

Open venster ¹⁷

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Patiënten en begeleiders spelen Amlett in De Spil


**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW
CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

*Geraakt door
mensen*

- 06 Ambulant programma terugvalpreventie
- 07 De taal van muziek
- 11 Kliniek Sint-Jozef krijgt mooi rapport

Zorgvernieuwing en creativiteit



Filip Deboutte

Vernieuwing vindt niet alleen in de zorgvoorzieningen en –organisaties plaats, ook bij de overheid beweegt een en ander. Zo vond onlangs in Kliniek Sint-Jozef een audit plaats, met het oog op de vijfjaarlijkse verlenging van onze erkenning. Anders dan vroeger lag de klemtoon van de audit deze keer niet zozeer op de controle of alle normen correct nageleefd werden, maar veeleer op kwaliteit en de mogelijkheden tot verbetering ervan. Een positieve invalshoek dus, met als resultaat een rapport waar wij als ziekenhuis aan de slag mee gaan om verbetering aan te brengen.

De audit verliep overigens vlot en ondertussen hebben we dan ook de erkenning voor 2013-2017 ontvangen. Kliniek Sint-Jozef kreeg veel sterke punten van de inspectie, maar uiter-

aard waren er ook verbeterpunten. U leest er meer over verderop in dit magazine. Het verslag van de audit en de opvolgingsdocumenten zullen we ook op onze website plaatsen. Ook hierover willen we transparant en open communiceren.

Ondertussen gaat ook de zorgvernieuwing in het ziekenhuis verder. In maart van dit jaar werd onder meer de nieuwe eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen opgericht. In de nieuwe eenheid gaan gedragstherapie en psychoanalytische therapie hand in hand. Na zes maanden werking is het tijd voor een eerste evaluatie. Ook hierover vindt u een artikel.

Van een totaal andere orde, maar even belangrijk, is de medewerking van patiënten en begeleiders van Kliniek Sint-Jozef aan het theaterproject Amlett. Dit project kaderde in het festival La Folia van Cultuurcentrum De Spil in Roeselare, dat de beeldvorming rond geestelijke gezondheidszorg op een creatieve en positieve manier wil bijsturen. Ook voor de patiënten en de begeleiders was Amlett een creatieve en heel positieve ervaring. Samen met regisseur Jan Geers maakten zij er een succes van, met twee uitverkochte voorstellingen als resultaat.

Creativiteit blijft ook een belangrijke factor in de therapie. Muziektherapeute Nele Fiers vertelt in dit magazine hoe muziek kan helpen in de therapie voor verschillende doelgroepen.

Ik wens u veel leesplezier!

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, Carine Devolder 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

Inhoud	
Editoriaal	2
Prof. dr. Guido Pieters over interveniëren in tijden van herstel	3
Eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen	4
Ambulant programma terugvalpreventie	6
De taal van muziek	7
Patiënten en begeleiders spelen Amlett in De Spil	8
Boekbespreking 'Terug naar normaal' van Allen Frances	10
Kliniek Sint-Jozef krijgt mooi rapport	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12

“Radicaler medezeggenschap aan patiënt geven”

Prof. dr. Guido Pieters is psychiater-gedragstherapeut in het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven in Kortenberg. Hij is ook netwerkcoördinator van het 107-project Leuven-Tervuren. Op donderdag 3 oktober sprak hij op de studiedag *Durven interveniëren* van Kliniek Sint-Jozef in zaal Ter Eeste in Roeselare. Wij praat-ten vooraf al even met prof. Pieters.

Prof. Guido Pieters verwijst in de titel van zijn lezing – *Durven interveniëren in tijden van herstel*; *Life of Pi* – naar de beroemde roman van Yann Martel, die ondertussen ook verfilmd werd door Ang Lee.

“Daar is een persoonlijk verhaal aan verbonden”, lacht prof. Pieters. “Toen ik in 2006 doctoreerde, kreeg ik het boek ‘Life of Pi’ drie keer cadeau. Ik vermoed dat mijn naam Pieters daar voor iets tussen zit. Als kleine jongen werd ik trouwens ook ‘Pie’ genoemd, om me wat te jennen. Maar ik maakte van mijn zwakte een sterkte. Ik was nogal goed in wiskunde en ik beschouwde mijn roepnaam ‘Pie’ als een verwijzing naar het wiskundige getal pi. Precies hetzelfde doet het hoofdpersonage in ‘Life of Pi’. De jongen schrijft het getal pi tot honderd cijfers na de komma. Ik heb in mijn voordracht een fragment uit de film gebruikt in het kader van de herstelvisie in de psychiatrie.”

