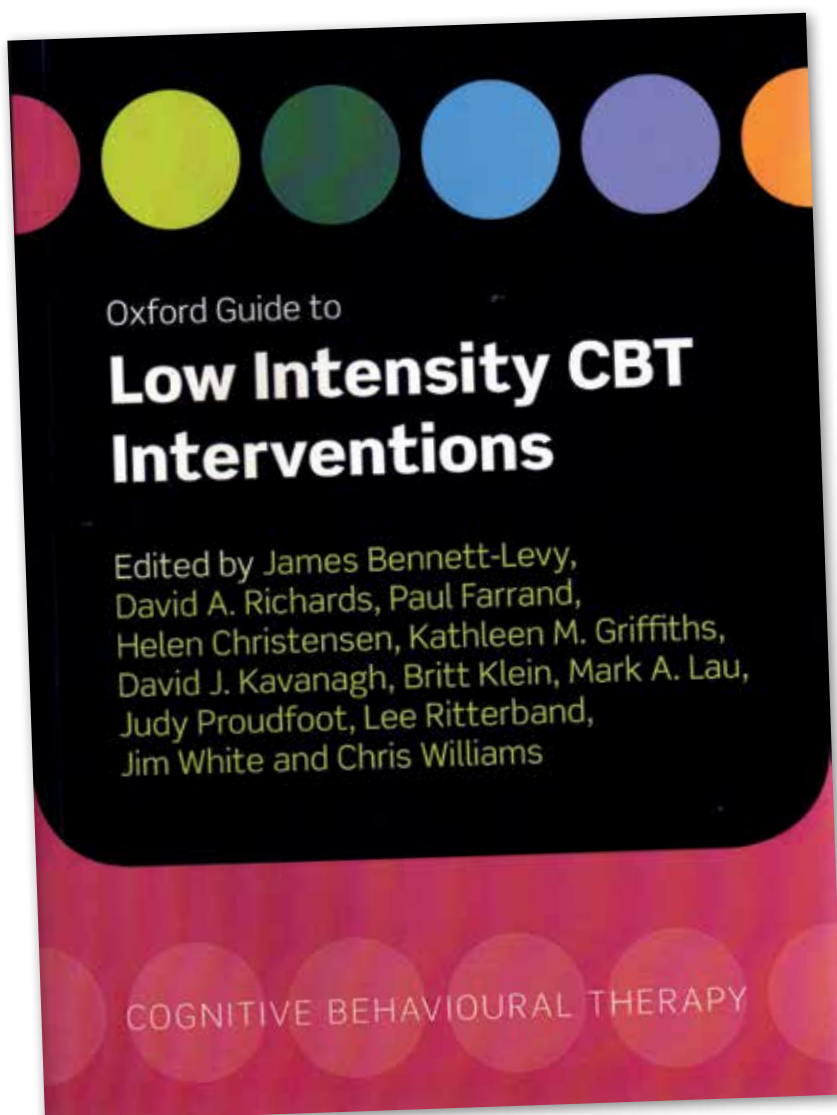
“Bij elk contact is er een samenwerking tussen drie partijen: de patiënt, de huisarts en ikzelf als eerstelijnspsycholoog. Ik stuur de huisarts na de eerste of de tweede sessie een verslag als de patiënt daarmee akkoord gaat. Ook bij afronding of op cruciale momenten neem ik terug contact op met de huisarts.”

“De grote meerwaarde van de eerstelijnspsycholoog is het versterken van de vroegdetectie. Ik help er mee voor zorgen dat mensen niet tussen de mazen van het net vallen. Hoe sneller hulp wordt aangereikt, hoe groter de kans dat een probleem beheersbaar blijft. Tegelijk werk ik actief mee aan de laagdrempeligheid van de geestelijke gezondheidszorg. Als ik erin slaag om mensen een positieve eerste ervaring met de geestelijke gezondheidszorg te geven, dan kan ik de schrik en het taboe helpen wegwerken.”

“De eerstelijnspsycholoog is een versterking van de getrapte hulpverlening. Vaak kan ik na een drietal sessies al tot een oplossing komen, waardoor verdere gespecialiseerde zorg vermeden kan worden. Op die manier komt er in de tweede en de derde lijn ruimte vrij voor patiënten die echt nood hebben aan die gespecialiseerde zorg”, aldus nog Lisbeth Scherpereel.

