

Open venster ¹⁹

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Ergotherapie voor mensen
met psychiatrische kwets-
baarheid



**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

*Geraakt door
mensen*

- 03 PRIT-samenwerking bouwt aan open forum
- 06 “Patiënt wapenen om zijn leven weer in handen te nemen”
- 11 Mobiel team krijgt positieve feedback uit Birmingham

Samen werken



Filip Deboutte

Dit nieuwe nummer is opnieuw een open venster op de groeiende samenwerking tussen verschillende partners in en buiten de geestelijke gezondheidszorg en tegelijk een focus op de intramurale activiteit.

De partners van het netwerk PRIT (Pittem-Roeselare-Izegem-Tielt) nemen samen het initiatief om gezamenlijk groepstherapieën aan te bieden. U zal lezen waarom dit een geweldige opportuniteit is.

De mobiele teams voor acute en voor langdurige zorg zijn op kruissnelheid gekomen, weliswaar in een noodgedwongen - bij gebrek aan bijkomende middelen – nog beperkt werkingsgebied. Het mobiel team voor langdurige zorg kreeg een positief rapport van professor Mervyn Morris uit Birmingham, die drie dagen met het team meeliep. Een bemoedigende opsteker voor het netwerk in het

algemeen en voor de medewerkers van het team in het bijzonder!

Ergotherapie is veel meer dan louter fysieke revalidatie. U zal lezen welke belangrijke rol ergotherapie voor de psychisch kwetsbare mens speelt en hoe deze doelgericht en op maat focust op zijn mogelijkheden en sterktes.

De eenheden volwassenen kortverblijf en psychosociale revalidatie worden uitvoerig in hun specificiteit aan u voorgesteld: hoe wordt de patiënt gewapend om zijn leven weer in handen te nemen? Hoe laten we de patiënt weer greep krijgen op zijn leven? U maakt kennis met het integratieve kader waarin ondermeer positieve psychologie, leefplannen, herstelvisie, mentalisation based therapy, dialectische gedragstherapie aan bod komen.

Ook hier is samenwerking met verschillende partners een feit.

Kliniek Sint-Jozef bouwt naarstig en met veel goesting mee aan de vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze zorg vernieuwen om te verbeteren kan alleen door er samen voor te werken.

Veel leesgenot.

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@sintjozefpittem.be

Inhoud

| | |
|---|----|
| Editoriaal | 2 |
| PRIT-samenwerking bouwt aan open forum | 3 |
| Ergotherapie voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid | 4 |
| Eenheid Volwassenen kortverblijf | 6 |
| Eenheid Psychosociale revalidatie | 8 |
| Boekbespreking: Carl Whitaker | 10 |
| Mobiel team krijgt positieve feedback uit Birmingham | 11 |
| Medisch en therapeutisch aanbod | 12 |

Nieuwe folders

Bij dit nummer van Open venster vindt u nieuwe informatiefolders van de eenheid Volwassenen kortverblijf en van de eenheid Psychosociale revalidatie. Beide eenheden werden vorig jaar gereorganiseerd en stellen zich graag aan u voor.

PRIT-samenwerking bouwt aan open forum

Partners uit het PRIT-netwerk bieden voortaan samen groepsactiviteiten aan. De regionale samenwerking zet hiermee opnieuw een flinke stap vooruit. Vooral de cliënten varen hier wel bij. Zij kunnen nu gebruik maken van een ruimer aanbod. Waar leemtes zijn, nemen de partners samen initiatieven om die op te vullen. Er komt vooral een ambulante groepsaanbod.

PRIT staat voor Pittem, Roeselare, Izegem en Tielt. Onder die naam verenigen zich alle hulpverleners en organisaties rond de geestelijke gezondheidszorg van de regio Midden West-Vlaanderen voor een samenwerking in het kader van 'artikel 107', dat de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen thuis wil brengen, op maat en afgestemd tussen de diverse partners. De mobiele teams zijn één van de meest zichtbare resultaten van deze samenwerking.

Organisaties bieden samen groepsactiviteiten aan

Met het nieuwe initiatief organiseren de netwerkpartners een aantal gemeenschappelijke activiteiten die openstaan voor alle cliënten van de regio.

“Dit is een geweldige opportuniteit voor alle betrokken organisaties”, zegt psycholoog Jan Callens, die de stuurgroep van de nieuwe samenwerking – waarvan de naam begin mei bekend wordt gemaakt – voorziet. “We kunnen voortaan nog meer dan vroeger een beroep doen op elkaars expertise. De patiënt krijgt toegang tot een breder en nog meer gefocust aanbod aan activiteiten. Een win-winsituatie voor iedereen!”

“De samenwerking binnen PRIT maakt veel mogelijk”, zegt ook afdelingshoofd Thomas Dhondt, die zorgt voor organisatorische ondersteuning. “In de stuurgroep zijn alle betrokken organisaties vertegenwoordigd door mensen van het werkveld. Zij kennen de noden en behoeften en beseffen heel goed dat we door complementair samen te werken zoveel meer kunnen bieden aan de patiënten.”

“Vandaag loopt al een groepstherapie voor jongeren, gezamenlijk geleid door een psychotherapeut van een CGG én van een psychiatrisch ziekenhuis. In het najaar organiseren we samen diverse groepstherapieën, waaronder hervalpreventie

voor middelenmisbruik, dialectische gedragstherapie en depressie binnen een familiecontext”, aldus Jan Callens.

“Op dit ogenblik werken we aan een centrale inschrijvingsmodule die op de website van PRIT komt”, vertelt Thomas Dhondt. “Alle professionele hulpverleners uit de regio – ook de huisartsen – zullen er een aanvraag kunnen doen om een cliënt in te schrijven voor een van de activiteiten. Deze activiteiten zullen op diverse locaties bij de deelnemende organisaties plaatsvinden, waarbij we bewust geregeld bij elkaar over de vloer zullen komen, wat de samenwerking nog meer zal bevorderen.”

