

Open venster ¹⁸

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Kliniek Sint-Jozef krijgt Reintegration Award 2013 voor patiëntenparticipatie

*Geraakt door
mensen*

- 04 Psychosezorg: je dromen bijstellen is niet gemakkelijk
- 08 Zorgpad Alcohol voor betere vroegdetectie
- 10 Kunst prikkelt en geeft zuurstof

Preventie is een belangrijke pijler



Filip Deboutte

De jaarwende ligt alweer enkele weken achter ons. Zeer graag wil ik alle lezers van Open Venster een boeiend, succesvol en gezond 2014 toewensen.

Het jaar 2013 kon alvast mooi worden beëindigd: kliniek Sint-Jozef won de 'Reintegration Lilly Award 2013', uitgereikt door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, met het project 'van PIT tot PEER: samen groeien door betekenisvol omgaan met de eigen ervaringsdeskundigheid'. Uiteraard zijn we heel trots op deze prijs. Het is een erkenning voor de inspanningen die het ziekenhuis al vele jaren levert voor het actief centraal plaatsen van de personen die in zorg zijn. Vandaag al krijgt de patiënt een volwaardige stem in zijn behandelproces en meer en meer weegt de mening van patiënten en hun familie ook op het beleid van het ziekenhuis. Kliniek Sint-Jozef hecht

veel belang aan ontslaggesprekken, tevredenheidsmetingen, focusgroepen, feedback en de actieve betrokkenheid van ervaringsdeskundigen. De mondige patiënt neemt mee verantwoordelijkheid in zijn herstelproces en dat is een goede zaak. Het project is ook heel bijzonder omdat het tot stand is gekomen vanuit een zeer nauwe samenwerking tussen het werkveld (Kliniek Sint-Jozef), een hogeschool (Vives Roeselare) en onderzoek (Expertisecentrum Zorginnovatie Vives en UGent).

Iedereen heeft het over de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Deze beweging wil de zorg zo dicht mogelijk in de context van de patiënt brengen en doet hiervoor onder meer een beroep op de krachten uit de omgeving van de patiënt: zijn gezin en familie in de eerste plaats. Maar ook de buurt, de school- of werkomgeving en de lokale gemeenschap kunnen hun steentje bijdragen. Te vaak nog voelen (ex-)psychiatrische patiënten het stigma van hun ziekte. Dat is zeker ook het geval voor jongeren en volwassenen met een kwetsbaarheid voor psychose. In dit nummer van Open venster besteden we aandacht aan de psychosezorg, mede in de hoop een aantal misverstanden en taboes weg te nemen.

Verder vindt u in dit nummer een bijdrage over een realisatie van het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen. Dit brede samenwerkingsverband stelt binnenkort een zorgpad Alcohol voor. Hiermee komt het Overlegplatform tegemoet aan een vraag van de huisartsen en andere hulpverleners naar een helder instrument voor een betere vroegdetectie van alcoholmisbruik. Veel alcoholverslaafden zoeken nooit hulp en als het wel gebeurt, meestal heel laat. Een snellere detectie kan nochtans veel onheil en gezondheidsproblemen voorkomen en daar willen we volop voor gaan, want preventie blijft ook voor ons één van de belangrijkste pijlers in de gezondheidszorg.

Filip Deboutte
algemeen directeur

Colofon

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

Redactiecomité: Jan Callens, 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@sintjosef-pittem.be

Inhoud

Editoriaal	2
Innovatieve patiëntenparticipatie bekrond	3
Je dromen in het leven bijstellen is niet gemakkelijk	4
Signalen herkennen kan herval voorkomen	6
Beslissingsboom ondersteunt huisartsen in vroegdetectie	8
Kunst prikkelt en geeft zuurstof	10
Nieuwe onthaalruimte warm, sober en open	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12

Innovatieve patiëntenparticipatie bekroond

Patiëntenparticipatie is een belangrijke pijler in de werking en het beleid van kliniek Sint-Jozef. Dat gaat niet ongemerkt voorbij. Voor zijn 'PIT tot PEER'-project – in samenwerking met het expertisecentrum zorginnovatie van Vives en de afdeling verplegingswetenschap en vroedkunde van de Universiteit Gent – werd het ziekenhuis in december bekroond met de 'Reintegration Award' van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Patiëntenparticipatie is geen loos begrip. Niet alleen verloopt het behandelproces in nauw overleg en een open communicatie met de patiënt, de patiënt draagt ook zelf een grote en actieve verantwoordelijkheid in zijn herstelproces. Ervaringsdeskundigen kunnen bovendien relevante feedback geven vanuit hun wedervaren, zodat kliniek Sint-Jozef haar zorgaanbod voortdurend kan verbeteren.

Een mooi voorbeeld is het 'PIT tot PEER'-project. Het gaat om drie groepen van ex-patiënten van de kliniek, aangevuld met een beperkt aantal verpleegkundigen. Er is de 'PIT'-groep (Participatie in therapie; Participatie in Training van hulpverleners); de 'P4P' (Peer for Peer)-jongerengroep; en de 'BOE'-groep (een acroniem voor 'Betekenisvol Ontdekken van eigen Ervaringsdeskundigheid'). De verpleegkundigen in de groepen hebben uitsluitend een faciliterende rol.

Het doel is om de ervaringskennis van (ex-)patiënten in te zetten binnen en buiten de muren van de kliniek. Buiten de kliniek gebeurt dit door het eigen herstelverhaal uit te dragen in het verpleegkundig onderwijs. Zo staan regelmatig ex-patiënten voor de klas of treedt een ex-patiënt op als co-trainer in de lessen 'communicatie' voor studenten verpleegkunde.