Patiënt als regisseur

“Die herstelvisie maakt de patiënt mee tot regisseur van zijn eigen zorg”, vervolgt prof. Pieters. “Door ons te focussen op de sterktes van iemand, slaagt die persoon er dikwijls in om ondanks de symptomen een eigen gekozen, waardevol leven te leiden. *‘Durven interveniëren in tijden van herstel’*, is een pleidooi om de patiënt nog meer zijn eigen keuzes te laten maken. Een voorbeeld: wat moet een jonge vrouw met kinderen op woensdagnamiddag doen: trouw haar therapie volgen of bij de kinderen thuis blijven? Dat is een dilemma dat we weg kunnen nemen door onze the-



Prof. dr. Guido Pieters: “Ik geloof in de outreachende rol van psychiatrische voorzieningen en in de mobiele teams.”

rapie anders te gaan organiseren. Veel klinici hebben het daar moeilijk mee, terwijl anderen net vinden dat wij dat al jaren doen. Maar eigenlijk moeten we veel radicaler naar medezeggenschap van de patiënt streven.”

“Een hospitalisatie is een zeer ingrijpende interventie. Komt die altijd ten goede van de patiënt? Het belang van de context kan in elk geval niet overschat worden. We lijken ook dikwijls de plaats waar iemand verblijft, te verwarren met de therapie. Je kunt zowat alle therapie in de GGZ ook ambulant doen. In principe zelfs electroconvulsie therapie (ECT).”

“De ontwikkelingen onder artikel 107 met meer mobiele teams, meer zorg in de maatschappij, zo dicht mogelijk bij de thuissituatie, is een goede evolutie. We moeten de verblijfsduur van een hospitalisatie kritisch bekijken. Mijn werk als netwerkcoördinator in Leuven-Tervuren ligt voor mij in het verlengde van mijn ervaring in de sociale psychiatrie in Londen dertig jaar geleden. Bij patiënten thuis komen, kleurt de therapeutische relatie.”

“Uiteraard blijven opnames nodig. Soms vormen mensen een gevaar voor zichzelf of voor anderen. Soms

ook is de familie uitgeput en moeten we die mensen op adem laten komen. Hospitalisatie kan noodzakelijk zijn. Tegelijk mogen we er niet blind voor zijn dat ons land een zeer hoog aantal psychiatrische bedden heeft en desondanks ook een zeer hoog suïcidecijfer. Er wordt weleens beweerd dat een opname op zich ook al therapeutisch werkt, maar daar heb ik grote vragen bij.”

“Ik geloof in de outreachende rol van psychiatrische voorzieningen en in de mobiele teams. Voorzieningen kunnen ambulant therapie aanbieden. Dat gebeurt ook meer en meer. Bovendien kunnen psychiatrische ziekenhuizen met hun deskundigheid de eerste lijn ondersteunen.”

“In Leuven-Tervuren zijn de mobiele teams ondertussen al twee jaar actief. Het is nog vroeg voor een evaluatie; het duurt wat voor iedereen zijn plaats in het geheel heeft gevonden en alles goed op elkaar afgestemd is. Mobiele teams verlenen intensieve zorg. We mogen ze dan ook niet inzetten als het niet echt nodig is. We moeten dit echt als een alternatief voor een opname zien”, aldus nog prof. Guido Pieters.



*Psychoanalytisch therapeut
Hilde Vandenbogaerde, gedragstherapeut
Kelly Hoebeke en afdelingspsycholoog
Michael Naessens.*

In maart 2013 is in Kliniek Sint-Jozef een zorgvernieuwing doorgevoerd, die onder meer geleid heeft tot de oprichting van de eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen. Zes maanden later maken we samen met afdelingspsycholoog Michael Naessens, gedragstherapeut Kelly Hoebeke en psychoanalytisch therapeut Hilde Vandenbogaerde een stand van zaken.

“De zorgvernieuwing was vrij ingrijpend”, vertelt afdelingspsycholoog Michael Naessens. In het vernieuwde aanbod naar patiënten met angst-stemmings- en persoonlijkheidsproblemen wilden we de knowhow en de opgebouwde expertise van de toenmalige Depressiekliniek en de Revakliniek behouden.

De eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen is opgedeeld in twee leefgroepen, elk met hun eigen living en hun eigen, geïndividualiseerd programma.

Integratief

In Leefgroep 1 kiezen we voor een integratieve aanpak, met zowel psychoanalytische therapie als gedragstherapie. De sessies die uit genoem-

de stromingen voortvloeien bestaan gelijkwaardig en gelijktijdig naast elkaar. De integratie voltrekt zich eerder in de samenstelling van het therapieprogramma van de patiënt.

“Leefgroep 1 bestaat uit patiënten die o.a. problemen hebben met basisveiligheid en basisvertrouwen. Deze problemen kennen hun ontstaan in de vroegere levensgeschiedenis van de patiënt”, zegt Hilde Vandenbogaerde. “We streven naar een programma op maat. Deze patiënten krijgen doorgaans achttien maanden behandeling. De eerste zes maanden in volledige hospitalisatie, de volgende zes maanden in dagtherapie en de laatste zes maanden met een afbouwprogramma dat de patiënt voorbereidt op volledige reïntegratie.”