“De activiteiten onder de vlag van PRIT zullen in de toekomst ook geïntegreerd worden in de zorgpaden die we gezamenlijk ontwikkelen. Een eerste zorgpad is uitgetekend voor alcoholmisbruik en hiervan zal de groepsactiviteit hervalpreventie alvast deel uitmaken. Binnenkort volgen nog andere zorgpaden, waaronder een zorgpad depressie”, aldus nog Jan Callens.



De PRIT-partners komen samen in een stuurgroep om leemtes in het activiteiten-aanbod op te sporen en samen initiatieven te nemen.

Ergotherapeute Isabel Delecluyse: “Het is de bedoeling om het aangeleerde te vertalen naar de thuissituatie. We richten de aandacht op het wonen, het werken, het huishouden, de vrije tijd en de sociale contacten.”



Ergotherapie bij fysieke revalidatie, dat klinkt evident. Maar ook in de psychiatrie speelt ‘ergo’ een belangrijke rol. Ergotherapeute Isabel Delecluyse werkt op verschillende eenheden en is dus uitstekend geplaatst om een woordje toelichting te geven.

Isabel Delecluyse werkt al 14 jaar op verschillende eenheden in Kliniek Sint-Jozef. “Het klopt dat ergotherapie eerder geassocieerd wordt met fysieke revalidatie”, zegt zij. “Iemand met een halfzijdige verlamming wordt geholpen door een ergotherapeut om bijvoorbeeld te leren eten met een bord met stootrand, om de trap op en af te lopen en om dagelijkse activiteiten in de thuissituatie in te oefenen. In de psychiatrie is de opdracht van de ergotherapeuten op het eerste gezicht minder afgelijnd. Toch richten ook wij ons op de zelfredzaamheid van de mensen thuis, op het werk en in hun vrije tijd. We focussen op de mogelijkheden en de sterktes van elke patiënt, zodat hij optimaal kan participeren in de maatschappij.”

“Ik werk momenteel op de eenheid Jeugd kortverblijf en de eenheid Jongvolwassenen, waar ik ergotherapie in groep geef en op indicatie soms ook individueel. Daarnaast ben

ik tien uur per week actief in @work, waar mensen voorbereid worden op een arbeidssituatie.”

Alles begint met observatie

“Aan het begin van een opname screenen wij de patiënten op hun functioneren in het dagelijkse leven tot voor de opname”, licht Isabel toe. “Dat gebeurt aan de hand van algemene vragen. We peilen naar de interesses, de vrijetijdsactiviteiten en de mobiliteit, maar ook naar het werktempo, de zelfstandigheid, orde en netheid, concentratie, perfectionisme, zelfvertrouwen, samenwerken met anderen, contact met leidinggevenden, doorzettingsvermogen, enzovoort.”

“Uit die eerste screening kunnen we al concrete kortetermijndoelstellingen op het gebied van ergotherapie opmaken. Bijvoorbeeld: iets meer structuur in het handelen krijgen, proberen om iets af te werken of in team werken.”

“Er worden ook vragen gesteld die eerder langetermijndoelstellingen opleveren. Die hebben te maken met de omgevingsfactoren: wonen, werken of school, en vrije tijd. Deze doelstellingen reiken verder dan louter ergotherapie en worden met het volledige team nagestreefd in het kader van resocialisatie.”

Eerste fase – actiegerichte benadering

“De ergotherapie zelf verloopt in twee fasen, die soms wat door elkaar kunnen lopen.

In een eerste fase staan het gewone functioneren, handelen en doen centraal. Deze zuiver actiegerichte benadering onderscheidt ergotherapie van de andere therapieën. Wij creëren hiervoor (kunstmatige) oefenomgevingen, zoals een atelier, een keuken of een living. De therapeut kijkt in eerste instantie toe hoe de patiënt een bepaalde activiteit uitvoert. De activiteit is niet enkel een doel op zich, maar vaak ook een middel om tot een doel te komen – bijvoorbeeld zelfredzaamheid.”

“In de volgende ergotherapiesessies wordt de patiënt gevraagd om iets te doen, om te ‘werken’. Dat gebeurt met veilige, duidelijke en laagdrempelige activiteiten, zoals het inkleu-

“Ergotherapie stelt het dagelijkse functioneren centraal”

ren van mandala's, figuurzagen of creatieve activiteiten met klei of papier maché.

Ook meer technische activiteiten zoals naaien met de naaimachine en houtbewerking kunnen aan bod komen.”
“De ergotherapeut blijft de patiënt observeren, zodat we weten hoe de persoon in de activiteit staat en in zijn relatie met de andere groepsleden en met de therapeut. De therapeut is in deze eerste fase erg ontvankelijk, ondersteunend en zorgend, tot er een band en een zekere basisveiligheid is opgebouwd. Er is ruimte om te experimenteren en om verschillende ervaringen op te doen. We werken op thema's als stiptheid, sociaal contact, zelfbeeld, mogelijkheden en beperkingen... De patiënten worden gestimuleerd om na te denken over hun eigen handelen. Dit gebeurt meestal tijdens het handelen zelf.”

Tweede fase - doelgerichte aanpak

“In een tweede fase gaan we meer doelgericht werken. We gaan in tegen regressie of passiviteit en stimuleren activiteit. De therapeut is in deze fase minder ontvankelijk, minder steunend en meer confronterend. Hij is directiever en vraagt aan de patiënten om actief te zijn. Waar dat aangewezen is, kunnen we de patiënt verwijzen naar nog meer specifieke doe-therapieën zoals @work.”
“Het is nu ook de bedoeling om het aangeleerde te vertalen naar de thuissituatie. We richten de aandacht op het wonen, het werken, het huishouden, de vrije tijd en de sociale contacten. Waar zitten de knelpunten om goed te functioneren in het dagelijkse leven? Wat wil de patiënt? Daarmee houden we zoveel mogelijk rekening.”