Anderen begeleiden dan weer studenten in stage-rapportering.

Voor de opleiding verpleegkunde is deze samenwerking met ervaringsdeskundigen een groot pluspunt. Ze bevordert de openheid rond psychiatrische problematiek. Studenten leren de mens achter de patiënt zien, met zijn gebreken maar ook met zijn krachten en zijn talenten. Ook de ervaringen van patiënten, hoe ze hun problematiek, hun opname, behandeling en herstel beleefd hebben, zijn bijzonder leerrijk voor studenten verpleegkunde.

Binnen de kliniek zijn de activiteiten erop gericht om hoop te geven en rolmodel te zijn voor jongeren of volwassenen die opgenomen zijn in de psychiatrie. Concreet gebeurt dit door ook binnen de kliniek het eigen herstelverhaal naar buiten te brengen, maar nu ten behoeve van de opgenomen patiënten. Daarnaast denken de groepen ook actief mee rond het kliniekbeleid inzake patiëntenparticipatie.

De "Reintegration Award" werd voor de 13de keer uitgereikt door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGGG) en de firma Eli Lilly. Het bekroonde project werd ingediend door Bart Debyser en Ann Degrande. Bart Debyser is wetenschappelijk medewerker aan de kliniek Sint-Jozef in Pittem en verpleegkundig lector en onderzoeker van Vives. Ann Degrande is ervaringswerker binnen de kliniek.



Op woensdag 15 januari vond in kliniek Sint-Jozef een persconferentie plaats naar aanleiding van de 'Reintegration Award'.

Sterk genoeg

De weerbaarheidstraining 'Sterk genoeg' richt zich tot maatschappelijk kwetsbare jongeren van 12 tot 25 jaar. Ook in 2014 worden twee cycli georganiseerd: in het voorjaar en in het najaar. Alle informatie vindt u op www.sintjozefpittem.be. De training 'Sterk genoeg' wordt georganiseerd door kliniek Sint-Jozef in

samenwerking met heel wat partners: CAW Centraal West-Vlaanderen, Groep Intro Roeselare, Arktos West-Vlaanderen, Logo Midden West-Vlaanderen, de Stedelijke Jeugddienst Roeselare en het Therapie- en onderzoekscentrum De Boom in Roeselare.



*Dr. An Verbrugghe en psychologe Jolien Vande Walle:
“Een psychose treedt vaak op bij jonge mensen die een
grote verandering doormaken: ze vatten hogere studies
aan, gaan alleen wonen of verliezen een geliefde persoon.
Door die stress komt hun kwetsbaarheid naar boven.”*

Een psychose treedt meestal op de leeftijd van 18 tot 35 jaar op en veroorzaakt ‘atrofie’ in de hersenen: er is weefselverlies waardoor vaardigheden als plannen en organiseren verloren kunnen gaan. Volledige genezing is vaak niet mogelijk, leren omgaan met de ziekte vraagt tijd en veel ondersteuning. De eenheid psychosezorg vertrekt dan ook vanuit de krachten van de patiënt en gaat samen met de patiënt en zijn familie een eind op weg. We gingen erover praten met dr. An Verbrugghe en psychologe Jolien Vande Walle.

Vroeger was de psychosezorg een van de behandelgroepen in de toenmalige Revakliniek. Vandaag vormt de psychosezorg een aparte eenheid.

“Dat laat ons toe de eenheid meer aan de patiënten aan te passen”, zegt Jolien Vande Walle. “Mensen met een psychose hebben vaak last van achterdocht. Ze hebben nood aan een voorspelbaar milieu met veel structuur en weinig prikkels. In de nieuwe eenheid beschikken de patiënten ook over een individuele kamer. Ook dat is belangrijk: de kamer als veilig oord, als een rustige plek die de patiënt zelf kan inrichten.”

“Dankzij de individuele kamers hebben we het aantal afzonderingen sterk kunnen terugdringen”, vult dr.

An Verbrugghe aan. “Dat past binnen de herstelvisie die wij nastreven. We nemen zo weinig mogelijk van de patiënt over en geven alle ruimte aan actieve participatie. In die zin kan de individuele patiëntenkamer ook therapeutisch aangewend worden.”

“Ook de leefruimte wordt vandaag meer dan vroeger als therapeutische ruimte gebruikt. De eenheid telt twee livings, waarvan één is ingericht voor crisissituaties: rustige kleuren, een relax en het ontbreken van prikkels. In de andere living vinden therapieën plaats. Er is ook een keukentje waar we kookactiviteiten kunnen organiseren. ‘Milieutherapie’ krijgt er meer kansen: we kunnen de patiënten volgen tijdens hun functioneren in de

groep. Die observatie brengt enorm veel bij. De living is een plek waar patiënten kunnen ontspannen en tegelijk ook een plaats voor therapie”, vertelt Jolien Vande Walle. “Patiënten voelen zich hier op hun gemak. Het is voor hen een veilige omgeving, waar ze hun achterdocht leren hanteren en dingen uitproberen, om te experimenteren.”

Vertrouwen

Omdat grote achterdocht veel patiënten met een psychose parten speelt, krijgt metacognitieve training een centrale plaats in de psychosezorg (zie ook artikel pagina 6, red.).