“De helft van de patiënten wordt individueel begeleid door Hilde vanuit de psychoanalytische invalshoek, de andere helft door mijzelf, waarbij ik vertrek vanuit de gedragstherapie”, vertelt Kelly Hoebeke. “Die individuele therapie wordt afhankelijk van de noden van de patiënt aangevuld met een modulair programma op maat. We werken aan acht modules – vier vanuit de gedragstherapeutische invalshoek en vier vanuit de psychoanalytische invalshoek. Elke module duurt acht weken en wordt gevolgd door een evaluatie. Gemiddeld volgt elke patiënt twee modules tegelijk. Het zijn allemaal groepstherapieën met telkens maximaal acht deelnemers.”

Modulair

Eén module werkt bijvoorbeeld met de schemagerichte therapie die teruggaat op Young. Ze vertrekt van de opvattingen van de patiënt over zichzelf, de anderen en de wereld. Die opvattingen zijn altijd gekleurd door schema's, bvb. het schema 'onderwerping' of het schema 'emotionele verwaarlozing'. Zo'n schema bepaalt iemands gedrag. Als patiënten vastlopen in hun schema's, kan daaraan

Het beste van twee werelden

gewerkt worden met cognitieve technieken.

Een andere module uit de gedrags-therapie is ACT of Acceptance and Commitment Therapy. Deze therapie leunt sterk aan bij mindfulness en is meer gericht op het loslaten wat je toch niet kunt veranderen. Patiënten leren hun gevoelens en gedachten accepteren als deel van zichzelf, zodat ze verder kunnen met hun leven. Ook de dialectische gedragstherapie van Linehan wil de patiënten ondersteunen in het leren leven met zichzelf, maar doet dat vooral met vaardigheidstrainingen: intermenselijke relaties, emotieregulatievaardigheden en crisisvaardigheden. Ten slotte wordt ook een module voorbereid die steunt op de Early Recognition Method of vroegsignalering.

Een voorbeeld van een psychoanalytische module is de MBT of Mentalisation Based Therapy, kortweg mentalisatie. MBT staat stil bij de eigen gedachten en gevoelens en bij die van anderen. Door te wijzen op verschillen krijgt de patiënt inzicht in hoe gedachten en gevoelens het gedrag mee bepalen.

Ook Rots en Water is een module vanuit de psychoanalytische therapie, maar dan met een lichamelijke benadering. Hier worden sociale competenties versterkt, zoals zelfbeheersing, zelfreflectie en zelfvertrouwen.

De module Psycho-educatie is dan weer iets theoretischer van aanpak, met bijvoorbeeld uitleg over de diagnose en hoe we ermee om kunnen gaan, en over de verdedigingsmechanismen. Hoe beter mensen begrijpen en herkennen wat er aan de hand is, hoe beter ze eraan kunnen werken.

De module Trauma en Expressie, ten slotte, voegt een extra element toe aan de behandeling van de patiënt met trauma. Dit gebeurt aan de hand van expressietherapie, waarbij tekeningen en collages besproken en geduid worden.

Alle informatie die uit de modules komt, kunnen patiënten meenemen in gesprekken met de arts en de psycholoog.

“Door de combinatie van gedragstherapie en psychoanalytische therapie kunnen we de patiënten het beste van beide werelden aanbieden”, zegt Kelly Hoebeke. “We versterken zowel het inzicht van de patiënt als zijn vaardigheden in het hier en het nu.”

“De impact van de milieutherapie is groter dan voordien”, vult Hilde Vandenberghe aan. “Het hele verblijf met de aanwezigheid in de groep maakt deel uit van de behandeling. Groepsactiviteiten - samen koken, op uitstap gaan, de dagopening met de planning van de dag... - binnen de veiligheid van een leefgroep, brengen belangrijke aspecten van de persoonlijkheid beter in kaart. Het samenspel van empowerment en leefgroepwerking stimuleert groei en inzicht”.

Inzichtgevend

Die impact van de milieutherapie geldt ook voor Leefgroep 2. “Leefgroep 2 is ietwat anders georganiseerd”, zegt Michael Naessens. “Hier verblijven onder meer patiënten die het gevoel hebben in de knoop te liggen met zichzelf. Een opname is erop gericht om een aanzet te geven om deze knoop te ontwarren en ambulant verder te werken. Leefgroep 2