“De screening bij de opname en de observaties tijdens de ergotherapie

helpen ons om, samen met de patiënt, doelstellingen te bepalen. Als een patiënt erg chaotisch werkt tijdens de ergotherapie, dan leggen wij de link naar zijn huishouden: loopt dat ook zo ongestructureerd? Als er autoriteitsconflicten zijn tijdens de ergotherapie: zijn die er ook op het werk? Dan kunnen we daar concreet op werken. Het afnemen van een assessment zoals de 'Mechelse activiteitschaal' (MAS), kan hierbij ook helpen. Met de resultaten van de MAS kunnen we duidelijk en concreet het functioneren van een patiënt evalueren tegenover een referentiegroep.”

“De therapeut begeleidt de patiënt ook bij het zoeken naar een zinvolle en boeiende tijdsinvulling na zijn ontslag. Het dagelijkse functioneren staat centraal. De ergotherapeut heeft hier ondertussen een goed zicht op, omdat hij de mensen heeft geobserveerd. De praktische afspraken worden verder opgenomen door een maatschappelijk assistent, waarmee wij goed samenwerken”, zegt Isabel.

Op maat per doelgroep

“Natuurlijk ziet ergotherapie voor jongeren er anders uit dan voor volwassenen of oudere mensen. Elke doelgroep krijgt een programma op maat en binnen elke doelgroep gaan we verder diversifiëren.”

“In de eenheid Jeugd kortverblijf geef ik bijvoorbeeld elke week 70 minuten ergotherapie aan een groep van een tiental jongeren van 14 tot 18 jaar. Af en toe is er ook individuele begeleiding op indicatie. De activiteiten hier zijn meestal eenvoudige creatieve opdrachten, zoals het maken van een sleutelhanger, vriendschapsbandjes, een tekening op papier of doek,... De doelstelling is louter observeren en een lichte sturing van hun handelen en functioneren in functie van een

diagnosestelling of een advies aan de school.

“In de eenheid Jongvolwassenen van 18 tot 25 jaar staat elke week 4 uur ergotherapie op het programma. Hier kunnen we intensiever en meer behandelingsgericht werken. Veel van deze jongvolwassenen zijn op zoek naar een eigen identiteit, ook in hun dagelijkse functioneren, wat de link vormt naar de ergotherapie.”

“Het programma @work richt zich dan weer tot mensen van binnen én buiten het ziekenhuis. Binnen het ziekenhuis kunnen er patiënten van alle afdelingen op indicatie komen. Van buiten het ziekenhuis worden de mensen doorverwezen door instanties zoals de VDAB, de mobiele teams of de psychiatrische thuiszorg. De meesten zijn volwassenen en volgen een programma van maximum 10 uur per week, verspreid over 4 dagdelen. Hier is alles gericht op de werksituatie. Het einddoel van @work is arbeidsre-integratie.”

“Cliënten voeren een activiteit uit, leren verantwoordelijkheid te dragen en hebben aandacht voor de kwaliteit van het geleverde werk. Wijzelf als therapeuten stellen ons op als werkgever, maar we blijven natuurlijk therapeuten. We steunen de mensen, stimuleren ze en houden ze een spiegel voor van hun eigen functioneren.”

“Voor elke doelgroep in de psychiatrie streeft de ergotherapie, samen met de andere disciplines binnen het team, heel gerichte en specifieke doelstellingen na. Ergotherapie is veel ruimer dan louter fysieke revalidatie. Het gaat om het dagelijks functioneren van mensen, ook in het geval van een psychiatrische kwetsbaarheid”, aldus nog Isabel Delecluyse.

Voor meer informatie over @work, zie ook pagina 8-9.

“Patiënt wapenen om zijn leven weer in handen te nemen”

Acht weken duurt een behandeling in de eenheid Volwassenen kortverblijf doorgaans. “Hiermee zijn niet alle problemen opgelost, maar binnen die periode kunnen patiënten vaak weer op het goede spoor belanden”, zegt psycholoog Jan Callens.

“De doelgroep van de eenheid Volwassenen kortverblijf is heel divers”, zegt dr. Sofie Muylaert. “Globaal genomen helpen wij personen met algemeen psychiatrische problemen zoals aanpassingsstoornissen, angstgevoelens of stemmingsstoornissen. Het gaat om mensen met een korte ziektegeschiedenis die geen of weinig opnames gekend hebben en in de meeste gevallen een context of netwerk hebben waar ze na de opname kunnen op terugvallen: volwassenen van 18 tot 60 jaar die op één of andere manier even uit balans zijn en belemmerd zijn in hun functioneren. Voor wie ambulante hulp dan niet meer volstaat, kan een korte opname van maximum acht weken oplossing brengen. Ook mensen die een behandeling kregen op een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) kunnen indien nodig bij ons terecht voor een vervolgbehandeling.”

“Wij werken bewust zowel op de klachten als op de krachten van de mensen”, vult psycholoog Jan Callens aan. “Met een zorgvuldige observatie en een assessment krijgen we zicht op de problematiek. Na de diagnosestelling bepalen wij in overleg met de patiënt haalbare en realistische doelstellingen. In acht weken tijd kunnen wij uiteraard niet alle problemen oplossen. We streven er wel naar om de patiënt tijdens zijn opname op het goede spoor te zetten, om hem te wapenen zodat hij zijn leven weer in handen kan nemen.”

“Ook psycho-educatie is een belangrijk element”, zegt afdelingshoofd

Thomas Dhondt. “Als de patiënt inzicht heeft in zijn problematiek én de mogelijke oplossingen, staat hij meteen een stuk sterker. Ook de familie wordt hierbij betrokken, want na de korte opname keert de patiënt immers terug naar zijn thuiscontext om ook binnen het gezin de draad van zijn leven weer op te nemen.”