“Patiënten met een psychose maken dikwijls denkfouten”, verklaart dr. Verbrugghe. “Als er een groepje mensen op de gang staat te praten, betreft iemand met een psychose dit al snel op zichzelf en denkt dat het gesprek over hem gaat. De patiënt geeft de dingen een betekenis die er niet is en dat bepaalt zijn denken en zijn handelen. Dat kan ver gaan en sommige patiënten hebben het echt moeilijk om situaties in hun context te zien en er niet meteen extreme gevolgen uit te trekken. Waar nodig geven we dan ook individuele begeleiding op maat.”

“Je dromen in het leven bijstellen is niet gemakkelijk”

Voor er sprake kan zijn van training, moet de psychose echter eerst onder controle gekregen worden. Sommige patiënten maken een zware crisis door als ze in het ziekenhuis opgenomen worden. Dan is de eerste focus gericht op rust, structuur en duidelijke verwachtingen. “Transparantie en eerlijkheid zijn erg belangrijk in onze relatie met de patiënt”, zegt Jolien Vande Walle. “Er moet een vertrouwensband groeien, die tijdens het hele behandelproces bewaakt wordt, zodat optimaal naar resocialisatie toegewerkt kan worden. Daar houden we van in het begin rekening mee: de voorbereiding op het ontslag vangt aan op de eerste dag van de opname. Als een patiënt wekelijks gaat zwemmen of een andere gestructureerde vrijetijdsbesteding heeft, dan proberen we die positieve structuur niet te doorbreken. Wat positief is, moeten we behouden.”

“De opnameduur kan sterk verschillen”, weet dr. An Verbrugghe. “Van de patiënt vragen we een engagement van minstens zes weken. Een kortere periode is moeilijk haalbaar als je resultaat wilt boeken. Het proces begint immers met het onder controle krijgen van de psychose. Pas in een tweede fase kan er iets opgebouwd worden. Naar het einde van de zes weken gaan we samen met de patiënt en het team opnieuw in gesprek met de familie. Samen overleggen we welke de verdere opties zijn: een verlengde opname, een ambulante opvolging of een verwijzing naar een andere voorziening. Uiteraard kan de familie op elk moment bij ons terecht. Als zorgverleners kunnen wij niet verder zonder de familie. Zeker de levensgezel is een belangrijke partner in het hele proces.”

“Het ontslag verloopt meestal in fasen. Zo kan na een opname nog een tijdje dagtherapie gevolgd worden. We bekijken samen met de patiënt wat mogelijk is. Ja, dat is echt maat-

werk. Dankzij de mobiele teams en de psychiatrische zorg aan huis hebben we nu meer mogelijkheden voor een goede opvolging van de patiënt buiten het ziekenhuis. Jammer genoeg dekken de mobiele teams nog niet alle regio's. Hopelijk is dit een kwestie van tijd. Want ik geloof wel in die vermaatschappelijking van de zorg. Hoe beter we het ontslag samen met de patiënt en zijn familie kunnen voorbereiden, hoe groter het netwerk van de patiënt ook, hoe minder herval en heropnames nodig zijn. De context is uiterst belangrijk.”

Rouwproces

“Voor de familie is omgaan met een psychose niet gemakkelijk”, zegt dr. Verbrugghe. “Veel mensen ontkennen aanvankelijk of zien de ernst van de situatie niet. *‘Was hij maar van de cannabis afgebleven’*, hoor je een ouder wel eens jammeren. Terwijl cannabis niet de oorzaak is van een psychose, alleen een uitlokkend element. Psychootische kwetsbaarheid is genetisch bepaald. Het is multigenetisch: er is meer dan één gen bij betrokken, wat de behandeling moeilijk maakt. Daarnaast is ook de omgeving belangrijk. Een psychose treedt vaak op bij jonge mensen die een grote verandering doormaken: ze vatten hogere studies aan, gaan alleen wonen of verliezen een geliefde persoon. Door die stress komt hun kwetsbaarheid naar boven.”

“De wanhoop van veel ouders is begrijpelijk. Wij brengen geen opbeurend nieuws. Veel mensen hopen dat een volledige genezing mogelijk is. De realiteit is dat niemand ongeschonden uit een psychose komt. Er zijn weinig mensen die na een eerste psychose weer helemaal kunnen functioneren als voorheen. De meesten moeten hun dromen bijstellen en uitkijken naar een andere studie of een andere job. Studenten zijn na een psychose vaak niet meer sterk genoeg om ‘op kot’ te gaan. Dat zorgt voor veel pijn

en verdriet. De patiënt én de naaste familie moeten door een rouwproces.” “Een psychose zorgt voor een verstoorde balans tussen de draagkracht en de draaglast. Omgaan met dat onevenwicht blijft een levenslange opdracht. De meeste patiënten slagen er gelukkig in om de draad van hun leven weer op te nemen en iets met hun talenten en kwaliteiten te doen. Sommigen bouwen een mooie relatie uit, al is het dan uiteraard belangrijk een begrijpende partner te hebben. Een aangepaste werkomgeving of studieomgeving is vaak nodig.”

“Na elke herval wordt de kans op herval nog groter”, zegt Jolien Vande Walle. “Het is erg belangrijk om er altijd snel bij te zijn. En om de uitlokkende factoren zoveel mogelijk te bannen: cannabis en alcohol, maar ook stress. Medicatietrouw is cruciaal en niet evident. Veel patiënten hebben immers onvoldoende inzicht in de ernst van hun stoornis. Dat inzicht bijbrengen is één van de behandeldoelen. De herstelvisie is hierbij een grote en belangrijke inspiratiebron. Een psychose dwingt mensen om hun verwachtingen in het leven bij te stellen. De meesten beseffen dat zeer goed. Het gevaar op een depressie loert dan ook om de hoek. Ziekte-inzicht en psycho-educatie zijn erg belangrijk.”