Na een positieve evaluatie van het eerste projectjaar, kijken ze in Roeselare alvast uit naar een verlenging ervan.

Oxford Guide to Low Intensity CBT interventions



Dit boek was één van de trofeeën die ik bemachtigde op een boekenstand op het EABCT-congres in Genève. De 600 bladzijden, de plaats die het in mijn bagage zou innemen en de prijs deden me even twijfelen, maar de achterflap en de inhoudstafel konden me overtuigen: Low Intensity slaat op psychotherapie die de volgens de auteurs schaarse en/of dure 'one-to-one-therapy' links laat liggen als zijnde een traditionele én enigszins gedateerde interventie waar al te veel evidentie-onderzoek is in opgegaan. Hoog tijd om andere 'formats' van psychotherapie uit te werken en te streven naar een evidence based status hiervoor. Dit leek me nu

eens naadloos aan te sluiten bij de 107-golf die door Vlaanderen waart, dus haalde ik mijn kredietkaart boven.

Hoewel de titel suggereert dat het stuk voor stuk om gedragstherapeutische interventies gaat, lijkt dit boek mij even goed leesbaar en inspirerend voor 'andersdenkenden', zolang men het heilig huisje van de individuele high-intensity therapie kan en wil in vraag stellen.

Het boek geeft een overzicht van onderzochte interventies en er ontvouwt zich een waaier aan mogelijkheden: het eerste hoofdstuk gaat

over zelfhulpboeken, hoe het kaf van het koren scheiden, richtlijnen hoe die ontwikkeld kunnen worden tot een soort zelfhulpboek-voorschrijf-repertorium.

Begeleide internetinterventies vormt het volgende hoofdstuk en hierin heeft men het vooral over hoe je je programma/site kan aanpassen aan de populatie die wordt beoogd. Ook boeiend is het deel waarin men engagement en 'alliance' onderzoekt in internetcondities en aanbevelingen doet om dit te optimaliseren.

Een eindje verder heeft men het over het gebruik van communicatiemiddelen: telefonische interventies, sms'en, mailen en online rapporteren bieden mogelijkheden om de frequentie van life-contacten beter te doseren zonder in te boeten aan therapeutische effectiviteit.

Het vierde hoofdstuk is van de hand van Jim White, de man die in Schotland aantoonde dat psychoeducatie veel meer is dan 'les geven', dat die ook voor grote groepen tot 50 mensen zinvol kan ingezet worden en traditioneel therapieschuwe groepen kan bereiken.

De volgende hoofdstukken gaan over de training en opleiding van de 'nieuwe' therapeut. E-therapist worden, huisartsen '10 minutes-interventions' leren, case manager worden, dit alles vergt nieuwe vaardigheden en inzichten die dringend geleerd moeten worden.

Deze aanpak leent zich ook goed voor preventieprogramma's: de therapeut die de klas instapt en er zijn ding doet, 'social marketing' in zorgvermijdende groepen zijn daar voorbeelden van.

Kortom, dit boek opent een wereld aan mogelijkheden en toont ons hoe we uit enigszins vastgeroeste psychotherapieformats kunnen stappen om een bredere en allicht ook meer maatschappelijk verantwoorde slagkracht te ontwikkelen.

Jan Callens

Oxford Guide to Low Intensity CBT interventions, James Bennett-Levy et al. (eds), 2010, Oxford University Press

Vroeginterventie middelengebruik

Het thema 'jongeren en middelengebruik' is niet weg te denken uit onze samenleving. Het is belangrijk om er zich bewust van te zijn dat middelen (alcohol, gsm, computer, illegale drugs,...) deel uitmaken van onze maatschappij en dus een belangrijke invloed hebben op onze levensstijl.

Een samenwerkingsverband Kliniek Sint-Jozef Pittem – CGG Largo Roeselare – Kompas geeft aandacht aan het preventief werken met risicogroepen rond gebruik en verslaving. Een belangrijke doelgroep zijn de jongeren. Jongeren houden het vaak bij experimenteren, maar waar ligt de grens? Wanneer gaat het over gebruik of misbruik?



Sinds begin 2009 werkt Kliniek Sint-Jozef Pittem met een project 'vroeginterventie bij beginnend problematisch of riskant druggebruikende jongeren'. Dit is een gratis groepsaanbod van 5 sessies voor (nog) niet-gemotiveerde gebruikende jongeren van 12 tot 18 jaar over het gebruik en de gevolgen voor het eigen functioneren en de leefomgeving. Er is ook een ouderavond.