is onderverdeeld in twee behandelgroepen, waarbij alle therapieën in dezelfde groep gevolgd worden. Het psychotherapeutisch programma, bestaande uit groepspsychotherapie, muziektherapie, expressie en procesbegeleiding, heeft een centrale plaats in de werking van Leefgroep 2. Milieutherapie en de therapieën gericht op het behoud en verhogen van vaardigheden (sport, ergo, ...) vormen een wezenlijke aanvulling op het psychotherapeutische programma. De verblijfsduur is doorgaans vijftien weken. Daarna volgt een proefontslag van vijf weken. Die periode is bedoeld als realiteitstoetsing. Het is belangrijk om een stand van zaken te kunnen maken in de eigen thuiscontext. Die periode moet lang genoeg zijn voor een echte realiteitstoets. Vandaar die vijf weken. Na die periode volgt eventueel nog een periode van maximaal vijftien weken behandeling, dit bij voorkeur in dagtherapie. Een strakker en op voorhand gekend tijdspectief in combinatie met een intensiever psychotherapeutisch programma zijn ook kenmerkend voor de werking van Leefgroep 2. Waar in Leefgroep 1 er meer gewerkt wordt vanuit het principe van dingen samen met patiënten te ondernemen – ‘schouder-aan-schouder-begeleiding’ – zal de begeleider van een patiënt van Leefgroep 2 een eerdere coachende houding aannemen.”

“We zijn nu ondertussen zes maanden bezig met de nieuwe aanpak. Het is nog wat zoeken, bijsturen en fijnregelen vooraleer we op volle kruissnelheid komen. Maar we zijn op de goede weg”, besluit Michael Naessens.

Inzicht, motivatie en handvatten voor verandering

Begin 2014 start in Kliniek Sint-Jozef een ambulant aanbod terugvalpreventie. Het programma kadert in het aanbod van het Open Forum voor Persoonsvorming. Dorien Hennebel vertelt er meer over.

Bachelor toegepaste psychologie Dorien Hennebel werkt al 33 jaar in wat vroeger de ontwenningskliniek heette en vandaag de eenheid Ontwenning (alcohol, medicatie, tabak, cannabis) uitmaakt. Zij werkt er rond sociale vaardigheden, psychodiagnostiek, terugvalpreventie en terugvalanalyse.

“Ik werk onder meer met mensen die na een eerdere opname hervallen zijn”, vertelt Dorien Hennebel. “Tijdens de heropname richten we de aandacht sterk op terugvalpreventie. Uiteraard hebben de patiënten hier ook tijdens hun eerste opname aan gewerkt, maar toch is het fout gelopen. Bij de heropname gaan we dan ook analyseren wat er gebeurd is. Wanneer heeft het eerste hergebruik plaatsgevonden? In welke situatie? Welke gevoelens en gedachten gingen hiermee gepaard? Hoe verliep dat eerste hergebruik? Wat waren de gevolgen op korte termijn? En op lange termijn? Heeft de patiënt wat hij geleerd heeft over terugvalpreventie gebruikt? Alles wordt in detail geanalyseerd: van het moment van het eerste hergebruik tot het moment van de heropname. Dat is een persoonlijke opdracht voor de patiënt. Daarna wordt die analyse doorgenomen met de individuele begeleider en daarna ook in groep besproken. Tijdens die bespreking kunnen andere patiënten reageren: wat herkennen ze, hoe had de persoon kunnen reageren, hoe zouden zij in de toekomst reageren in zo'n situatie... Belangrijk is vooral dat patiënten het punt herkennen waarop ze moeten ingrijpen. Ze moeten het risico op terugval leren inschatten. Dat is een leerproces; het is niet gemakkelijk.”

Confronterend

“Zo'n analyse maken is behoorlijk confronterend voor de patiënt. Na-

tuurlijk hebben de meeste personen wel een idee over waar het misgelopen is. Toch brengt een analyse meer duidelijkheid. Zo kan iemand ervan overtuigd zijn dat hij hervallen is toen hij stopte met de medicatie Antabuse. Dat klinkt logisch. Maar dan is de volgende vraag: waarom bent u gestopt met Antabuse te nemen? Welke gedachte heeft u doen besluiten ermee te stoppen? Een 'toelatende' gedachte? Een 'verrechtvaardigende' gedachte? Dáár ligt vaak de sleutel. Na een periode van problematisch gebruik denken mensen vaak te snel dat één glas of één joint geen kwaad kunnen. De motivatie voor een volledige stop is afgenomen en de inschatting eventueel gebruik onder controle te hebben, ligt te hoog. Dat inzicht is confronterend. Vaak eindigt zo'n analyse met het besluit: 'Oei, ik heb nog een hele weg af te leggen.'”

“Hetzelfde programma rond terugvalpreventie gaan we vanaf 2014 ook ambulant aanbieden vanuit het Open forum voor persoonsvorming”, vertelt Dorien Hennebel. “De doelgroep bestaat uit personen met problematisch gebruik van alcohol, medicatie of cannabis. Op het moment van het programma is er een verworven nuchterschap, via individuele ambulante begeleiding door huisarts, psychiatrische poli of andere. Een opname is dus niet nodig. Wel kan een intensief supplementair aanbod van terugvalpreventie in groep een duidelijke meerwaarde betekenen voor het inzicht in het eigen gebruik of het handhaven van het nuchterschap. De doelstelling beslaat ook het uitdiepen van de motivatie en het aanbieden van handvatten voor verandering.”