“Ook de familie moet mee in het verhaal. De familie kan een enorme steun betekenen voor de patiënt. Het duurt soms even voor de familie de situatie aanvaardt, maar we proberen om er samen een hoopgevend verhaal van te maken. Inzicht geeft mensen kracht. Dat kan een boost geven aan het vertrouwen om er iets van te maken. Er bestaan heel wat mogelijkheden, bijvoorbeeld in de sociale economie. Het is totaal onterecht dat beschutte werkplaatsen een negatieve bijklank hebben. Ze zijn ontzettend waardevol en ze geven kwetsbare mensen kansen die ze elders niet of nauwelijks krijgen”, aldus nog dr. Verbrugghe.

“Signalen herkennen kan herval voorkomen”

Metacognitieve training, psycho-educatie, medicatie en therapietrouw krijgen veel aandacht bij de behandeling van een psychose. Maar ook resocialisatie is van meet af aan een werkpunt. “De mensen moeten uiteindelijk weer op eigen benen kunnen staan, desnoods met begeleiding”, vertellen verpleegkundige Lien Vanhalst en verpleegcoördinator psychosozorg Joke Arents.

“Elk van ons maakt wel eens denkfouten”, zegt verpleegkundige Lien Vanhalst. “Maar wij kunnen die fouten corrigeren. We doorzien ze en we sturen onszelf bij. Mensen met een psychotische kwetsbaarheid daarentegen lopen erin vast. Deze patiënten hebben de neiging al te vlug conclusies te trekken, onvoldoende na te denken, sommige dingen te vergeten en andere details uit te vergroten... Kortom, ze maken verkeerde interpretaties van de werkelijkheid en zetten zichzelf daarmee klem.”

“Met metacognitieve training proberen we die mensen inzicht te geven in wat er gaande is”, vertelt Joke Arents, verpleegcoördinator psychosozorg. “De training vindt plaats in groep. Het is gemakkelijker om een foute interpretatie bij een ander te herkennen dan bij jezelf. De patiënten corrigeren elkaar, ze gaan elkaars interpretatie in vraag stellen. En daarmee uiteindelijk ook hun eigen interpretatie.”

“We begeleiden de training zo veel als mogelijk met twee verpleegkundigen: één van ons neemt actief deel en kan zo van binnenuit het gesprek mee sturen, de ander neemt de leiding van de training op zich. De groepsdynamiek is enorm belangrijk. Als je maar met twee mensen bent, is het moeilijk om verkeerde interpretaties te doorprikken.”

De patiënten krijgen tijdens de metacognitieve training ook theoretische

achtergrond. Ze leren verschillende soorten denkfouten te herkennen en maken er oefeningen op. En ze krijgen ook huiswerk mee. “Het doel is immers dat ze met deze inzichten aan de slag gaan in het dagelijkse leven”, zegt Joke Arents. “Ze leren bijvoorbeeld hun achterdocht of angst te herkennen in de manier waarop ze feiten of gebeurtenissen een betekenis geven.”

“Eén van de oefeningen tijdens de metacognitieve training is het kiezen van een titel bij een schilderij. De deelnemers krijgen een werk te zien en vier mogelijke titels. Zij moeten kijken, nadenken en de juiste titel kiezen. De informatie waarop ze hun interpretatie baseren, moet uit de context van het schilderij zelf komen”, aldus Lien Vanhalst.

“Als mensen eenmaal doorhebben dat ze vaak verkeerde conclusies trekken, is dat confronterend. Ze komen meestal net uit een psychose als ze de training volgen en zijn dus kwetsbaar. Toch is het goed om de metacognitieve training zo vroeg mogelijk aan te bieden. Voor patiënten bij wie dit te bedreigend overkomt, wachten we tot een meer geschikt moment”, vertelt Joke Arents.

Sterke presentie

De eenheid psychosozorg is een vrij kleine eenheid in het ziekenhuis. Er kunnen maximaal zestien patiënten terecht: twaalf met een volledige op-

name en vier in dagtherapie. Daarnaast wordt ook nazorg gegeven.

“Omdat de eenheid vrij klein is, staan wij als verpleegkundigen heel dicht bij de patiënten”, zegt Joke Arents. “We stellen ons toegankelijk op en creëren een sfeer van rust en structuur. Belangrijke pijlers tijdens de opname zijn medicatie, therapietrouw en psycho-educatie.”

“De psycho-educatie start individueel. Het is geen gemakkelijke boodschap om de patiënt te vertellen dat hij voor de rest van zijn leven rekening zal moeten houden met de ziekte die hem overvalt. Waakzaamheid zal altijd nodig blijven. Na het doorlopen van de individuele psycho-educatie, waarin het eigen verhaal en belevingen centraal staan, kan er gestart worden met de psycho-educatie in groep. Zo krijgt de patiënt contact met lotgenoten. Maar ook dan blijft de individuele begeleiding primeren. Tijdens de groepsessies psycho-educatie gaan we bijvoorbeeld nooit persoonlijk in op een individuele problematiek.”

“Die individuele begeleiding speelt op verschillende domeinen”, vertelt Lien Vanhalst. “Elke patiënt heeft welkelijks een uitgebreid gesprek met een verpleegkundige. Tijdens dat gesprek wordt ook de verdere planning van de opname bekeken. De patiënt heeft nood aan voorspelbaarheid. In die context zorgen wij ook voor een

sterk presentiebeleid: wij zijn constant aanwezig en bereikbaar voor de patiënten.”

