

Open venster ¹⁵

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

De patiënt als gastheer: mobiele teams voor zorg aan huis opgestart

- 04 ECT: terug van nooit helemaal weggeweest
- 07 Ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen
- 08 'Sterk genoeg': aanbod voor jongeren

*Geraakt door
mensen*

Dicht bij de mensen

Nadat het mobiel team voor langdurige zorg begin dit jaar operationeel werd, is op 15 april ook het mobiel team voor acute zorg van start gegaan. Beide teams opereren voorlopig vanuit Izegem, in afwachting dat het Huis in de Stad in Roeselare in het najaar zal zijn afgewerkt. Kliniek Sint-Jozef maakt werk van zorg in de samenleving, dicht bij de mensen, bij hen thuis, in een samenwerking met verschillende partners.

In de polikliniek bieden we sinds een jaar ook diagnostisch onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. De vraag hiernaar is groot. Het is onze bedoeling om ook dit aanbod in het Huis in de Stad te organiseren, laagdrempelig, dicht bij de mensen.

Een derde voorbeeld van concrete vermaatschappelijking in dit nummer van Open venster, is de samenwerking rond 'Sterk genoeg'. Met drie andere partners organiseert Kliniek

Sint-Jozef een aanbod 'assertiviteit' op maat voor jongeren. Dat de partners uit de jeugdhulp en de vormingswereld komen, toont aan dat de schotten tussen de verschillende organisaties verdwijnen. Als we de zorgvrager centraal stellen gebeurt dat eigenlijk als vanzelfsprekend. We kunnen trouwens ook erg veel van elkaar opsteken, zo blijkt.

Verder vindt u in dit magazine een uitgebreid artikel over elektroconvulsietherapie, beter bekend als 'elektroshock'. Decennialang hing er een waas van geheimzinnigheid, taboe en negativiteit rond ECT. Veel heeft, zoals vaker, met verkeerde beeldvorming te maken. Vandaag is ECT opnieuw in opgang. Dr. Ann Verbrugghe legt haarfijn uit hoe en waarom. Ik wens u veel leesplezier.

Filip Deboutte
algemeen directeur



Filip Deboutte

Studiedag 3 oktober Durven interveniëren

Donderdag 3 oktober vindt in Ter Eeste in Roeselare een studiedag 'Durven interveniëren' plaats, met als ondertitel 'Woord en daad in de psychotherapie'. Sprekers zijn prof. dr. Peter Adriaenssens, prof. dr. Guido Pieters, prof. dr. Joris Vandenberghe, dr. Mark Kinet en dr. Geert Everaert. Op de studiedag wordt ook de Prijs Frans Hoornaert (t.w.v. 1500 euro) uitgereikt voor een niet-gepubliceerd wetenschappelijk artikel over klinische psychotherapie. Het wedstrijdreglement is te bekomen bij geert.everaert@sintjozefpittem.be.

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
De patiënt als gastheer	3
ECT is veilig, snel en efficiënt	4
Diagnose ontwikkelingsstoornis bij volwassenen	7
Samenwerking 'Sterk genoeg' voor jongeren	8
Boekbespreking	10
Studiedag zelfzorg voor verpleegkundigen	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12

Groepstherapie voor jongeren

Samen met het CGG Largo organiseert Kliniek Sint-Jozef groepstherapie voor jongens en meisjes van 15 tot 18 jaar die willen werken aan psychologische of psychiatrische problemen. Dat gebeurt in een kleine groep onder leiding van twee psychotherapeuten. In de groepstherapie spreken jongeren zo vrij mogelijk over hun gevoelens en gedachten. Zo leren ze beter begrijpen wat ze voelen, waarom ze zich zo voelen, hoe ze die gevoelens kunnen tonen en hoe ze ermee kunnen omgaan.

De groepstherapie vindt wekelijks plaats op woensdag van 16.15 tot 17.45 uur in CGG Largo in Roeselare. Meer informatie bij Christoph Cuvelier van CGG Largo (051 25 99 30) of bij Martijn Devos van Kliniek Sint-Jozef (051 46 70 41).

De patiënt als gastheer

Nadat in januari het mobiel team voor langdurige psychiatrische zorg aan huis werd opgestart, volgde half april ook het mobiel team voor acute en kortdurende zorg. Beide teams brengen gespecialiseerde hulp aan huis.

De mobiele teams zijn actief in de regio Roeselare, Izegem en Hoogledede (RIHO) en maken deel uit van de 'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg, die zoveel mogelijk zorg in de thuissituatie wil brengen. Voorlopig opereren de mobiele teams vanuit Izegem. Beide teams zijn multidisciplinair samengesteld, met psychologen, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen, ergotherapeuten en een psychiater.

"In januari hebben we voor beide teams, het acute en het langdurige, een gezamenlijke kick-off georganiseerd", zegt Henk Wylín, coördinator van het acute team. "De mobiele teams zijn samengesteld uit mensen van diverse voorzieningen en het is belangrijk dat ze elkaar goed kennen. De voorbije maanden hebben de teamleden veel studiedagen bijgewoond en vorming gekregen over uiteenlopende onderwerpen. De teamleden zijn mensen met veel ervaring en vaak gespecialiseerd op een bepaald terrein, maar voor deze nieuwe opdracht moeten ze tegelijk heel breed kunnen gaan. Ze moeten bovendien kunnen omgaan met crisissituaties en crisisinterventies. We werken altijd vanuit een herstelvisie, met een herstelplan dat in overleg met de patiënt wordt opgevolgd. Er is een aangepast patiëntendossier en een specifieke aanmeldings- en intakeprocedure. De meeste teamleden hebben al stage gelopen bij mobiele teams in Brugge en Gent en er zijn ook contacten met de collega's uit Rijsel, waar al langer mobiele teams actief zijn. We komen dus goed voorbereid aan de start."