“We leren ze bijvoorbeeld het onderscheid herkennen tussen probleem-



Dorien Hennebel: “Na een periode van problematisch gebruik denken mensen vaak te snel dat één glas of één joint geen kwaad kunnen. De motivatie voor een volledige stop is afgenomen en de inschatting eventueel gebruik onder controle te hebben, ligt te hoog.”

vrij, sociaal, excessief en afhankelijk gebruik. Of tussen goesting en *craving*, het dwingend verlangen naar het product. We leren ook hoogrisicosituaties herkennen en hun eigen competenties in te schatten: hoe sterk ben ik in het omgaan met verleidingen? Verder zoeken we gezondere alternatieven: veel water drinken, een stukje zwarte chocolade eten, een activiteit ondernemen, iemand opbellen om erover te praten, relaxatieoefeningen,...

“Elk programma bestaat uit acht sessies, telkens op woensdagavond van 19 tot 20.30 uur in Kliniek Sint-Jozef Pittem. Er worden maximaal tien deelnemers per reeks toegelaten. Elke deelnemer krijgt opdrachten mee naar huis. Wie aan een reeks begint, engageert zich om alle sessies te volgen. Kennis en inzicht in alle componenten van de terugvalketen zijn immers een basisvoorwaarde voor een zinvolle terugvalpreventietraining”, aldus nog Dorien Hennebel.

Meer informatie over de ambulante terugvalpreventie? Neem contact met Dorien Hennebel op het nummer 051 46 70 41.

De taal van de muziek

In het muzieklokaal in Kliniek Sint-Jozef vind je onder meer een vleugelpiano, klein slagwerk, djembe's, een viool en een accordeon. Muziektherapeute Nele Fiers voelt zich hier als een vis in het water.

“Ik ben sinds de lagere school met muziek bezig”, vertelt Nele Fiers. “Toen ik zestien was, zag ik de documentaire film *War Child*, waarin muziektherapie gebruikt wordt. Dat boeide mij enorm, vooral omdat ik graag in de zorgsector wou werken. Ik zag opeens de mogelijkheid om beide te combineren. Ik ben in het Lemmensinstituut in Leuven muziektherapie gaan studeren. In Kliniek Sint-Jozef geef ik sinds twee jaar muziektherapie.”

“Muziektherapie is preverbaal, ze komt vóór de woorden en speelt in op het gevoel. Ze is geschikt in tal van contexten en maakt deel uit van het vaste behandelprogramma in de eenheden Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen, Jeugd behandeling, Psychosociale revalidatie en Psychozorg. Ook in het Forum voor Persoonsvorming wordt muziektherapie aangeboden.”

“In de eenheid Jeugd behandeling en Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen zetten we muziek in als psychotherapeutisch middel. We spelen samen vanuit improvisatie, vanuit het eigen gevoel. Dat kan dus alle kanten opgaan: vredig en rustig, maar ook chaotisch en nerveus. Als therapeut moet je met die onvoorspelbaarheid en die dynamiek kunnen omgaan. Mensen spelen op elkaar in, ze zoeken elkaar via de muziek. Dit wordt mogelijk doordat we teruggaan naar een capaciteit die iedereen in meerdere of mindere mate bezit, namelijk die van het spelen. Soms luisteren we ook gewoon even samen naar muziek. De patiënten kunnen mee beslissen wat we doen. Ik speel in op wat er in de groep leeft. In de eenheden Psychosociale revali-

datie en Psychozorg is de aanpak enigszins anders. Daar ligt de klemtoon minder op psychotherapie en meer op het beleven, het genieten, het delen van dingen.”

Geraakt door muziek

“Soms moeten mensen eerst wat drempelvrees overwinnen”, zegt Nele Fiers. “Maar uiteindelijk worden alle mensen geraakt door muziek. Je hoeft daarom niet zelf een instrument te kunnen bespelen. Zelfs zonder ervaring kan je van alles uitproberen, mee spelen met de anderen, experimenteren, klanken maken, een ritme volgen... Muziek maakt mensen dikwijls gevoeliger. Emoties komen boven drijven. Herinneringen soms ook. Uiteraard maken we er geen uitputtingsslag van. Patiënten praten over wat ze voelen bij de muziek en kunnen die ervaringen meenemen naar andere therapieën.”

“De meeste sessies muziektherapie vinden plaats met een tiental mensen. Soms geef ik ook individuele therapie, bijvoorbeeld om iemand tot spelen te krijgen die te geremd is om meteen in een groep te komen. Sommige patiënten worden zo geraakt door muziek, dat ze zelf vragen naar meer muziektherapie.”