“Een belangrijk aandachtspunt is ook de medicatie en het ruimere verhaal daarrond. We werken bijvoorbeeld nauw samen met een diëtist. De medicatie leidt immers vaak tot een toename van gewicht, met risico op het ontwikkelen van het metabool syndroom. Dat komt door de medicatie zelf, maar ook door de honger die de medicatie opwekt en die patiënten ertoe aanzet vaker dan anders naar calorierijke voeding te grijpen. We volgen dan ook het gewicht en de bloedwaarden van de patiënt van nabij op en zorgen ook op dat vlak voor de nodige educatie.”

“Medicatierouw is sowieso al niet gemakkelijk. Zelfs het opstarten van de medicatie kan al problemen geven, zeker bij een eerste psychose. Soms heb je het gevoel dat je een goed gesprek hebt gehad met de patiënt, maar blijft de achterdocht bij de patiënt bestaan. Veel patiënten worden pas opgenomen als het echt spaak gelopen is in hun maatschappelijk leven. Sommige mensen klappen dicht. Anderen kampen met waanbeelden. Het komt er dus eerst op aan het vertrouwen van de patiënt te winnen. Als dat vertrou-

wen er niet is, lukt het meestal niet om de medicatie correct op te starten. Ook in latere fasen zien we dat: als de patiënt zich eenmaal beter voelt, beslist hij soms op eigen houtje om te stoppen met de medicatie. En dan loopt het verkeerd. Daarom wijzen we de patiënt vooraf expliciet op die mogelijke scenario's en vragen hem om met ons te komen spreken voor hij beslist om de medicatie stop te zetten.”

“Hier spelen de familie en de sociale kring ook een uiterst belangrijke rol. Niet alleen als steun tijdens de opname, maar ook na het ontslag. Het is belangrijk dat de familie de vroegsignalen en positieve of negatieve symptomen leert herkennen. Als de zoon bijvoorbeeld meer en meer in zichzelf gekeerd leeft. Of als de echtgenoot opnieuw lange periodes door het raam zit te staren. Dat soort signalen herkennen, laat toe om er tijdig bij te zijn en een herval te voorkomen. Zowel de patiënt als zijn familie worden daarop getraind.”

“De familie of de meest nabije mensen rond de patiënt worden door de individueel begeleider uitgenodigd op gesprek, een eerste ontmoeting. Hier wordt er individueel info gegeven over de behandelpijlers van de eenheid. De familie wordt daarna

ook uitgenodigd op een familie-informoment. Hier wordt in groep psycho-educatie rond psychose gegeven. Dit gaat zo'n vijf keer per jaar door. Deze psycho-educatie wordt voor een deel gegeven door een verpleegkundige en de arts, gedeeltelijk ook door de sociale dienst en de psychologe.”

“Tijdens hun opname zijn de mensen 'op hun kwetsbaarst'. Samen doorlopen we een proces. Als we zien dat ze er klaar voor zijn, geven we zo snel mogelijk de controle en de verantwoordelijkheid terug. Resocialisatie is van meet af aan een aandachtspunt. De mensen moeten uiteindelijk weer op eigen benen kunnen staan, desnoods met begeleiding. Ze moeten opnieuw kunnen functioneren in het dagelijkse leven. Terug naar school gaan, bijvoorbeeld. Of terug aan een job geraken. We zetten in op de talenten van de patiënt om opnieuw hoop te installeren. De sociale dienst speelt hierin een grote rol, samen met het voltallige team van artsen, verpleegkundigen en psychologen. Een kwaliteitsvol leven voor personen met kwetsbaarheid voor psychose is zeker mogelijk”, aldus nog Joke Arents. “Een psychose betekent niet het einde van het verhaal. Het is een nieuw begin of een doorstart in een aangepast verhaal.”



Joke Arents en Lien Vanhalst: “Omdat de eenheid vrij klein is, staan wij als verpleegkundigen heel dicht bij de patiënten. We stellen ons toegankelijk op en creëren een sfeer van rust en structuur.”

“Beslissingsboom ondersteunt huisartsen in vroegdetectie”

Het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen stelt binnenkort zijn zorgpad Alcohol voor. Het doel is om alcoholmisbruik vroeger te detecteren en een laagdrempelig zorgaanbod te creëren, waarin de huisartsen een cruciale rol spelen. “Hieraan is dringend nood”, zeggen Inge Decorte van het Overlegplatform en afdelingshoofd Paul Seynaeve van de eenheid ontwenning van Kliniek Sint-Jozef in koor. “Doorgaans duurt het meer dan tien jaar voor iemand met een alcoholprobleem de weg naar de hulpverlening vindt. Als dat al gebeurt...”

“Het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen werkt in opdracht van de federale overheid en heeft twee kerntaken”, vertelt Inge Decorte. “Enerzijds organiseert het platform de externe ombudsfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in onze provincie, een functie die ik zelf opneem. Anderzijds ondersteunt en faciliteert het platform ook het overleg en de samenwerking tussen de verschillende voorzieningen in de GGZ. Zo organiseert het platform doelgroepenoverleg rond GGZ voor kinderen en jongeren, voor ouderen en rond middelenmisbruik. Ik ben zelf ook coördinator van het project zorgcoördinatie middelenmisbruik. Het gaat om een federaal project met als doel door een goede afstemming en overleg een toegankelijk zorgaanbod in de provincie te ontwikkelen voor gebruikers van legale en illegale middelen. De federale overheid heeft dit project vorig jaar stopgezet, maar het overlegplatform neemt dit over, zij het in wat afgeslankte vorm.”