Samen op pad

"Het werken in de thuissituatie van de patiënt vergt een andere aanpak dan

in het psychiatrisch ziekenhuis. Als je bij de patiënt thuis aanbelt, heb je om te beginnen zijn fiat nodig om binnen te mogen. Het is de patiënt die gastheer is. Ook het aanbod dat we thuis kunnen bieden, verschilt van de ziekenhuissituatie. We geven de patiënt zoveel mogelijk inspraak in de regie van zijn behandeling. We gaan samen op pad."

"Elke aanmelding van een nieuwe cliënt wordt opgevolgd door het mobiel team acute zorg," vervolgt Henk Wylín. "Binnen de 24 uur hebben wij een eerste contact, bij voorkeur ter plaatse. Dagelijks is er een aanmeldingsbespreking met het team. Daar wordt beslist of een cliënt door het acute dan wel door het langdurige team wordt opgevolgd. Er wordt meteen een eerste aanzet tot behandelplan gemaakt. Daarna volgen de intakefase, waarna opnieuw een teambespreking georganiseerd wordt, en de behandelperiode, die voor acute zorg vier tot zes weken kan duren. Het eerste contact met de patiënt gebeurt altijd door twee teamleden, daarna kunnen bezoeken ook door één teamlid gedaan worden. Sowieso krijgt de veiligheid altijd prioriteit. We hebben hiervoor trouwens ook afspraken met de politie."

"Een belangrijk doel van de mobiele teams is om opnames te voorkomen of te verkorten. We zien zowel mensen met een verleden in de GGZ, als niet-gekende mensen. Vaak is er een sociale problematiek, gekoppeld aan een psychiatrisch probleem. Onze hoofdopdracht is om acute en subacute crisis het hoofd te bieden in een netwerk van zorg. De komende maanden werken we verder aan de bekendmaking van de mobiele teams in de eerste, de tweede en de derde lijn. De aanmeldingen zullen stelselmatig groeien. We willen er van in het begin over waken dat we de mensen ook tijdig weer loslaten en zodra het kan terugverwijzen naar de eerste lijn, zodat er een goede doorstroming is en wachtlijsten vermeden kunnen worden."



Henk Wylín en Hilde Vanacker: "In een thuissituatie werken is niet eenvoudig. Je observeert enorm veel en het is niet altijd gemakkelijk om te beslissen wat je oppikt en wat niet."

Mix aan expertise

Ondertussen is het mobiel team voor langdurige psychiatrische zorg aan huis al enkele maanden actief. Coördinator Hilde Vanacker: "We maken een groeiproces door. De overschakeling van intramuros werken naar werken in de thuissituatie is niet te onderschatten. Gelukkig hebben we een sterk team met een boeiende mix aan expertise en werken we zoveel mogelijk vanuit de netwerkgedachte, in voortdurend overleg met welzijns- en ggz-actoren uit de eerste lijn. Ik kijk tevreden terug op de eerste maanden. De werking zit op het goede spoor."

"Ik heb zelf tien jaar in de Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie gewerkt. Het grote voordeel van het huidige mobiel team, is het grotere team, de aanwezigheid van diverse disciplines en de intensievere opdracht. We versterken elkaar. Dat is nodig, want in een thuissituatie werken is niet eenvoudig. Je observeert enorm veel en het is niet altijd gemakkelijk om te beslissen wat je oppikt en wat niet. We werken vanuit een herstelvisie, met een sterke betrokkenheid van de context. Dat betekent dat we erg flexibel moeten zijn. Soms is onze zorg uitnodigend, soms eerder aanklappend, afhankelijk van de situatie. Elk teamlid moet zelfstandig beslissingen kunnen nemen en verantwoordelijkheid dragen, maar moet ook altijd terug kunnen vallen op het team. Onze gezamenlijke besprekingen van de cliënt en het samenwerken en overleggen met het netwerk van de cliënt en zijn familie, zijn cruciaal in onze werking", aldus nog Hilde Vanacker.



Dr. An Verbrugghe: "Men kan er niet omheen: ECT is een efficiënte behandeling bij bepaalde zware psychiatrische stoornissen."

Het toedienen van elektroshocks aan psychiatrische patiënten is nooit helemaal weggeweest, al rustte er jarenlang wel een groot taboe op. Ten onrechte, zegt dr. An Verbrugghe. Elektroconvulsietherapie (ECT) is een snelle, eenvoudige en ongevaarlijke behandeling. ECT wordt trouwens meer en meer toegepast, niet alleen in eigen land, maar ook internationaal. Dr. Verbrugghe geeft toelichting.

Dr. An Verbrugghe: In de publieke opinie geniet ECT geen al te goede reputatie, maar dat heeft te maken met onwetendheid. 90% van de patiënten die een behandeling ondergaat, is tevreden erover en komt terug, omdat het de goede therapie blijkt te zijn. Vooral in films wordt het toedienen van elektroshocks al decennialang totaal verkeerd voorgesteld. In films zie je toepassingen bij verkeerde pathologieën, zoals bijvoorbeeld bij een verslavingsproblematiek. In de realiteit gebeurt dat niet. Ook de vaak barbaarse manier waarop ECT zonder verdoving wordt uitgevoerd in films, beantwoordt niet aan de werkelijkheid.