Integratief kader

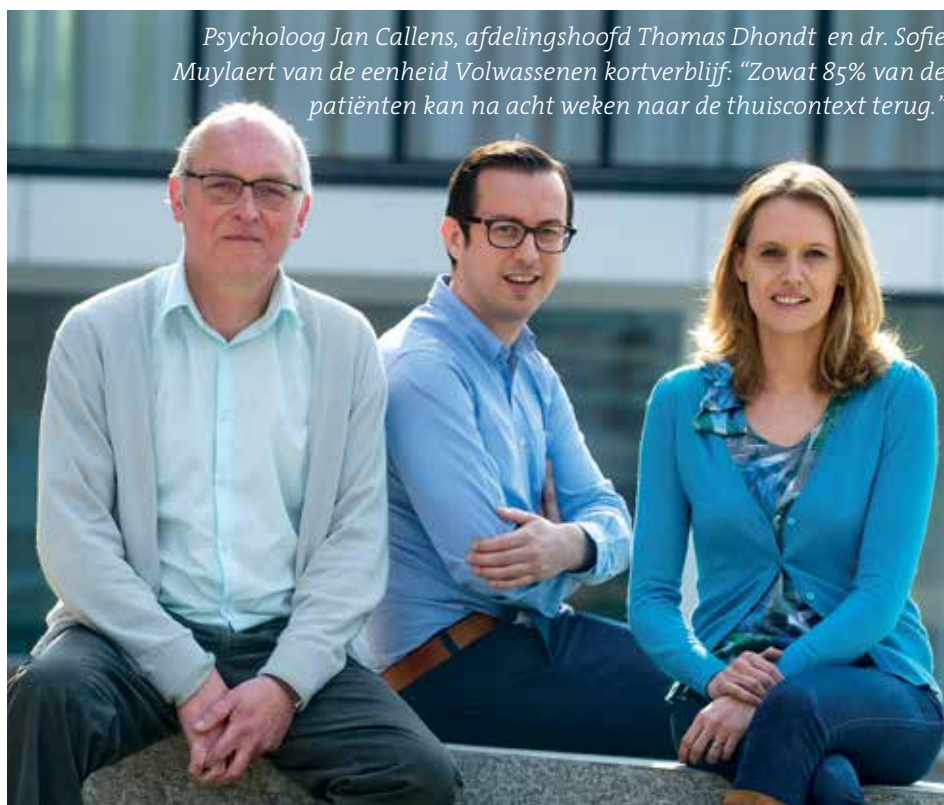
“De behandeling steunt op twee pijlers: een medisch-psychiatrische pijler en psychotherapie. Medicatie en soms ook ECT (elektroconvulsie therapie) zijn nodig, maar psychotherapie is minstens even belangrijk”, weet Jan Callens. “We werken in een ‘integratief kader’ met elementen uit verschillende psychotherapeutische scholen. De groepstherapie is bijvoorbeeld psychodynamisch van opzet, terwijl de ‘gedachtenrapporten’ plaatsvinden in een cognitief-gedragstherapeutisch kader. In dat laatste geval brengen we samen met de patiënt de gedachtenautomatismen in kaart die hem het leven moeilijk maken en proberen we te achterhalen hoe die ontstaan zijn,

zodat de patiënt ze leert beheersen en bijsturen.”

“Het behandelprogramma wordt op maat van elke individuele patiënt uitgestippeld”, zegt Thomas Dhondt. “We combineren verbale en non-verbale therapieën en bieden ook activiteiten aan die erop gericht zijn intrinsieke mogelijkheden en interesses bij de patiënt te herontdekken of uit te bouwen. Dat kan bijvoorbeeld met beeldende of dansexpressie, huishoudtherapie, ontspanning, beweging en sportactiviteiten.”

“Bovendien werken we nauw samen met partners uit diverse netwerken, bijvoorbeeld voor ambulante opvolging in een centrum geestelijke gezondheidszorg (CGG) of door het mobiel team, of voor begeleiding of follow-up door een externe psychiater. Zowat 85% van de patiënten kan na acht weken naar de thuiscontext terug”, vertelt dr. Sofie Muylaert. “Een kleine 15% heeft na het korte behandelprogramma nood aan verdere gespecialiseerde hulp. Dat kan via een interne of een externe doorverwijzing.”

Psycholoog Jan Callens, afdelingshoofd Thomas Dhondt en dr. Sofie Muylaert van de eenheid Volwassenen kortverblijf: “Zowat 85% van de patiënten kan na acht weken naar de thuiscontext terug.”



Stilstaan bij eigen gedachten en gevoelens

“Mentalisation based therapy’ (MBT) is een geleerde naam voor in wezen iets heel alledaags, met name de mogelijkheid om stil te staan bij de eigen gedachten en gevoelens”, verklaart Simon Vanbecelaere. “Vooral in stresssituaties slagen we daar niet altijd in. Wie zich bijvoorbeeld onzeker voelt en een zaal binnenkomt vol met mensen die zich naar hem om draaien en hem aankijken, zal zich allicht afvragen wat hij verkeerd gedaan heeft. Dat is een reactie uit onzekerheid. Daarmee gaan we aan de slag met oefeningen en opdrachten. We ontdekken de eigen gevoelens en gedachten. We leren dat in één en dezelfde situatie gedachten en gevoelens sterk kunnen verschillen. Denk maar aan de uiteenlopende manieren waarop mensen een lied interpreteren.”

“De therapie vindt in groep plaats. We vertrekken telkens vanuit een ambigue prikkel, bijvoorbeeld een prent, een liedje, een verhaal...: elke patiënt gaat na welke gevoelens en gedachten die prikkel bij hem oproept. Daarna spreken we daarover in de groep. Wat bij de ene patiënt positieve gevoelens teweegbrengt, kan bij een andere patiënt negatieve gevoelens stimuleren. Hoe komt dat en wat betekent dat? Welke eerdere ervaringen kunnen hierbij van invloed zijn? Die vragen staan centraal in MBT.”