“Binnen de zorgcoördinatie middelenmisbruik zijn twee expertgroepen actief: een rond legale middelen zoals alcohol en medicatie, en een rond illegale middelen. Het is met de expertgroep legale middelen dat we een zorgpad Alcohol ontwikkelen. We zijn begonnen met een inventarisatie van de noden en de knelpunten in het zorgaanbod in West-Vlaanderen. Van daaruit zijn we op zoek gegaan naar oplossingen.”
“Een knelpunt is bijvoorbeeld dat

het vaak bijzonder lang duurt vooraleer mensen met alcoholmisbruik de weg naar de hulpverlening vinden”, zegt Paul Seynaeve. “Dikwijls is het misbruik al zo ontspoord, dat een residentiële opname nodig is. Het zou veel beter zijn als we vroeger

konden ingrijpen. Daarom zoeken we naar mogelijkheden om die mensen sneller te bereiken, bijvoorbeeld via de huisartsen. Voor de huisarts is het echter niet altijd gemakkelijk om een goede inschatting van het probleem te maken. Het zorgpad kan

Inge Decorte en Paul Seynaeve: “We kunnen zeker ook nog een tasje bijsteken op het vlak van vroegdetectie en minimale interventie. Als we er relatief snel bij zijn, dan kunnen vier of vijf kortdurende contacten bij een huisarts of een andere gezondheidswerker volstaan om de patiënt te helpen.”



hierbij een steun zijn. Het biedt een beslissingsboom met een beperkte vragenlijst voor de patiënt bij wie een vermoeden van alcoholmisbruik bestaat. De score bepaalt welke actie aangewezen kan zijn en naar welk niveau best doorverwezen wordt.”

Vroegdetectie

“Internationale studies wijzen uit dat 90% van de mensen met een alcoholprobleem nooit in de hulpverlening terecht komt”, aldus Paul Seynaeve. “Wie wel de weg naar hulp vindt, is doorgaans al meer dan tien jaar alcoholverslaafd. Deze cijfers tonen hoe groot de nood is aan vroegdetectie en sensibilisering.”

“De cijfers van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg bevestigen dit beeld”, beaamt Inge Decorte. “Alcohol wordt zelden of nooit als hoofdprobleem gemeld, soms wel als deelprobleem. Huisartsen zijn goed geplaatst om de vroegdetectie mee te ondersteunen. In overleg met hen is beslist om een zorgpad hiervoor uit te tekenen. Het is een grote meerwaarde dat de expertgroep zowat

de hele sector vertegenwoordigt. Er is de voorbije maanden en jaren een groot draagvlak gegroeid en ook een grote openheid om dit samen aan te pakken.”

“In de expertgroep zijn niet alleen de verschillende voorzieningen vertegenwoordigd, maar ook de diverse zorgverleners: artsen, psychologen, verpleegkundigen, stafmedewerkers, directieleden... Er is ook een vertegenwoordiger van de Anonieme Alcoholisten bij, die de stem van de patiënt vertolkt. Die participatie van een ervaringsdeskundige is belangrijk. De verhalen van patiënten zijn heel interessant om mee geconfronteerd te worden. Hoe komt het bijvoorbeeld dat iemand tien jaar wacht om hulp te zoeken? En hoe verloopt het genezingsproces met vallen en opstaan? En zo is elk lid van de expertgroep vanuit zijn functie deskundige in de verslavingszorg”, weet Paul Seynaeve.

Tandje bijsteken

“Het zorgaanbod in West-Vlaanderen voor personen met een verslavingsproblematiek legale middelen is vrij goed uitgebouwd”, zegt Inge Decorte. “Alleen moeten we hier en daar het aanbod nog beter op elkaar afstemmen en nog meer inzetten op ambulante zorg.”

“We kunnen zeker ook nog een tandje bijsteken op het vlak van vroegdetectie en minimale interventie”, vult Paul Seynaeve aan. “Als we er relatief snel bij zijn, dan kunnen vier of vijf kortdurende contacten bij een huisarts of een andere gezondheidswerker volstaan om de patiënt te helpen. Zo’n vroeginterventie is veel minder bedreigend en heel laagdrempelig. Vaak opent het de patiënt de ogen voor zijn probleem. Het is evidence based aangetoond dat dit een effectieve methode is.”

“Een ander hiaat is het gebrek aan een laagdrempelig aanbod zonder wachtlijsten. We moeten mensen helpen om controle te krijgen over hun gebruik. Huisartsen kunnen hierin een rol spelen, net als de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg of een laagdrempelig initiatief als het Huis in de Stad dat later dit jaar in Roeselare wordt geopend.”

Hoe komt het eigenlijk dat mensen met een alcoholprobleem zo lang wachten om hulp te zoeken? Inge

Decorte ziet verschillende redenen. “De sociale aanvaarding van alcohol ligt bijzonder hoog. Denk maar aan alle publiciteit voor alcohol in de eindejaarsperiode. Zolang alcohol geen zichtbare schade oplevert, wordt gebruik niet als een probleem gezien. Zolang iemand perfect in de maatschappij functioneert, lijkt er geen vuiltje aan de lucht. Een andere factor is dat eens je verslaafd bent, het niet evident is om ervan af te geraken. Bij alcohol treden ontwenningverschijnselen op. Veel mensen proberen op eigen houtje om het gebruik te verminderen of te stoppen, maar kunnen beter gespecialiseerde hulp zoeken. Een derde factor is dat alcohol dikwijls gebruikt wordt om een ander probleem draaglijker te maken. Uiteraard moet dan ook dat onderliggende probleem aangepakt worden.”