Heeft die negatieve beeldvorming ECT in het verleden parten gespeeld? Vroeger werd ECT veel breder toegepast. ECT is door een onderzoeksfase

gegaan en nu weten we gelukkig wel bij welke ziektebeelden ECT helpt. En ja, de beeldvorming in films en media heeft er mee toe bijgedragen dat de behandeling jarenlang op een laag pitje is blijven bestaan. Al was dat niet de enige oorzaak. Ook de opkomst van de farmacie als alternatief heeft ECT een tijd naar de achtergrond verwezen. Vandaag wordt de behandeling met elektroshocks weer helemaal erkend. Zo bestaat er in Vlaanderen een Werkgroep ECT, opgericht in de schoot van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) en het Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry (BCNBP). De werkgroep schrijft wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen voor de praktijk. Dat is nodig, want zelfs binnen de psychiatrie blijft ECT relatief onbekend en dus onbemind. Maar de

behandeling is na een absolute dip in de jaren zestig en zeventig sinds de jaren negentig weer in opmars.

Hebt u daar een verklaring voor?

ECT is nooit helemaal weggeweest, ook niet in Kliniek Sint-Jozef. De knowhow is hier altijd in huis geweest. En men kan er niet omheen: het is een heel efficiënte behandeling bij bepaalde zware psychiatrische stoornissen. Wat ook meespeelt, is het groeiende belang van patiëntenparticipatie. Want patiënten zijn meestal heel tevreden en komen daar ook meer dan vroeger mee naar buiten.

Positieve keuze

Wordt er tijdens de artsenopleiding aandacht besteed aan ECT?

Vandaag gelukkig wel, tijdens de assistentenopleiding. Maar dat is nog maar sinds enkele jaren. Zelf heb ik met ECT kennigemaakt tijdens mijn stage. Ik stond op een dienst waar het heel correct en frequent toegepast werd. Dat heeft mij aangezet om hiervoor een aanvullende opleiding te volgen. Dat ECT vandaag wel in de gewone opleiding zit, is belangrijk om de behandeling te normaliseren. Ook in de media zie je gelukkig al eens meer genuanceerde reportages over ECT, al beginnen ze steevast met

“ECT is veilig, snel en efficiënt”

een ongelukkig fragment uit ‘One flew over the cuckoo’s nest’.

Wie is er gebaat met ECT?

Voor patiënten met ernstige psychiatrische ziektebeelden, zoals depressie, psychose of bipolaire stoornissen, kan ECT een zeer goede behandelingsmethode zijn bij goede indicatiestelling. ECT mag geen negatieve keuze zijn: ‘als niets helpt, dan proberen we maar ECT’. Zo werkt het niet. ECT moet een positieve keuze zijn. Bijvoorbeeld bij een patiënt met een zware depressie met motorische vertraagdheid, geeft ECT heel goede resultaten.

Wat zijn andere criteria of indicaties om voor ECT te kiezen?

De behandelingsgeschiedenis, bijvoorbeeld. Een patiënt die 25 jaar geleden al eens met succes behandeld werd met ECT voor een zware depressie, en vandaag weer door een depressie gaat, heeft veel kans dat ECT opnieuw soelaas brengt. En uiteraard speelt ook de ‘kliniek’ van het moment: bij een ernstige depressie met psychotische symptomen en/of een vertraagde motoriek is ECT de eerste keus van behandeling. Soms wordt ECT ook toegepast bij mensen met lichamelijke comorbiditeit en bij wie psychopharmaca problemen zouden kunnen geven, bijvoorbeeld mensen met een cardiovasculaire aandoening. ECT geeft minder interactie en is daardoor veiliger. Ook bij oudere mensen met een ernstige depressie, die niet meer eten of drinken en bij wie snel effect nodig is, kan ECT oplossing brengen. Al na twee of drie behandelingen is het effect immers merkbaar. Bij bipolaire depressies en psychoti-

sche depressies is er een remissiecijfer van 90%. In negen op de tien gevallen is er dus sprake van het onder controle krijgen van de symptomen. Het gaat vaak om schrijnende situaties. Mensen met een psychotische depressie lijden heel erg. Ze hebben waanideeën en ze zijn er bijvoorbeeld van overtuigd dat alle ellende van de wereld hun schuld is. Deze patiënten hebben een groot risico op suïcidaal gedrag. Ze zitten helemaal geblokkeerd, vaak is er niet het minste contact meer mogelijk. ECT kan zorgen voor deblokking, zodat op zijn minst het contact weer mogelijk is. Als je deze mensen snel en eenvoudig kunt helpen, dan geeft dat veel voldoening.

Wat gebeurt er precies tijdens een ECT-behandeling?

Bij ECT wordt een elektrische stimulus toegediend die een convulsie uitlokt ter hoogte van de hersenen. Die convulsie betekent dat de hersencellen zich ontladen door de elektrische prikkel. Hierbij komen neurotransmitters vrij, die prikkels van de ene cel naar de andere leiden. Een onevenwicht in de neurotransmissie is net één van de problemen bij depressie.

Hoelang duurt een behandeling?

Dat is afhankelijk van persoon tot persoon, maar meestal gaat het om twee ECT's per week gedurende drie tot vijf weken. Doorgaans zes tot tien keer per behandelperiode dus. Maar bij mensen met een bipolaire stoornis wordt ook wel een onderhoudsbehandeling gegeven: één ECT om de drie of zelfs om de zes weken. Je hebt zelfs mensen die zeggen dat ze het voelen aankomen dat ze weer een ECT

nodig hebben, maar hier speelt allicht ook een psychologisch effect mee.

Zijn er ook gevaren aan ECT?

Er zijn geen gevaren aan ECT verbonden, of het moest de anesthesie zijn, die altijd een zeker risico inhoudt. Voor een behandeling vindt een preoperatief onderzoek plaats bij de huisarts of door een anesthesist als de patiënt uit een ander ziekenhuis komt: een bloedafname en een EKG; een CT van de hersenen hoeft niet. De anesthesie dient overigens niet zozeer voor de ECT op zich, maar wel omdat de patiënten een spierverlappend middel krijgen toegediend, zodat hun motorische reactie niet te heftig is en ze geen spieren verrekken of scheuren. Omdat het spierverlappend middel ook de ademhaling bemoeilijkt, wordt de patiënt onder narcose behandeld.