Patiënten leren van elkaar

“MBT houdt overigens niet op bij dat ene uurtje groepsessie per week. MBT is een voortdurend aandachtspunt van het hele team, met terugkoppeling naar de patiënt. Soms is dat confronterend voor de patiënt. Als iemand een slechte dag heeft, kleurt dat zijn gedachten en interpretaties. We moeten ons daar bewust van worden, zodat we er iets aan kunnen doen. Patiënten leren ook van elkaar. Ze merken hoe ze verschillend tegen de dingen aankijken en praten daarover verder met elkaar. Op die manier komt er soms onbedoeld ook een stukje psycho-educatie aan te pas”, zegt Simon Vanbecelaere.

Positieve psychologie focust op krachten

“De positieve psychologie is recent”, vertelt psychologe Kelly Hoebeke. “Grondlegger ervan is Martin Seligman. Tot dan waren therapieën vooral gericht op het elimineren van klachten. Seligman wees erop dat we ook de krachten van patiënten kunnen versterken. We concentreren ons dus niet langer uitsluitend op wat verkeerd loopt, maar ook op wat er nog goed gaat. We stimuleren patiënten om terugvoeling te krijgen met hun sterktes en we leren ze deze sterktes terug in te zetten. Op die manier versterken we hun identiteit, zelfwaarde en zelfvertrouwen.”

“Positieve psychologie is geen alternatief voor andere therapieën, maar werkt complementair. Beide invalshoeken zijn nodig en versterken elkaar.”

“De sessies zijn opgebouwd uit groepsgesprekken, psycho-educatie en oefeningen. Tien thema’s staan

voorop, waaronder hoop, dankbaarheid (ondanks alles) en verbondenheid. Wie zich slecht voelt, heeft vaak geen oog meer voor de verbondenheid met andere mensen, terwijl die er wel degelijk nog is.”

Een goed gevoel

“Omdat de positieve psychologie nog vrij jong is, is de literatuur erover nog beperkt. Maar de praktijk toont dat ze werkt. Met oefeningen en opdrachten geven wij mensen handvatten om het hoofd niet te snel te laten hangen. Zowel tijdens de behandeling als erna kunnen patiënten hierop terugvallen. Elke patiënt kiest er zijn eigen middeltjes uit die werken. De ene kiest ervoor om een positieve uitspraak over zichzelf op zijn spiegel te kleven, zodat hij daar elke ochtend nog eens aan herinnerd wordt. Iemand anders heeft er meer aan om ’s avonds bewust de positieve gevoelens en gebeurtenissen van die dag te overlopen. Het zit hem vaak in kleine dingen, die voor de patiënt een wereld van verschil kunnen maken”, aldus nog Kelly Hoebeke.

Patiëntenparticipatie krijgt vorm

“Wij betrekken de patiënt zoveel mogelijk”, weet bachelor in de toegepaste psychologie Simon Vanbecelaere. “Vroeger was de zorg meer paternalistisch: de kennis zat bij de zorgverlener en de patiënt hoefde maar te volgen. Daar zijn we van afgestapt. De patiënt heeft zoveel mogelijk zelf de regie over zijn behandeling.”

“De therapeutische verantwoordelijkheid blijft bij de zorgverlener, maar wij gaan samen met de patiënt aan de slag, onder meer met spiegelgesprekken. Patiënten kunnen hier vrijblijvend aan deelnemen. Het geeft hen de kans om in groep feedback te geven over hun opname. Zo werd het onthaal van de patiënt bij een opname bijgestuurd op basis van de feedback. Elke patiënt krijgt nu een meter of een peter, de informatie wordt beter gespreid en de patiënten hebben zelf een bundeltje met praktische info samengesteld. De patiënten kunnen ook hun stem laten horen op beleidsniveau. Enkele

keren per jaar brengen ze een synthese van de spiegelgesprekken op de stafvergadering.”

Stem van de patiënt op teambespreking

“We streven ernaar om de patiënt ook te betrekken bij de teambesprekingen. Vandaag gebeurt dat nog indirect via een werkbundel. In die bundel kan de patiënt zijn persoonlijke doelen optekenen en aan zelfevaluatie doen. Zo kunnen we de stem van de patiënt meenemen naar de teambespreking. Aan de hand van zijn doelstellingen én die van het team, proberen we tot gemeenschappelijke doelstellingen en een behandelplan te komen. Tijdens een nabespreking met de patiënt wordt nogmaals getoetst of die zich in dit behandelplan kan vinden en of we gemeenschappelijke doelen voor ogen houden. In de nabije toekomst zullen patiënten, als ze dat wensen, ook aan hun teamvergadering kunnen participeren”, zegt Simon Vanbecelaere.

Mensen weer greep laten krijgen op hun leven

De eenheid Psychosociale revalidatie werkt zowel met de draagkracht als met de draaglast van patiënten. Psychische en sociale weerbaarheid, een hogere zelfredzaamheid en het opnemen van een betekenisvolle maatschappelijke rol staan centraal.

“Mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid botsen soms op barrières die het hen moeilijk maken op het werk, in sociale contacten, in hun vrije tijd of hun woonsituatie. Hun vaardigheden hebben een deuk gekregen of zijn onvoldoende ontwikkeld. Patiënten die gemotiveerd zijn om hieraan te werken, kunnen terecht in de eenheid Psychosociale revalidatie”, schetst dr. Sofie Muylaert. “De behandeling heeft zin als de patiënt min of meer stabiel is, niet in acute situaties. De meeste verwijzingen komen vanuit een PAAZ, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De patiënten hebben meestal concrete vragen of doelstellingen die ze willen realiseren, met de focus op resocialisatie, rehabilitatie en herstel.”

Toekomstgericht

“De behandeling heeft een dubbele insteek: psychotherapeutisch enerzijds en resocialiserend anderzijds”, vertelt psycholoog Jan Callens. “De psychotherapie is vooral toekomstgericht. We stimuleren vaardigheden en talenten bij de patiënt, met als doel crisissen te voorkomen en weer greep te krijgen op de problemen en op het eigen leven. Met de resocialisatie willen we op een zinvolle en haalbare manier werken aan de maatschappelijke inbedding van de patiënt. Het gaat dan om domeinen als zelfzorg, relaties, wonen, werken, vrije tijd, enzovoort.”