“De onvoorspelbaarheid van muziek maakt het soms moeilijk, maar is tegelijk ook een grote meerwaarde. Muziektherapie is niet zomaar ‘iets leuk’ dat erbij komt. Het is een aanvulling op therapie via woord en beeld. Je boekt niet altijd meteen resultaat. Het is vaak een proces, waarbij je plots dingen ziet gebeuren. Onlangs zaten we met twee aan de piano wat te improviseren en plots viel iemand met de accordeon feilloos in, als was het afgesproken. Dat was een klein maar waardevol moment, ook voor wie zat te luisteren. Het is moeilijk in woorden te vatten, maar dat moment droeg verwondering in zich en deed iets met de groep. Het bracht iets teweeg op emotioneel vlak. Dat kan helend zijn. Een patiënt zei ooit na een sessie: *‘Dat klonk precies zoals mijn moeder vroeger een dekentje rond mij legde.’*”

“Mensen hebben dikwijls een vertekend beeld van muziektherapie. Het is geen etherisch geitewollensokkengedoe met wierookstokjes erbij. Het is een activiteit met een therapeutisch waarde. Heel *basic* en met beide voeten op de grond. Sommige sessies kan het er zelfs behoorlijk heftig aan toegaan”, lacht Nele Fiers.



Muziektherapeute Nele Fiers: “De onvoorspelbaarheid van muziek maakt het soms moeilijk, maar is tegelijk ook een grote meerwaarde.”

Nieuwe context creëert nieuwe mogelijkheden

Begin oktober vond in De Spil in Roeselare de tweede editie van La Folia plaats. Dit festival wil de beeldvorming rond mensen met psychische problemen bijsturen met theatervoorstellingen, lezingen, workshops en films. Patiënten en begeleiders van Kliniek Sint-Jozef brachten er voor uitverkochte zalen twee opvoeringen van Amlett.

Amlett is een bewerking van Shakespeares *Hamlet* door Jan Decorte. Regisseur Jan Geers, die zich wel vaker aan 'buiten-gewone' projecten waagt, ging samen met patiënten en begeleiders van Kliniek Sint-Jozef aan de slag met het stuk. "Amlett is een dankbaar stuk. Het verhaal is bekend: wanneer de geest van zijn vader Hamlet vertelt dat hij vermoord werd door zijn oom en moeder, moet Hamlet wraak nemen. Er komen heel wat thema's aan bod, onder meer ook de dunne lijn tussen gespeelde waanzin en echte waanzin. De taal van Jan Decorte is bovendien van een brute, poëtische schoonheid. Ik werk wel vaker met acteurs zonder professionele achtergrond. Dat is heel boeiend en telkens anders. In *Amlett* staan patiënten en begeleiders samen op de planken. Als regisseur moest ik binnentreden in een bestaande gemeenschap van mensen die als het ware tot elkaar veroordeeld zijn. Altemaal verschillende mensen, met een totaal andere achtergrond. Dat maakt het bijzonder spannend en tegelijk ook zeer mooi."

De jeugdige Elise is één van de acteurs. Met *Amlett* is ze niet aan haar proefstuk toe. "Ik volg toneel en voordracht en ik was meteen gewonnen voor het project", vertelt ze. "Het is soms wel moeilijk geweest om de therapie, school en de repetities te combineren. Ik heb vrij veel tekst en het is bovendien een eigenzinnige tekst. Ik heb er in het begin echt mee geworsteld. Maar het is leuk om de

therapeuten en de andere meisjes eens in een totaal andere omgeving te leren kennen. Dat is echt wel bijzonder."

Afdelingspsycholoog Martijn Devos van de eenheid Jeugd behandeling begeleidt de voorstelling op piano en is een van de drijvende krachten

achter het project. "Ik wil jongeren die in behandeling zijn prikkelen in wat ze graag doen. Elke patiënt is méér dan alleen patiënt. Een project als dit geeft ons de kans mensen los te zien van hun problemen en iets moois te laten groeien. Uiteraard blijf ik tegelijk therapeut, maar door samen aan een theatervoorstel-



Regisseur Jan Geers: "Mensen blijken tot heel veel in staat als ze samenwerken aan een voorstelling."

ling te werken, creëer je een andere speelse context, waarin nieuwe dingen mogelijk worden.”

Jan Geers is het daar volmondig mee eens. “Mensen blijken tot heel veel in staat als ze samenwerken aan een voorstelling. Wat hun achtergrond is, doet er op zo’n moment niet toe. Een theatervoorstelling maken is werken, maar is ook amusement, je zorgen opzij zetten, je uitleven.”

“Soms gebeurde het, na een slechte dag, dat ik geen zin had om naar de repetitie te komen”, geeft Elise toe. “Maar als je dan eenmaal in de theaterzaal staat en met de tekst bezig bent, wordt het toch weer leuk. Ja, je kunt je zelfs eens goed afreageren als dat nodig is.”

“De emoties in Amlett lenen zich daar ook goed toe”, beaamt Martijn. “Woede, wraak, verdriet, pijn,... Het zit er allemaal in.”