Angst onterecht

Hoe verloopt een ECT-sessie voor de patiënt?

We behandelen zowel residentiële als ambulante patiënten, die van thuis komen of uit een algemeen ziekenhuis of een woonzorgcentrum. Ze komen hier nuchter aan, voor de verdoving. Voor de anesthesie werken we goed samen met de groep anesthesie van het Sint-Andriesziekenhuis Tiel. De patiënt wordt verdoofd en krijgt twee elektroden op het voorhoofd, waarlangs de elektrische prikkel wordt toegediend. Bij de patiënt zien we dan een motorische reactie die anderhalve tot twee minuten duurt. Daarna wordt de patiënt terug wakker en blijft hij even ter observatie op de afdeling. De anesthesist blijft ter plaatse tot na de laatste controle.

Kan ECT voor patiënten van alle leeftijden?

In Kliniek Sint-Jozef behandelen we geen patiënten onder de 18 jaar met ECT, alhoewel het in principe wel zou kunnen. Het is een veilige en doeltreffende methode. Maar ze is uiteraard ook niet alleenzigmakend. Je moet het totaalpakket zien: psychotherapie, psychosociale ondersteuning, medicatie én ECT. Je kunt niet zomaar alles 'wegshokken' en de patiënt naar huis sturen.

Ik kan me voorstellen dat patiënten, hoezeer u hen ook informeert en geruststelt, niet echt staan te springen bij het idee een ECT-behandeling te ondergaan.

Iedereen is er bang voor, dat klopt. De onbekendheid speelt een grote rol. Maar bij de meeste mensen is de angst toch vooral gericht op de ver-

doving, de angst om niet meer wakker te worden.

Vooraf informeren we de patiënt uitgebreid, met een procedure 'informed consent', waarbij de patiënt zijn toestemming geeft. ECT wordt nooit onder dwang uitgevoerd.

En wat bij patiënten met wie contact niet of nauwelijks mogelijk is?

Ook bij die mensen leggen we alles uit en betrekken we ook de familie, de huisarts én een collega psychiater. Als met de patiënt dan na twee of drie ECT's opnieuw contact mogelijk is, dan wordt opnieuw de toelating gevraagd. Weigert de patiënt, dan stopt de behandeling.

Heeft ECT bijwerkingen?

De dag van de shock kan er eventueel wat hoofdpijn optreden, spierpijn of stramheid. Sommige patiënten heb-

ben tijdelijk last van hun geheugen. Tijdens een ECT komen ook hormonale stoffen vrij in de hersenen en de nieuwe cellen die gevormd worden, onder meer in de hippocampus waar de geheugenfunctie zich bevindt, moeten nog verbindingen leggen. Dat kan een effect hebben op het geheugen, meestal op het kortetermijngeheugen. Dat is confronterend voor de patiënt en zijn familie, omdat de angst voor dementie groot is. Maar op lange termijn heeft een ECT geen gevolgen voor het geheugen.

In het najaar 2013 wordt een initiatief voor de huisartsen georganiseerd, om de ECT-behandeling verder toe te lichten. Meer informatie volgt.

Een patiënte getuigt

“Na de vierde shock merkte ik bij mezelf verandering”

“Ik had problemen om mezelf terug te vinden. Ik zat heel diep en ik had al een zelfmoordpoging achter de rug. Ik was totaal van streek.

Toen de dokter elektroshocks voorstelde, schrok ik toch wel even. Ik was niet per se tegen, maar ik voelde me ook niet helemaal op mijn gemak. Ja, ik was een beetje bang. Maar de dokter heeft me alles goed uitgelegd. Ze heeft me ook vooraf verteld dat het niet van de eerste keer ging helpen, maar dat ik na enkele shocks toch wel een verandering zou voelen.

De eerste keer was wat vreemd. Je ligt op bed en ze maken kabeltjes

vast. Ik moest een gebitbeschermer gebruiken, de anesthesist kwam langs en ik werd in slaap gebracht. Ik herinner me nog dat de dokter me 'slaapwel' toewenste.

Toen ik terug wakker werd, wist ik nergens van. 'Is het al voorbij', vroeg ik. Ik voelde me helemaal niet slecht. De keren daarop had ik soms wel last van hoofdpijn, maar dat ging na een tijdje weer over.

Na de vierde elektroshock merkte ik bij mezelf verandering. Niet in één keer, maar beetje bij beetje. Ik kreeg weer meer levenslust, meer honger ook, en ik had terug zin om

me aan te kleden en me op te maken.

Het is nu ongeveer twee maanden geleden dat ik de eerste shock kreeg toegediend. Ik voel me stukken beter nu. Echt waar, dit heeft mij er terug bovenop geholpen. Sommige mensen zeggen me dat ze dat nooit zouden laten doen. Maar ik weet dat ik ermee geholpen ben. En er is niets om bang van te zijn, je merkt er gewoon niets van. Ik denk dat de angst bij de mensen vooral op misverstanden berust.”

Om de privacy van de patiënte te beschermen, is deze getuigenis anoniem.

Diagnose ontwikkelingsstoornis bij volwassenen

Sinds mei 2012 organiseert Kliniek Sint-Jozef in polikliniek een diagnostisch onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. Meer bepaald wordt onderzocht of er sprake is van ADHD of een autismespectrumstoornis (ASS). Het onderzoek gebeurt op verwijzing van een psycholoog, een psychiater of een andere verwijzer. Dr. Geert Everaert en Veerle Verdonck zijn de drijvende krachten achter dit initiatief.