“Wat het verpleegkundige aspect betreft, streven we naar een herstelondersteunend klimaat en een ‘presente houding’, licht afdelings-

hoofd Thomas Dhondt toe. “We zoeken zo goed mogelijk aansluiting bij de zorgvrager. Waar nodig denken we echt out-of-the-box. We brengen bijvoorbeeld een huisbezoek en verkennen de omgeving van de patiënt, zodat we heel dicht bij zijn context komen en met die elementen concreet aan de slag kunnen. Een aanpak op maat dus.”

Partners

De eenheid Psychosociale revalidatie werkt samen met diverse partners. “Het mobiel team voor langdurige zorg volgt de patiënten vaak verder

op. Ook dagactiviteitencentra en tewerkstellingsorganisaties zijn vaste partners. Wekelijks hebben we overleg met tal van organisaties. De eenheid Psychosociale revalidatie is in die zin een schakel in een keten van zorg, gericht op een specifiek groei-proces voor de patiënt”, aldus Thomas Dhondt.

“Door het veelvuldige overleg groeit ook de onderlinge afstemming”, beaamt Jan Callens. “Elke hulpverlener voelt zich betrokken en de patiënt krijgt de zorg die hij op een bepaald moment nodig heeft. Is er een stabiele periode, dan volstaat begeleiding door het mobiel team. Is er een opflakking van de problematiek, dan kan het ziekenhuis ingeschakeld worden. Hiermee realiseren we, samen met diverse partners, een goede continuïteit van zorg.”



Eén van de belangrijke domeinen voor de eenheid Psychosociale revalidatie, is arbeid. In verschillende ateliers kunnen patiënten onder leiding van ergotherapeuten hun talenten (her)ontdekken en ontwikkelen. Op de foto ergotherapeut Stefaan Derijcke. (Zie kaderstuk).

Leefplan centraal in herstelvisie

“De herstelvisie is een cruciaal element in de psychosociale revalidatie”, zegt psychiatisch verpleegkundige Steven Dequae. “Het gaat over hoop en geloof in verandering, over empowerment en het werken met de krachten en de talenten van de patiënt. Het leefplan reikt de patiënt hiervoor de nodige instrumenten aan. Met het leefplan ontdekken patiënten zichzelf: wat heb ik, wat wil ik, wat mis ik,... De eigen identiteit en waarden worden expliciet gemaakt. Zo krijgen de patiënten controle over het eigen leven.”

“Standaardoplossingen bestaan niet. Elke patiënt heeft zijn eigen verhaal. Daarom geven wij de patiënt zoveel mogelijk inspraak in de behandeling en de doelstellingen die we samen nastreven. Het leefplan is hierbij de rode draad tijdens de behandeling, maar ook voor als de patiënt terug thuis is.”

“De patiënt stelt zoveel mogelijk zelf zijn leefplan samen, waar nodig met enige begeleiding. Het denken hierover verhoogt het zelfinzicht en het geloof in de eigen mogelijkheden. Uiteraard komt het verleden aan bod, maar het leefplan is vooral toch toekomstgericht.”

Domeinen van het leefplan

“Vijf domeinen komen aan bod in het leefplan: de persoonlijke leefstijl, de contacten van de patiënt, zijn activiteiten, zijn gezondheid en zijn omgeving”, licht Steven Dequae toe. “Zowat elk knelpunt en elke oplossing kun je bij één of meer van deze domeinen onderbrengen. Ze zijn onderling sterk verbonden: de omgeving waarin je leeft, bepaalt voor een stuk ook de kans op contacten.”

“In het domein gezondheid hebben we het onder meer over de medicatie. Ook hierin wordt de patiënt meer betrokken. Het paternalisme van vroeger leidde dikwijls tot een lage therapietrouw; door de medicatie met de patiënt te bespreken, te duiden en hem hiervoor te motiveren, kunnen we de medicatietrouw verhogen.”

“Dankzij het leefplan krijgt het volledige therapieprogramma meer samenhang. Ook dat verhoogt het inzicht en de betrokkenheid van de patiënt”, besluit Steven Dequae.

@work laat patiënten vaardigheden ontdekken en oefenen

“@work is een behandelmodule die de focus legt op tewerkstelling”, vertelt ergotherapeut Stefaan Derijcke. “Veel patiënten kampen met onzekerheid over hun kansen op de arbeidsmarkt. Sommige mensen van 25 à 30 jaar hebben alleen nog maar negatieve werkervaringen: ze geraken moeilijk aan een job, slagen er niet in om die te houden en modderen maar wat aan. Andere mensen hebben wel al een goede werkervaring, maar door een psychiatrische ziekte komt hun job op de helling te staan. ‘Zal ik mijn job nog kunnen uitoefenen’, vragen die patiënten zich af. Nog anderen weten dat ze voor keuzes staan. Ze hebben bijvoorbeeld nooit kunnen studeren wat ze echt wilden en beseffen: het is nu of nooit.”

“Met @work presenteren we een ervaringsgericht aanbod. We hebben hiervoor verschillende werkcateliers: houtbewerking, informatica, een fietsenherstelplaats, een was- en strijkatelier, een moestuin... De patiënten kiezen zelf het werkcatelier van hun

voorkeur. We spelen zoveel mogelijk in op concrete vragen en wensen.”

Samenwerking met partners

“We bieden mensen de kans om vaardigheden te oefenen. Voor een eventuele volgende stap – bijvoorbeeld een beroepsopleiding – verwijzen wij naar onze partners: de VDAB, de GTB (Gespecialiseerde Trajectbegeleiding) en het Jobcentrum West-Vlaanderen. Het begeleidingsteam kan ook beslissen om een patiënt in contact te brengen met de arbeidszorg of een beschutte werkplaats.”