De voorstellingen in De Spil in Roeselare vonden plaats op 2 en 6 oktober. Beide voorstellingen waren uitverkocht.



*Afdelingspsycholoog Martijn Devos:
“Een project als dit geeft ons de kans mensen los te zien van hun problemen en iets moois te laten groeien.”*



Elise: “Het is leuk om de therapeuten en de andere meisjes eens in een totaal andere omgeving te leren kennen.”

‘Terug naar normaal’ van Allen Frances



Ontnuchterende blik op interne keuken DSM-V

Het gebruik van de *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* binnen de psychiatrie is nooit onomstreden gebleven. Naar aanleiding van het verschijnen van de jongste editie, de *DSM-V*, luidt nu ook Allen Frances de alarmbel. Dat is opvallend, aangezien hij de voorzitter was van de *DSM-IV task force*. Frances voorspelt met de *DSM-V* nog meer valse epidemieën van psychiatrische stoornissen, nog meer medicatiemisbruik.

Allen Frances' boek 'Terug naar normaal' is een reactie op deze uitwassen – deels *mea culpa*, deels *j'accuse*, en deels *cri de coeur*. Om de psychiatrie niet te reduceren tot een zuivere kunstvorm blijft de *DSM* noodzakelijk, maar tegelijkertijd is het handboek slachtoffer geworden van zijn eigen succes. Behandelaars, onderzoekers,

verzekeringsmaatschappijen, rechtbanken en uiteindelijk de hele bevolking gingen er te veel gewicht aan toekennen, waardoor het begrijpen van de patiënt uiteindelijk gereduceerd werd tot het invullen van een checklist. In combinatie met het marketingdenken wordt diagnostische inflatie dan onvermijdelijk. Frances zegt het nooit zo bedoeld te hebben, maar verwijt zichzelf geen maatregelen te hebben genomen om deze ontwikkeling te stoppen. Hij verwijt de *DSM-V task force* een ondermaatses werkwijze die overdiagnose nog meer in de hand zal werken. Men heeft zich te veel laten meeslepen door overtrokken

ambitieuze fantasieën ten koste van efficiëntie, nauwkeurigheid en samenhang. De cruciale kwaliteitscontrole van *DSM-V* moest zelfs worden geschrapt – er was zo'n achterstand opgelopen, dat er onvoldoende tijd was om de controle af te ronden.

Naast een duidelijke schets van het probleem stelt het boek ook oplossingen voor. De *war on drugs* richt zich tegen de verkeerde organisaties en vergeet *Big Pharma*. Er worden maatregelen voorgesteld om de marketingmachine te ontmantelen en de distributie van medicatie te controleren. Daarnaast is de impact van een psychiatrische diagnose op allerlei aspecten van het leven te ver doorgegroeid om overgelaten te worden aan een kleine beroepsorganisatie zonder publieke verantwoordelijkheid. De *APA (American Psychological Association)* hoort het niet meer als enige voor het zeggen te hebben. Tot slot roept Frances de patiënt op om zich op te stellen als een slimme consument.

Persoonlijk verhaal

Frances bouwt zijn kritiek op aan de hand van een persoonlijk verhaal en dit maakt het boek aangenaam om te lezen. Zijn blik op de interne keuken van de *DSM* werkt vaak ontnuchterend. Zo lees je bijvoorbeeld hoe men bij het bepalen van de drempelwaarde voor een bepaalde stoornis de voorspellingen van de invloed van deze waarde op de prevalentie van de stoornis bij de bevolking in rekening neemt. Van de gepretendeerde objectiviteit blijkt hoe dan ook geen sprake. Over de ontwikkelingen van het wetenschappelijk psychiatrisch onderzoek is de auteur overigens duidelijk: "deze zijn alleen spannend aan de basale wetenschappelijke kant (licht werpen op het functioneren van het brein); op het gebied van klinische diagnose en behandeling boeken we uitzonderlijk weinig vooruitgang".

Om aan te tonen dat veel gedragingen waar men zich zorgen zou kunnen over maken in feite volkomen normaal zijn (de gedragingen van de *worried well*), grijpt Frances regelmatig terug naar de geruststellende inzichten uit de evolutionaire psychologie. Deze uitstapjes worden na verloop van tijd toch eerder langdradig. Wanneer hij uiteindelijk stelt dat zijn ongezonde snoepgewoonte voor de primitieve mens wel heel functioneel moet geweest zijn, kan ik me toch niet van de indruk ontdoen dat de auteur andermaal zijn geweten tracht te sussen. Het is de brave man vergeven.

De *DSM-V* verscheen in mei van dit jaar. Uitgeverij Boom belooft de Nederlandse vertaling voor begin 2014. Mocht u van plan zijn een exemplaar aan te schaffen, dan raad ik dit boek alvast aan als een noodzakelijk addendum.