“In het zorgprogramma Jeugd hebben we heel wat ervaring met ASS en ADHD”, vertelt dr. Geert Everaert. “We voelden duidelijk een lacune voor volwassen patiënten. De schaarse initiatieven op dat gebied zijn overbevraagd. We merken het ook zelf: we zijn nu een tiental maanden bezig, zonder enige vorm van ruchtbaarheid hieraan te geven, en het aantal mensen dat met een verwijzing langskomt voor een diagnose overstijgt onze mogelijkheden.” “We doen aan differentiaaldiagnostiek”, zegt Veerle Verdonck. Veerle Verdonck is bachelor in de toegepaste psychologie en volgde specifieke bijscholingen rond ontwikkelingsstoornissen bij jongeren en volwassenen. “Als er geen sprake blijkt te zijn van een ontwikkelingsstoornis, dan gaan wij vanuit onze psychiatrische knowhow verder op zoek. Zo kan er bijvoorbeeld een onderliggende emotionele problematiek zijn.”

De intake van een patiënt gebeurt door dr. Everaert en Veerle Verdonck samen. De eerste vraag die zich stelt: is de verwijzing terecht. Indien ja, dan volgt een onderzoek van twee volle dagen. “We doen een grondig psychodiagnostisch onderzoek”, licht dr. Everaert toe. “Er is een deel observatie, een aantal gesprekken, ook met de context, en een onderzoek. Daarna wordt in team overlegd en houden we een eerste adviesgesprek met de patiënt. Tijdens dat relatief korte gesprek gaan we meteen to the point en delen de diagnose mee. Een week later, als het al wat bezonken is, volgt een tweede en uitgebreider gesprek met Veerle. Daarna keert de patiënt terug naar de oorspronkelijke verwij-

zer. Wij stellen in principe alleen de diagnose, we doen niet aan nazorg. Al starten we bij ADHD soms wel een behandeling met rilatine.”

Laagdrempelig

“Het onderzoek gebeurt in een apart circuit”, vertelt Veerle Verdonck. “De mensen blijven ook niet overnachten. Meestal zijn de twee onderzoeksdagen over twee weken gespreid.”

Tot voor kort was er alleen bij kinderen en jongeren sprake van ASS en ADHD. Nu ook bij volwassenen. Bestaat het gevaar niet dat we op alles een etiket willen kleven? “Dat willen we net vermijden”, zegt dr. Everaert. “We gaan na of er effectief sprake is van een ontwikkelingsstoornis en zo ja, wat die betekent voor de patiënt. We willen de mensen vooral op maatschappelijk vlak helpen. We richten ons niet op hun stoornis, maar op hun mogelijkheden. We moeten empowerend werken: oké, er

is een probleem, maar er zijn mogelijkheden om hiermee om te gaan.”

“Je mag de problemen bij die mensen niet onderschatten”, aldus Veerle Verdonck. “Vaak zijn ze al jaren op de dool en vallen ze overal door de mazen van het net. Of ze hebben twaalf stielen en dertien ongelukken gehad. Of zware relationele problemen. Er is vaak veel onverklaarde lijdensdruk.”

“De nood is groot”, weet dr. Everaert. “Voor de zomer maken we een eerste grondige evaluatie, waarbij we de verwijzers zullen betrekken. Waar nodig sturen we onze dienstverlening bij. We overwegen om op termijn psycho-educatie hierover te organiseren voor groepen. Dat maakt deel uit van de vermaatschappelijking van de zorg: we willen onze interne knowhow naar buiten brengen. Als het Huis in de Stad in Roeselare begin volgend jaar in gebruik wordt genomen, kan dat eventueel daar gebeuren.”



Dr. Geert Everaert en bachelor toegepaste psychologie Veerle Verdonck: “We gaan na of er effectief sprake is van een ontwikkelingsstoornis en zo ja, wat die betekent voor de patiënt.”

“Er is meer nodig dan een assertiviteitstraining”



Coördinator Tom Vandooren en teambegeleider Griet Vannieuwenhuysse van het JAC Midden West-Vlaanderen.

Gepest worden was nooit leuk, maar met de ontwikkeling van de sociale media en de opkomst van het cyberpesten wordt de situatie voor het pestslachtoffer snel uitzichtloos. Het JAC Midden West-Vlaanderen, Groep Intro, Arktos en Kliniek Sint-Jozef willen hieraan iets doen. Wat begon met assertiviteitstrainingen, groeit nu uit tot een roadmap en een aanbod voor scholen en jeugdbewegingen.

“We ervaren al jaren een grote nood aan assertiviteitstrainingen bij jongeren”, vertelt Tom Vandooren, coördinator van CAW Midden West-Vlaanderen. “We proberen hier met het JAC – het Jongeren Aanbod van het CAW – aan tegemoet te komen, maar altijd is de belangstelling groter dan onze mogelijkheden. Doorgaans komen hier twee groepen jongeren op af. Enerzijds slachtoffers van pestgedrag die door de school aangeraden worden om een cursus assertiviteit te volgen. Anderzijds de

pesters zelf, die meestal een ‘negatieve vorm’ van assertiviteit vertonen, wat zich vertaalt in agressie. De jongeren zijn tussen de 14 à 18 jaar, soms iets jonger. Met het JAC willen we vooral preventief werken, niet therapeutisch. We hebben hiervoor een cursus ontwikkeld, waarin pesten geen expliciet thema is, maar impliciet wel aan bod komt.”