“Het gaat bij @work niet alleen om het werk. Minstens zo belangrijk is het verwerven van inzicht. @work is ook een vorm van psychologische begeleiding. Door aan het werk te gaan, groeit het zelfvertrouwen en ontdekken patiënten hun talenten. Dat is belangrijker dan een mooi nachtkastje timmeren. Het gaat ook over attitudes, over de manier waarop je in het leven staat”, aldus Stefaan Derijcke.

Dialectische gedragstherapie is accepteren én veranderen

“Dialectische gedragstherapie (DGT) is een model ontwikkeld door Marsha Linehan.

‘Gedragstherapie’ betekent dat we focussen op het hier en nu, op onze manier van denken, voelen en spreken en op hoe we omgaan met problemen. ‘Dialectisch’ wijst erop dat we een evenwicht nastreven tussen verandering en acceptatie. Accepteren dat er een probleem is, is een eerste stap naar verandering”, zegt psychiatisch verpleegkundige Annemie Dupon.

Een kwestie van keuzes

“We werken met vier modules. De basismodule is de ‘kernoplettendheid vaardigheid’. Hiermee start alles. Het gaat erom dat patiënten zich bewust worden van wat ze doen en wie ze zijn. Vergelijk het met mindfulness: oordeelvrij in het leven staan, één ding tegelijk aanpakken, effectief zijn. Het wat en het hoe staan centraal. Hierop kunnen we dan voortbouwen.”

“De tweede module gaat dieper in op crisisvaardigheden. Mindfulness in tijden van crisis, als het ware. Wij proberen overlevingsvaardigheden aan te reiken door te accepteren én te handelen vanuit een crisisplan. Dat plan somt voor de patiënt op waarop hij terug kan vallen in een crisis. Bijvoorbeeld: afleiding zoeken door een activiteit te doen, bewust genieten van een kopje koffie, je vijf minuten op positieve dingen concentreren...”

“De derde module focust op intermenselijke vaardigheden: op de relatie met jezelf en met anderen. Wij tonen dat het onderhouden van relaties een kwestie van keuzes is: een keuze voor de relatie, voor de eigen doelen of voor zelfrespect. We leren de patiënt dat de drie opties wel degelijk samen kunnen gaan als je voldoende assertief bent.”

“De vierde module, ten slotte, gaat over emotieregulatie. Veel mensen liggen in de knoop met hun emoties. Door een beter begrip van hun gevoelens kunnen ze leren ermee om te gaan en zo hun emotioneel lijden te verminderen”, aldus nog Annemie Dupon.

De rijkdom van een oude meester

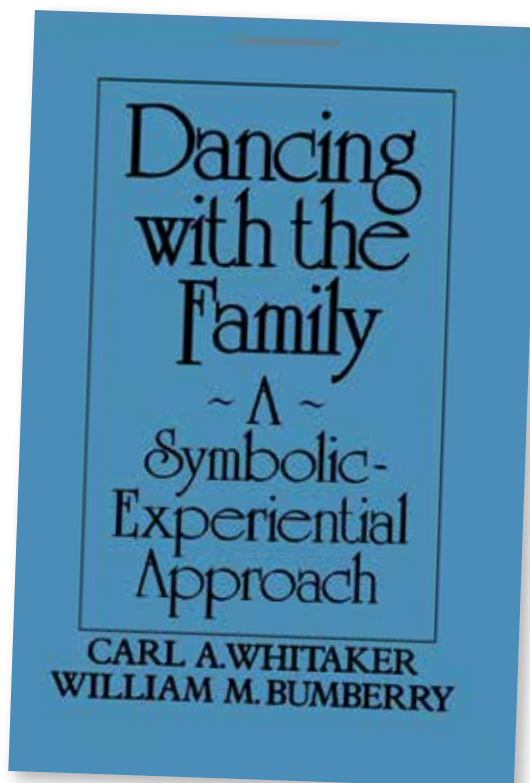
Het werk van veel pioniers en 'oude meesters' wordt door velen geciteerd, maar slechts door weinigen gelezen. Om hun wijsheid terug van onder het stof te halen moeten we hun boeken opnieuw ter hand nemen. In deze boekbespreking laat ik u alvast graag proeven van de rijkdom van een oude meester: Carl Whitaker.

Carl Whitaker (1912-1995) is de grondlegger van de experiëntieel/symbolische gezinstherapie. Door zijn unieke kijk en gedurfde uitspraken wordt hij wel eens als het 'enfant terrible' van de gezinstherapie beschouwd. Whitaker moedigt de systeemtherapeut aan om een eigen unieke stijl te ontwikkelen. Zijn theorie is immers dat alle theorieën destructief zijn.

In 'Dancing with the family' (1988) komt zijn respect en liefde voor het gezin tot uiting.

In het eerste hoofdstuk omschrijft hij het proces van 'joinen', herkaderen en verbreden van het symptoom. Het eerste uur van een gezinsgesprek draait niet om een soort onthullende pornografie van een steriel beoordelingsinterview, het is veeleer een 'leren dansen'.

In het begin is het gezin defensief en gesloten, maar als de therapeut invoegt en 'joint' beginnen de gezinsleden hem als een echte persoon te zien en dan kan de dans beginnen. Hierbij is Whitaker vaak heel persoonlijk. Hij benadrukt het duale proces, het meest kritieke aspect van de verandering. Hij gebruikt de natuurlijke angst en het gevecht tussen verbondenheid en afstand als context voor de therapie. Volgens Whitaker moet het proces in de gezinstherapie gericht zijn op het verhogen van de



angst in plaats van die te vermijden of te onderdrukken.