De komende weken wordt het zorgpad Alcohol in de expertgroep afgewerkt. Het doel is om het zorgpad half april aan de huisartsen voor te stellen.

Ondertussen is het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen nog op andere fronten actief. “Wij zijn ook bezig de verslaafdenzorg expliciet een plaats te geven in de veranderingen onder artikel 107”, zegt Inge Decorte. “De mobiele teams worden immers heel vaak met deze problematiek geconfronteerd als ze bij de mensen thuis komen. In ongeveer 50% van de oproepen is er sprake van alcoholmisbruik, zelfs al is dat niet de directe aanleiding voor de hulpvraag. De expertise en de instrumenten om hiermee goed om te gaan, moeten vanuit de gespecialiseerde centra komen. De mobiele teams zijn een belangrijke schakel in de vroegdetectie en zijn ook vertegenwoordigd in de expertgroep.”

Hoe het met het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen in de toekomst verder moet, is nog onduidelijk. “De staatsvorming hevelt ons ook over van het federale niveau naar het Vlaamse niveau. In het Groenboek van de Vlaamse overheid worden drie pistes opengehouden: het behoud van de huidige situatie, een nieuwe Vlaamse structuur die strakker wordt uitgetekend of de afschaffing van de provinciale overlegplatformen. Wij hopen alvast verder te kunnen werken”, aldus Inge Decorte.



“Kunst prikkelt en geeft zuurstof”

Een abecedarium is een gedicht waarvan elke regel of strofe begint met de opeenvolgende letters van het alfabet. Dr. Mark Kinet gebruikte deze vorm voor een boek vol bespiegelingen over de psychologie van de kunst. Arnon Grunberg en Paul Verhaeghe schreven een voorwoord.

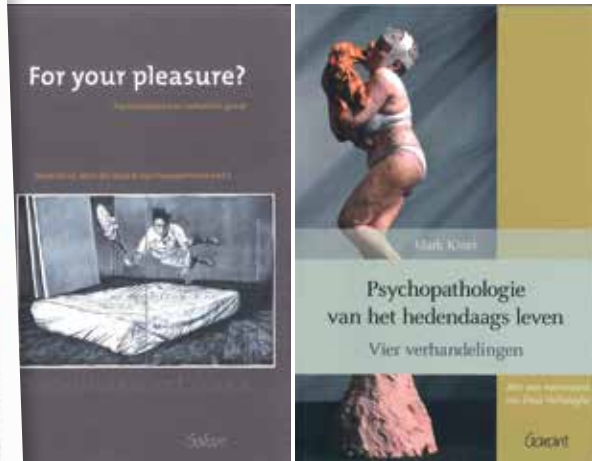
“Het idee voor het abecedarium ontstond toen ik een bijdrage schreef voor het boek *‘For your pleasure? Psychoanalyse over esthetisch genot’*, dat ik ook in 2013 coredigeerde”, vertelt dr. Mark Kinet. “Ik raakte zo goed op dreef, dat ik besliste een apart boek te wijden aan de psychologie van de kunst. Een uit de hand gelopen spelerei, als het ware. Ik ben altijd erg geboeid geweest door literatuur, poëzie en beeldende kunst. De *homo ludens*, de spelende mens die creatief omgaat met de wereld, maakt wezenlijk deel uit van ons mens-zijn. Uiteraard leidt niet alle creativiteit tot kunst – er is een aspect van kwaliteit dat meespeelt. De ene mens heeft meer talent dan de andere, dankzij moeder Natuur én dankzij zijn opvoeding. Maar het vermogen creatief te zijn is wel gelijklopend. In die zin is kunst iets algemeen menselijks.”

“Ik heb met opzet gekozen voor een niet-academische benadering. Het boek biedt geen sluitende theorie over kunst en creativiteit. Zoals de ondertitel *‘Een abecedarium’* suggereert, bestaat het boek uit losse fragmenten die samen een licht werpen op het thema. Ik beoog geen volledigheid, maar bied wel een soort van kleurenpalet. Het boek wil vooral een uitnodiging zijn om zelf verder na te denken en te onderzoeken wat kunst ons kan vertellen.”

“Ja, ik ben tevreden met het resultaat”, zegt dr. Kinet. “Al heb ik tegelijk het gevoel dat bij elk kunstwerk speelt: ‘het werk is nooit af, maar je laat het op een bepaald moment in de steek.’”

Vrijheid

“De keuze voor een abecedarium als vorm werkte inspirerend. Kunst hanteert altijd zelf opgelegde regels. Dat is de paradox: dankzij de dwang van de



vorm ontstaat de vrijheid. Een dichter die een sonnet schrijft, moet zich strak houden aan de vormvereisten en net daardoor ontstaat paradoxaal een zekere vrijheid en schept de dichter sterk gecomponeerde versregels die hij anders nooit gevonden zou hebben. Ook een abecedarium dwingt je op bepaalde momenten om creatief te zijn: zoek bijvoorbeeld maar iets bij de letters Q, X of Y. Toch is de vorm in dit geval niet zo doorslaggevend. De lezer kan het boek van A tot Z lezen, maar hij kan evengoed vrij door het boek bladeren. De hoofdstukken staan los van elkaar, maar vormen tegelijk een samenhangend geheel, met een ritme, herhalingen en zo meer.”