“Onze methodiek is heel verbaal, en dat is een beperking”, vervolgt Tom Vandooren. “Daarom zochten

we partners om ons aanbod te verbreden. Samenwerking is er, dankzij de steun van de stad Roeselare, in eerste instantie gekomen met Vormingscentrum voor Jongeren Arktos West-Vlaanderen en met Groep Intro uit Rumbekke. Beide organisaties bieden een mooie aanvulling bij ons aanbod. Arktos heeft een gecertificeerde methodiek ‘Rots en Water’, met een meer fysiek gerichte benadering. Groep Intro biedt dan weer korte, actieve en op ervaringen gerichte programma’s vanuit hun expertise met maatschappelijk kwetsbare jongeren. We hebben de koppen bij elkaar gestoken en in 2012 een gezamenlijk vormingsaanbod ‘Sterk genoeg’ ontwikkeld, gericht op verschillende leeftijdsgroepen en doelgroepen. Elke aanmelding loopt via het JAC, dat de jongere naar de meest aangewezen vorming of training doorverwijst. Samen hebben we in 2012 veertig jongeren bereikt.”

Stapje verder

“Vanaf januari 2013 gaan we nog een stapje verder, met Kliniek Sint-Jozef als partner”, aldus Tom Vandooren. “Kliniek Sint-Jozef biedt een invalshoek vanuit de creatieve therapie. Zo wordt ons aanbod nog vollediger en kunnen we programma’s op maat aanbieden.”

“We willen trouwens verder gaan met de vier partners. Eind vorig schooljaar is de problematiek rond het pesten nog eens fel op de kaart gezet door het incident in Roeselare, waarbij een filmpje op Facebook werd geplaatst. Dat pestfilmpje heeft heel wat losgemaakt in de regio. We moeten nu niet overreageren, maar misschien is hier vroeger wel te gemakkelijk overheen gegaan.”

“Het probleem valt ook niet eenvoudig op te lossen. Je kunt een slachtoffer wel sterker proberen te maken

met een assertiviteitstraining, maar er is meer nodig. Ook de scholen, de jeugdbewegingen en verenigingen hebben een verantwoordelijkheid. Pesten heeft met een cultuur te maken. Als school moet je het onderscheid tussen plagen en pesten kunnen beoordelen. Het is een groepsgebeuren. Als de schooldirectie een pestslachtoffer naar een cursus assertiviteit stuurt, is daarmee de kous niet af voor de school. Het helpen van een individu is belangrijk, maar de school kan zelf ook veel doen. Als er een aanmelding komt uit een school, dan gaat het dikwijls niet om een alleenstaand geval. Wij hebben eerder al contact opgenomen met een school, om samen het pestprobleem aan te pakken. De school stond daar heel open en positief tegenover. Daarom willen wij proactief een aanbod ontwikkelen om scholen en jeugdbewegingen te helpen.”

“Het is niet de bedoeling dat we zelf alles gaan doen. Integendeel, we willen de krachten bundelen. Eerst willen we in kaart brengen wie wat kan doen, op welk moment en in welke context. Je hebt verschillende spelers: het CLB, de ouders, vormingscentra enzovoort, tot en met de politie in het ergste geval. We gaan een soort van roadmap ontwikkelen, waar iedereen een beroep op kan doen. Een medewerker van Groep Intro is hiervoor vrijgesteld, maar ook het JAC, Arktos en Kliniek Sint-Jozef zijn betrokken.”

“Ook voor ons is het trouwens nog wat zoeken. Met de sociale media krijgt het pesten een heel andere dimensie. Vroeger gebeurde het pesten in de openbaarheid, of was er toch een zekere sociale controle. Nu kan het heel individueel, via Facebook, zonder dat iemand een oogje in het zeil houdt. Bovendien kon wie vroeger op school gepest werd 's avonds en in het weekend nog even op adem komen. Ook dat lukt niet meer. Het pesten gaat soms door tot diep in de nacht, leert de ervaring. Het begint op de speelplaats en het gaat verder met sms'jes en op Facebook. Zo'n situatie wordt al gauw uitzichtloos voor het slachtoffer. We moeten dan ook zoveel mogelijk preventief proberen te werken. Met vorming voor jongeren en met een project voor scholen en jeugdbewegingen.”

Werken aan het zelfbeeld van jongeren

Bachelor toegepaste psychologie Simon Vanbecelaere werkt samen met Pieter Loncke mee aan dit project vanuit Kliniek Sint-Jozef. “Ik geef sociale vaardigheidstraining en psycho-educatie”, vertelt Simon Vanbecelaere. “In het zorgprogramma Jeugd verzorg ik samen met Pieter een projectnamiddag die de jongeren oog wil doen krijgen voor de positieve dingen in hun leven. Zij hebben vaak uitsluitend aandacht voor wat verkeerd loopt. Wij proberen meer evenwicht in hun zelfbeeld te krijgen. Het is vanuit die optiek dat wij ook ons steentje willen bijdragen tot het gezamenlijke project ‘Sterk genoeg’.” “Ik heb zelf een kennismakingscursus ‘Rots en Water’ gevolgd, maar onze aanpak is door de focus op het zelfbeeld van de jongeren, weer net iets anders. De creatieve en ervaringsgerichte aanpak staat centraal bij ons. Het is trouwens ook voor onszelf verrijkend om met verschillende partners in zee te gaan en om kennis en ervaring uit te wisselen.”