De therapeut als 'nobody'

Het tweede hoofdstuk stelt de persoon van de therapeut (net niet) centraal. Whitaker gelooft niet in het individuele: we zijn allemaal fragmenten van families die rond drijven, proberen om het leven te leven. Het intrapsychisch proces ziet hij dan ook als een poging om het leven te simplificeren, voorbijgaand aan de complexe realiteit. Herstelgericht werken avant la lettre komt meermaals aan bod in het boek: 'Hoe meer de therapeut het gevoel heeft verantwoordelijkheid te moeten nemen voor een cliënt, hoe minder hij gelooft in de bekwaamheden van zijn cliënt'. Hij heeft geen ambitie om een gezinslid te worden. De therapeut moet een 'nobody' worden en het gezin een 'somebody'. Hij laat ook de dichotomie tussen de gezonde therapeut en de zieke cliënt vallen.

In het hoofdstuk rond symbolisch experiëntieel werken laat hij de kracht van de verwarring zien om de vaste patronen van het gezin te doorbreken. Als er geen verwarring komt, dan kan er geen verandering intreden en dan blijven de wortels verdiepen en gaat het leven door terwijl het 'echt leven' doodgaat. Een zich kinderlijk gedragende echtgenoot krijgt dan van Whitaker de reactie 'ik mis mijn mama ook!'. Hij probeert hiermee te zaaien in het onbewuste. Als de grond vruchtbaar is en het zaadje sterk genoeg, kan het wortelen en groeien. Maar de oogst is voor het gezin. Hij beschouwt trouwens zijn gedachten als evenveel eigendom van hem als van het gezin.

De volgende hoofdstukken diepen het voorgaande verder uit. Ze zijn doorspekt met transcripties van gezinsgesprekken. Ook hier neemt Whitaker geen blad voor de mond en spreekt hij met kracht en duidelijkheid om het gezin een 'somebody' te laten worden. Een gezin gaat aan de slag met zachte knuppels om de gezinsleden te laten spreken over agressie. Hij motiveert de gezinsleden om echt te zijn en uit 'het zieke' te stappen.

Het enfant terrible Whitaker heeft alleszins mijn aandacht gegrepen in dit boek. Whitaker zaait ook bij de lezer; nu nog afwachten of de grond vruchtbaar genoeg is. Het zaadje mist alleszins niet de kracht om een heuse plant te kunnen worden...

Mieke Hoste

Dancing with the family, A Symbolic-Experiential approach. Carl Whitaker & William M. Bumberry, 1988. Routledge.

Mobiel team krijgt positieve feedback

Het PRIT-netwerk kreeg begin maart hoog bezoek. Prof. Mervyn Morris van het Centre for Community Mental Health van de universiteit van Birmingham kwam enkele dagen meelopen met het mobiel team voor langdurige zorg. In mei volgt nogmaals bezoek uit Birmingham. Dan komt Kevin Heffernan kennismaken met het mobiel team voor acute zorg.

De bezoeken uit Birmingham kaden in de ondersteuning en begeleiding vanuit de overheid bij het opstarten van de beide soorten mobiele teams. Prof. Mervyn Morris heeft al vele jaren ervaring met de organisatie en werking van een mobiel team voor langdurige zorg in Engeland. Ook al kun je het National Health System (NHS) van Engeland niet vergelijken met onze gezondheidszorg, toch is het bezoek van een internationaal expert boeiend en leerrijk. Dat vinden ook Pieter Vierstraete, coördinator van vzw Samenspel en lid van de stuurgroep van PRIT, en Henk Wylin, hoofd van de mobiele teams van PRIT.

Samenwerking eerste lijn

“Prof. Morris was erg positief over de manier waarop we het mobiel team voor langdurige zorg uitbouwen”, zegt Pieter Vierstraete. “Het meest opvallende verschil met de

situatie in Engeland is de samenwerking met de eerste lijn, die in Birmingham erg sterk uitgebouwd is en zo nog meer ondersteuning kan bieden aan de mobiele teams. Veel cliënten van het mobiel team hebben ‘low intensive care’ nodig. De mobiele teams zouden zich in principe vooral moeten kunnen toelagen op een veranderingsgerichte aanpak, met een ondersteuning van een laagdrempelig aanbod vanuit de eerste lijn. Ook centra geestelijke gezondheidszorg, centra voor dagbesteding en arbeidszorg kunnen hierin een grote rol spelen. Als deze ondersteuning vanuit de eerste lijn niet optimaal is, dan dreigt het mobiel team te intensief bezig te blijven met cliënten en zijn oorspronkelijke doel voorbij te schieten. Het is cruciaal dat het mobiel team voor langdurige zorg stevig ingebed is in een sterk netwerk van eerstelijnszorg.”

“Prof. Morris is drie dagen mee op pad geweest met het mobiel team voor langdurige zorg”, vertelt Henk Wylin. “Het is boeiend een deskundige met een kritische bril naar je werking te laten kijken. Prof. Morris was positief over de teamsamenstelling en over het herstelplan dat we hanteren. Hij adviseerde ons om nog nauwer samen te werken met de context van de client en de disciplinespecifieke inbreng nog te versterken. Deze feedback was ten dele een bevestiging van onze eerder gemaakte analyse, wat onze ideeën om de werking van het langdurig team te verfijnen in een stroomversnelling bracht. Concreet betekent dit dat we op 7 april van start gaan met een vernieuwde werking, met meer oog voor intensieve cliëntzorg met zijn context en teamzorg, geïntegreerd in een structurele FACT-werking – een ‘functional assertive community treatment’.”

“Wellicht in het najaar gaan we met de steun van de overheid met een afvaardiging van PRIT op tegenbezoek in Birmingham”, zegt Henk Wylin. “Zo kunnen we ter plekke leren hoe zij de mobiele teams organiseren. En op 19 en 20 mei ontvangen wij Kevin Heffernan. Hij is een expert in mobiele teams voor acute zorg. Wij kijken er al naar uit.”



Begin maart kwam prof. Mervyn Morris uit Birmingham enkele dagen meelopen met het mobiel team voor langdurige zorg van het PRIT-netwerk.

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 Pittem | Tel. 051 46 70 41 | Fax 051 46 70 46
info@sintjozefpitem.be | www.sintjozefpitem.be

Check onze
nieuwe website.
Online half mei 2014.
www.sintjozefpitem.be