Maarten Dheedene,
klinisch psycholoog

Allen Frances, *Terug naar normaal*, 2013, uitgeverij Nieuwezijds (isbn: 9789057123801).

Kliniek Sint-Jozef krijgt mooi rapport

Na een grondige audit werd de erkenning van Kliniek Sint-Jozef verlengd voor de periode 2013-2017. Het ziekenhuis krijgt een mooi rapport met heel wat sterke punten. Algemeen directeur Filip Deboutte geeft tekst en uitleg.

“Elk ziekenhuis heeft een erkenning nodig om te mogen functioneren”, licht Filip Deboutte toe. “Die erkenning wordt telkens voor een periode van vijf jaar verleend. Ze wordt toegekend door het Agentschap Zorg en Gezondheid, na een onafhankelijke audit door het Agentschap Zorginspectie. Die audit is erg interessant voor ons. In tegenstelling tot vroeger ligt de nadruk niet zozeer op het louter naleven van de normen, maar op verbeterpunten, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De audit gebeurt heel grondig en toont ons opportuniteiten om nog beter te worden.”

“De audit verloopt volgens het internationaal gevalideerde kwaliteitsmodel EFQM, met verschillende evaluatievelden. Zo worden niet alleen het beleid en de strategie onder de loep genomen, maar ook het leiderschap, het medewerkersbeleid, hoe we omgaan met de middelen, hoe de processen georganiseerd zijn en welke resultaten dat oplevert. Ter voorbereiding van de audit moesten we aan de hand van lijsten met hon-

derden concrete vragen – ‘spiegels’ genoemd – een grondige zelfevaluatie maken. Met die voorbereiding in de hand zijn in april jl. drie auditors voor drie dagen naar Kliniek Sint-Jozef gekomen. Ze voerden gesprekken met heel wat medewerkers om alle aspecten van het beleid te checken en in kaart te brengen. Dit was niet alleen een zeer intense maar ook een erg positieve ervaring. De auditors waren heel goed voorbereid en ze waren vooral op zoek naar verbeterpunten waar zowel de patiënten als het ziekenhuis iets aan hebben.”

“Na de audit kregen we een voorlopig rapport, waarop we konden reageren. Op 21 juni volgde dan een eindspreking in Brussel. Op 8 augustus kregen we van het Agentschap Zorg en Gezondheid onze erkenning voor de komende vijf jaar.”

Sterke punten

“Kliniek Sint-Jozef scoort veel sterke punten in het auditverslag van het Agentschap Zorginspectie. De professionaliteit van de raad van bestuur

wordt geprezen. Het therapeutisch beleid is sterk gebouwd rond kernwaarden als herstelvisie, vermaatschappelijking, krachtgericht werken, empowerment, patiëntenparticipatie, het inzetten van ervaringsdeskundigheid en de betrokkenheid van familie en context. Die evaluatie is erg belangrijk voor ons, want dit maakt het wezen van Kliniek Sint-Jozef uit”, aldus Filip Deboutte.

“Andere sterke punten zijn de verpleegposten die onthaalbalies worden, de inspraak van de patiënten bij de inrichting van de leefruimtes en de moderne technologie. Ook het personeelsbeleid en de vorming zijn sterk ontwikkeld. Wat de processen betreft, krijgt ons streven naar een fixatievrij ziekenhuis en het zo weinig mogelijk gebruiken van afzonderingskamers goede punten. Op het gebied van resultaten prijzen de auditors onder meer de zorg die maximaal op maat van de patiënten is afgestemd, de KOPP-werking en de vele projecten waar patiënten aan participeren.”

“Eerlijk is eerlijk: uiteraard zijn er ook een aantal verbeterpunten, tekortkomingen en ook drie zogenaamde ‘non-conformiteiten’. Die hebben alle drie met de apotheek te maken: de oppervlakte van de apotheek is voorlopig te klein, de medicatie moet in unidoses worden aangeboden en ze mag maximum voor zeven dagen verdeeld worden. Die punten moeten we zo snel mogelijk in orde brengen.” “Al bij al zijn we erg tevreden met deze audit, met het verslag en uiteraard ook met de erkenning. Waar we nog beter kunnen, zullen we een tandje bijsteken. In het kader van een open communicatie, maatschappelijke verantwoordelijkheid en transparantie plaatsen we het auditverslag van het Agentschap Zorginspectie en alle opvolgende verslagen op de website van het ziekenhuis. We zijn trots op onze resultaten en we maken werk van alle verbeterpunten”, aldus nog algemeen directeur Filip Deboutte.

Directeur Filip Deboutte: “We zijn trots op onze resultaten en we maken werk van alle verbeterpunten.”



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 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

FORUM VOOR PERSOONS- VORMING

EXPERTISECENTRUM ECT

- > Dr. An Verbrugghe

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

Kliniek Sint-Jozef vzw Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

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