Creatieve therapie

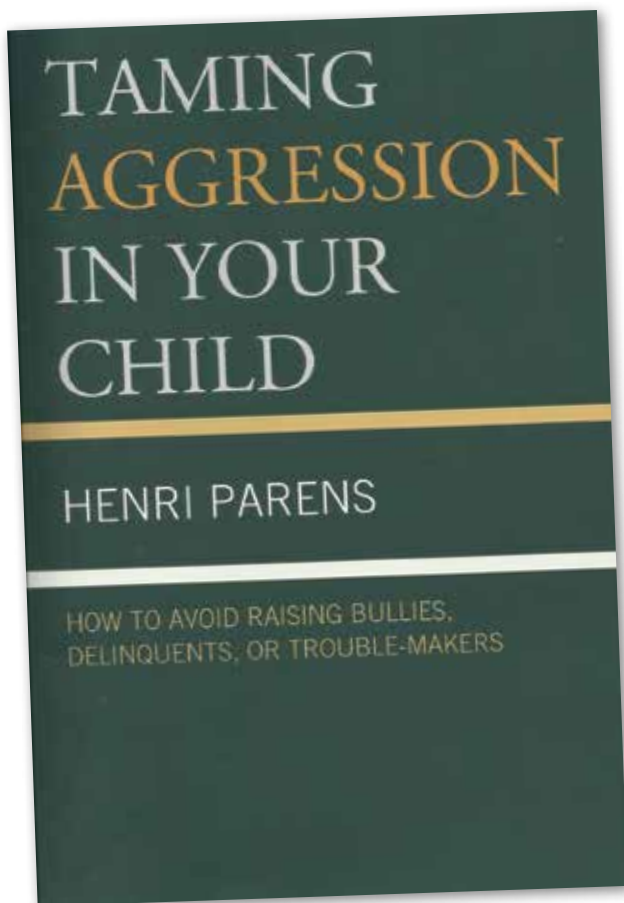
“Wij vertrekken altijd vanuit een beeld”, licht creatief therapeut en psychiatisch verpleegkundige Pieter Loncke toe. “We nodigen de jongere uit om een tekening te maken, een boetseerwerk, een schilderij... Ook jongeren die verbaal niet zo sterk zijn, kunnen op die manier expressie geven aan hun gevoelens, waarmee

wij dan verder kunnen werken. Te kent iemand bijvoorbeeld een aquarium met zichzelf als een klein visje dat tussen grote, bedreigende vissen zwemt, dan kunnen we via dat beeld een dynamiek op gang brengen. ‘Stel dat je jezelf als klein visje kon aanpassen, wat zou je dan doen?’, kan bijvoorbeeld een volgende stap zijn. En dan kan het antwoord luiden: ‘Ik zou het visje grote tanden willen geven, zodat hij van zich af kan bijten’ of ‘Ik zou de vis slanker maken, zodat hij sneller weg kan zwemmen bij gevaar’. Met die metafoor en het beeld als taal werken we naar een meer ‘gewenste situatie’ toe en leren we de jongere een beter inzicht te krijgen in zichzelf en in de situatie, om daarmee verder aan de slag te gaan.” “De creatieve therapie vindt in groepjes van een tiental jongeren plaats, met vier sessies van telkens twee uur. Omdat we een veilige omgeving willen creëren, is de eerste sessie vooral gericht op kennismaking met elkaar. De groepsdynamiek kan een positieve stimulans en een verrijking zijn. Jongeren zien dat ze niet alleen staan en kunnen zich door het beeld ook gemakkelijker inleven in de ander”, aldus nog Pieter Loncke. De creatieve therapie start vrijdag 19 april en vindt plaats in Roeselare.

Voor meer informatie:
info@jac-middenwvl.be
Tel 051 400 999.



Agressie te vriend maken



Henri Parens vertaalt in 'Taming Aggression in Your Child' meer dan veertig jaar wetenschappelijk onderzoek over agressie in een helder en toegankelijk schrijven. De auteur richt zich tot al wie geïnteresseerd is om agressie 'van binnenuit' te leren begrijpen: ouders, hulpverleners,...

Parens neemt de lezer mee in een boeiend verhaal over de normale agressieontwikkeling van kinderen en jongeren, doorspekt met klinische voorbeelden. Of dit nu gaat om de woedeuitbarstingen van een peuter of over pesterijen van een puber. Hierbij maakt hij onderscheid tussen aangeboren, constructieve vormen van agressie (bvb. de kracht om het leven te willen grijpen, een soort assertiviteit als uiting van levensdrift) en een destructieve, vijandige vorm van agressie in reactie op emotionele pijn.

Kinderen die veel vijandige agressiegevoelens proberen te dragen,

hebben ook angst voor deze gevoelens. Als verdediging gaan zij vaak het gebruik van agressie proberen te weren. Zo roepen ze ook het constructieve gebruik een halt toe. De positieve kracht om 'tot beweging te komen', 'zich uit te drukken' of 'ergens zijn tanden in te zetten' ontbreekt. Of agressie toont zich in ongecontroleerde destructiviteit of verhuld in sadistisch getint gedrag.

Het boek behelst daarenboven enkele actuele onderwerpen: 'hoe omgaan met autoriteit', 'grenzen stellen',... en biedt hierbij handvatten om te voorkomen dat de ontwikkeling uitmondt in problematisch functioneren. Parens doet

de lezer nadenken over de eigen agressieontwikkeling en hoe deze meespeelt in de antwoorden die we bieden op agressie van anderen.

In de ontwikkeling is het volgens Parens belangrijk dat kinderen en jongeren hun agressie durven mobiliseren binnen een *voldoende goede (positieve) relatie* - met ruimte voor herstel. Zo ook binnen de hulpverleningsrelatie. Dit lijkt noodzakelijk om tot een goede integratie van agressie te komen (en deze niet langer te vrezen). Kinderen en jongeren mogen, of eerder móeten, al eens kwaad op ons zijn! Het omgevingsantwoord is hierbij cruciaal: we blijven staan, begrenzen, beantwoorden niet met tegengressie en houden hen verder vast. Kortom, we laten de agressie onze relatie niet kapot maken en bewaken het veilige karakter ervan.