Op de website van het ziekenhuis (www.sintjozefpittem.be) vindt u alvast de folder met meer informatie

en de contactgegevens. Aarzel niet om telefonisch contact op te nemen voor verdere toelichtingen.

Contactgegevens:

*Jolien Vande Walle en Sofie Claerbout
Kliniek Sint-Jozef Pittem
051/46.70.41*

*Katrien Hallewaert
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
Largo Roeselare
051/25.99.30*

Huis in de Dreef bewijst zijn nut

Het Huis in de Dreef werd in juni 2009 in gebruik genomen op initiatief van Kliniek Sint-Jozef en Beschut Wonen Roeselare-Tielt. De woning bevindt zich vlakbij het ziekenhuis en biedt plaats aan maximum vier personen. Het huis is bedoeld voor patiënten die niet langer een volledige ziekenhuisopname nodig hebben, maar om praktische redenen ook nog niet kunnen terugkeren naar de maatschappij.

De bewoners krijgen een zo hoog mogelijke mate aan zelfstandigheid. Het staat de bewoners vrij om contact met elkaar te onderhouden en praktische zaken af te spreken, bijvoorbeeld om samen te koken. Bewoners kunnen deelnemen aan avondactiviteiten in het ziekenhuis, maar dat hoeft niet. De bewoners worden opgevolgd door medewerkers van Beschut Wonen. Alleen de sociaal-administratieve op-

volging gebeurt door de sociale dienst van het ziekenhuis.

Ondertussen heeft het Huis in de Dreef ruimschoots zijn nut bewezen. In de periode juni 2009 tot september 2012 werden 47 aanvragen gedaan om er tijdelijk onderdak te krijgen, het overgrote deel vanuit het zorgprogramma Volwassenen. Er kwamen ook enkele aanvragen voor jongvolwassenen en senioren. Van de 47 aanvragen werden er 35 aanvaard en 23 patiënten hebben effectief in het Huis in de Dreef gewoond.

Acht patiënten verbleven minder dan drie maanden in het huis, vijf patiënten tussen drie en zes maanden, zes patiënten tussen zes en twaalf maanden. Slechts twee bewoners bleven langer dan één jaar in het Huis in de Dreef wonen.



*Vanessa De Cuyper, Kliniek St.-Jozef en
Cynthia De Busschere, Beschut Wonen
Roeselare-Tielt*

De meeste bewoners van het huis gingen achteraf zelfstandig wonen, trokken in bij een partner of de ouders of vonden een plek in een project Beschut Wonen.

Medisch en therapeutisch aanbod



Kliniek Sint-Jozef vzw is een open, gespecialiseerd en vernieuwend centrum voor psychiatrie en psychotherapie.

ZORGPROGRAMMA JEUGD

Eenheden

- > *Jeugd kortverblijf*
Dr. Geert Everaert
- > *Jeugd behandeling*
Dr. Leen Van Compernelle
- > *Jongvolwassenen*
Dr. Geert Everaert

ZORGPROGRAMMA VOLWASSENEN

Eenheden

- > *Volwassenen kortverblijf*
Dr. Sofie Muylaert
- > *Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen*
Dr. Mark Kinet
- > *Psychosezorg*
Dr. An Verbrugghe
- > *Psychosociale revalidatie*
Dr. Sofie Muylaert

ZORGPROGRAMMA VERSLAVING

Eenheid

- > *Ontwenning van alcohol, medicatie, tabak, cannabis*
Dr. Ilse Velghe

ZORGPROGRAMMA OUDEREN

Eenheden

- > *Angst- en stemmingsstoornissen*
dr. An Verbrugghe
- > *Ontwenning*
Dr. An Verbrugghe
- > *Resocialisatie*
Dr. An Verbrugghe

EXPERTISECENTRUM ECT

- > Dr. An Verbrugghe

Voor meer informatie en contactgegevens:
www.sintjozefpittem.be
www.openvenster.be (magazine)

Kliniek Sint-Jozef vzw Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

Boterstraat 6, 8740 Pittem | Tel. 051 46 70 41 | Fax 051 46 70 46
info@sintjozefpittem.be | www.sintjozefpittem.be