Subversief

“Wat kunst voor mij is? Dat blijft moeilijk te definiëren”, zegt dr. Mark Kinet. “Kunst heeft natuurlijk met schoonheid te maken, maar in tegenstelling tot kitsch niet in een te gemakkelijk verteerbare vorm. Ik wil als kunstliefhebber in mijn gehele persoon aangesproken worden. Kunst kan iemand anders naar de wereld en naar zichzelf leren kijken. Ze prikkelt en geeft zuurstof. Ze is oneerbiedig, haalt de heersende mening of de mening van wie heerst onderuit. En ja, er mag ook al eens gelachen worden. Zo schuilt er zwarte humor in het werk van Francis Bacon. Zijn paus-

portretten zijn subversief en ondergraven gevestigde waarden.”

“Ja, ik heb vroeger zelf nogal wat poëzie geschreven”, vertelt dr. Kinet. “In *‘Psychologie van de kunst’* zijn er trouwens vijf van mijn gedichten opgenomen. Maar tegenwoordig neig ik eerder naar het essay dat in een geestige stijl allerlei menselijke aangelegenheden onderzoekt. Dor academisme is niet aan mij besteed. Dossierkennis en het streven naar de waarheid kunnen ook in een prikkelende taal tot hun recht komen. Arnon Grunberg zegt in zijn voorwoord dat mijn proza in elk geval stimuleert. Dit is altijd mijn voor naamste bedoeling.”

Mark Kinet, *‘Psychologie van de kunst. Een abecedarium’*. Met voorwoord van Arnon Grunberg en Paul Verhaeghe. 2013, Garant Uitgevers.

Mark Kinet, *‘Psychopathologie van het hedendaags leven. Vier verhandelingen.’* Met voorwoord van Paul Verhaeghe. 2013, Garant Uitgevers.

Mark Kinet, Marc De Kesel & Sjef Houppermans (Red.) *‘For your pleasure? Psychoanalyse over esthetisch genot’*. Reeks Psychoanalyse en Cultuur 4. 2013, Garant Uitgevers.

Op 26 november interviewde Kurt Van Eeghem dr. Mark Kinet in het cultuurprogramma Pompidou op Radio Klara. Het interview is te beluisteren onder de rubriek ‘boeken’ op www.markkinet.be, waar u ook alle informatie over deze en eerdere publicaties terugvindt.

Nieuwe onthaalruimte warm, sober en open



Het kunstwerk van de in Roeselare geboren glaskunstenaar Joost Caen zorgt voor een warme en gastvrije sfeer.



De onthaalmedewerkers van kliniek Sint-Jozef zijn trots op hun nieuwe werkomgeving. Zelf zitten ze ook helemaal in het nieuw.



De nieuwe onthaalruimte baadt in het licht. Ze is ruim en open. De hedendaagse architectuur en inrichting geven de ruimte extra uitstraling.

Op 19 november is de nieuwe onthaalruimte van kliniek Sint-Jozef in gebruik genomen. Erg opvallend is het warme en kleurrijke kunstwerk van glaskunstenaar Joost Caen. Het nieuwe onthaalgebouw is open, ruim, warm en overal heerst het licht. Facilitair directeur Griet Tytgat is tevreden met het resultaat en met de positieve reacties van medewerkers, bezoekers en patiënten.

“De nieuwe onthaalruimte staat op exact dezelfde plaats als de vroegere receptie, maar is totaal anders van sfeer”, zegt facilitair directeur Griet Tytgat. “Door een niveauverschil in het terrein lag de oude onthaalruimte wat in de diepte, wat het een donker en besloten aanzicht gaf. Het nieuwe gebouw daarentegen is één en al licht en ruimte. Door de vele glaspartijen heb je van binnenuit een breed uitzicht op de buitenwereld. Het kunstwerk in de onthaalruimte, dat uit glas en lichtelementen gemaakt is, doet dan weer denken aan een haardvuur. Dat zorgt voor een warme, uitnodigende en gastvrije toets. Ook 's nachts blijft dat 'haardvuur' branden.”

“Binnen in de onthaalruimte is de inrichting sober, met veel glas en overwegend witte kleuren. Elementen uit hout, planten en de cognackleurige meubels zorgen, samen met het grote kunstwerk, voor de warme toets.”

“Voor de architecten was het geen sinecure om de nieuwbouw aan te sluiten op het oude kasteelgebouw. Sowieso moet je twee tijdperken, twee stijlen met elkaar zien te combineren. We hebben resoluut gekozen voor een hedendaagse architectuur, maar dan wel rekening houdend met de context. Het resultaat mag er zijn: oud en nieuw vloeken niet met elkaar, maar gaan mooi samen en versterken elkaar.”

“Nu de nieuwe onthaalruimte klaar is, gaan we de buitenaanleg verder afwerken. Verder zal dit jaar op het gebied van infrastructuur vooral in het teken staan van het Huis in de Stad op de Onze-Lieve-Vrouwmarkt in Roeselare. Eind 2014 wordt het Huis in de Stad, dat een laagdrempelige toegang tot de geestelijke gezondheidszorg wil vormen, opgeleverd en in gebruik genomen. De geestelijke gezondheidszorg staat niet stil en ook de infrastructuur moet zich blijven aanpassen aan de nieuwe inzichten en de noden en verwachtingen”, aldus nog Griet Tytgat.

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
- > *Psychozorg*
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