Op deze wijze legt Parens nadruk op de blijvende verbondenheid met het kind of de jongere, óver de agres-

sieaanvallen heen. Enkel zo worden constructieve vormen van agressie of het gebruik van positieve kracht aangemoedigd. Agressie krijgt niet het laatste woord.

Tegelijk beklemtoont Parens hoe we kinderen en jongeren kunnen helpen om gevoelens van pijn en vijandigheid op een aanvaardbare manier te uiten en te dragen. Zo kunnen volwassenen taal en symbolen faciliteren om intense woede en emotionele pijn vorm te geven. We helpen zoeken naar de betekenis van wat zich aandient.

De auteur werkt verder uit hoe kinderen autoriteit kunnen leren erkennen ('compliance'), zonder hierom blind gehoorzaam te moeten zijn ('obedience'). Hierbij deinst hij niet terug om binnen de gehechtheidsrelatie grenzen te stellen aan vijandige destructiviteit.

Zo brengt Parens een verhaal in lijn met wat auteurs als Anna Freud, Donald Winnicot of recenter Haim Omer betogen. Het boek integreert huidig gehechtheids- en emotieonderzoek, waarbij (naast 'biologie' en 'methodiek'), vooral 'de relatie' in de schijnwerpers staat: agressie moet doorwerkt worden in het contact met de ander, langs vele wegen en omwegen.

Het boek lijkt, terecht, een pleidooi om gehechtheid én begrenzing, maar ook kwaadheid t.o.v. iemand die we graag hebben, niet als tegengesteld te beleven. Enkel zo leert men agressie niet meer te vrezen, maar maakt men ze te vriend.

Martijn Devos - afdelingspsycholoog, Eenheid Jeugd Behandeling

« Taming aggression in your child » How to avoid raising bullies, delinquents, or trouble-makers (2012) ; Auteur: Henri Parens, hoogleraar psychiatrie aan het Thomas Jefferson University Medical College, trainer en supervisor in Psychoanalytic Center of Philadelphia.

Jouw brug naar empowerment

Voorkomen is beter dan genezen. Met die positieve gedachte als leidraad organiseren psychiatrisch verpleegkundigen van Kliniek Sint-Jozef in samenwerking met PZ Heilig Hart Ieper een studiedag door en voor verpleegkundigen over zelfzorg. 'Jouw brug naar empowerment', luidt de titel van de studiedag, die donderdag 20 juni plaatsvindt in De Spil in Roeselare.

Psychiatrisch verpleegkundigen werken met mensen en worden van heel nabij geconfronteerd met soms zware problematieken. Dat blijft weleens in de kleren zitten en het kan leiden tot burn-out of een uitstap uit het beroep. Een goede omkadering en een goede teamwerking kunnen echter het verschil maken. Onderzoek toont dat een goede zelfzorg de verpleegkundigen sterker maakt en de burn-outcijfers doet dalen.

Een open communicatie is daarin ontzettend belangrijk, maar ook de recoverygedachte heeft een positieve invloed. Deze visie in de psychiatrie richt zich vooral op de krachten van de patiënt en dat maakt voor de verpleegkundigen een wereld van verschil. Bovendien kunnen de eigen krachten van het verpleegkundig team eveneens versterkt en positief aangewend worden.

Ook humor is belangrijk in de zelfzorg. Humor laat nieuwe perspectieven toe, maakt dingen bespreekbaar en werkt relativerend.

Aan de studiedag is een fototentoonstelling gekoppeld met foto's van verpleegkundigen aan het werk, met aandacht voor zelfzorg.

De studiedag wordt ingeleid door directeur patiëntenzorg Eddy Deproost. Voor de middag staan enkele sprekers op het programma, waaronder Hendrik Gaubomme – 'Als zorg een opgave wordt' – en Franci Abrahams – 'Liefde voor de zelfzorg in tijden van management'. Na de middag zijn er diverse workshops, zoals: 'Omgaan met afstand en nabijheid'; 'De mens

achter de hulpverlening 'in beeld', een verhaal over zelfzorg en zelfkennis'; 'EHBZ, Eerste Hulp Bij Zelfzorg'.

De studiedag staat open voor alle psychiatrische verpleegkundigen. De organisatie is helemaal in handen

van verpleegkundigen: Sabine Vandoorne, Sophie Ledoux, Pieter Loncke, Hilde Brutin, Birger Allary, Annelies Verkest en Tine Hollevoet.

Praktisch

Studiedag door en voor verpleegkundigen
Jouw brug naar empowerment

Donderdag 20 juni 2013
van 8.30 tot 16.30 uur
De Spil in Roeselare

Folder en inschrijving via www.sintjozefpitem.be (alleen voor verpleegkundigen in een psychiatrische setting)

Studiedag door en voor verpleegkundigen

Z E L F Z O R G

**JOUW BRUG NAAR
"EMPOWERMENT"**

"voorkomen is beter dan genezen"

Donderdag 20 juni 2013 (8.30u – 16.30u)
De Spil, Roeselare

Inschrijven kan vanaf 15/04/2013 via www.sintjozefpitem.be
(enkel voor verpleegkundigen psychiatrische settings)

Kliniek Sint-Jozef vzw
Boterstraat 6, 8740 Pitem

KLINIEK
SINT-JOZEF
CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

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

FORUM VOOR PERSOONS- VORMING

EXPERTISECENTRUM ECT

- > Dr. An Verbrugghe

ZORGPROGRAMMA VOLWASSENEN

Eenheden

- > *Volwassenen kortverblijf*
Dr. Sofie Muylaert
- > *Angst-, stemmings- en
persoonlijkheidsproblemen*
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

Eenheid

- > *Ouderen*
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

