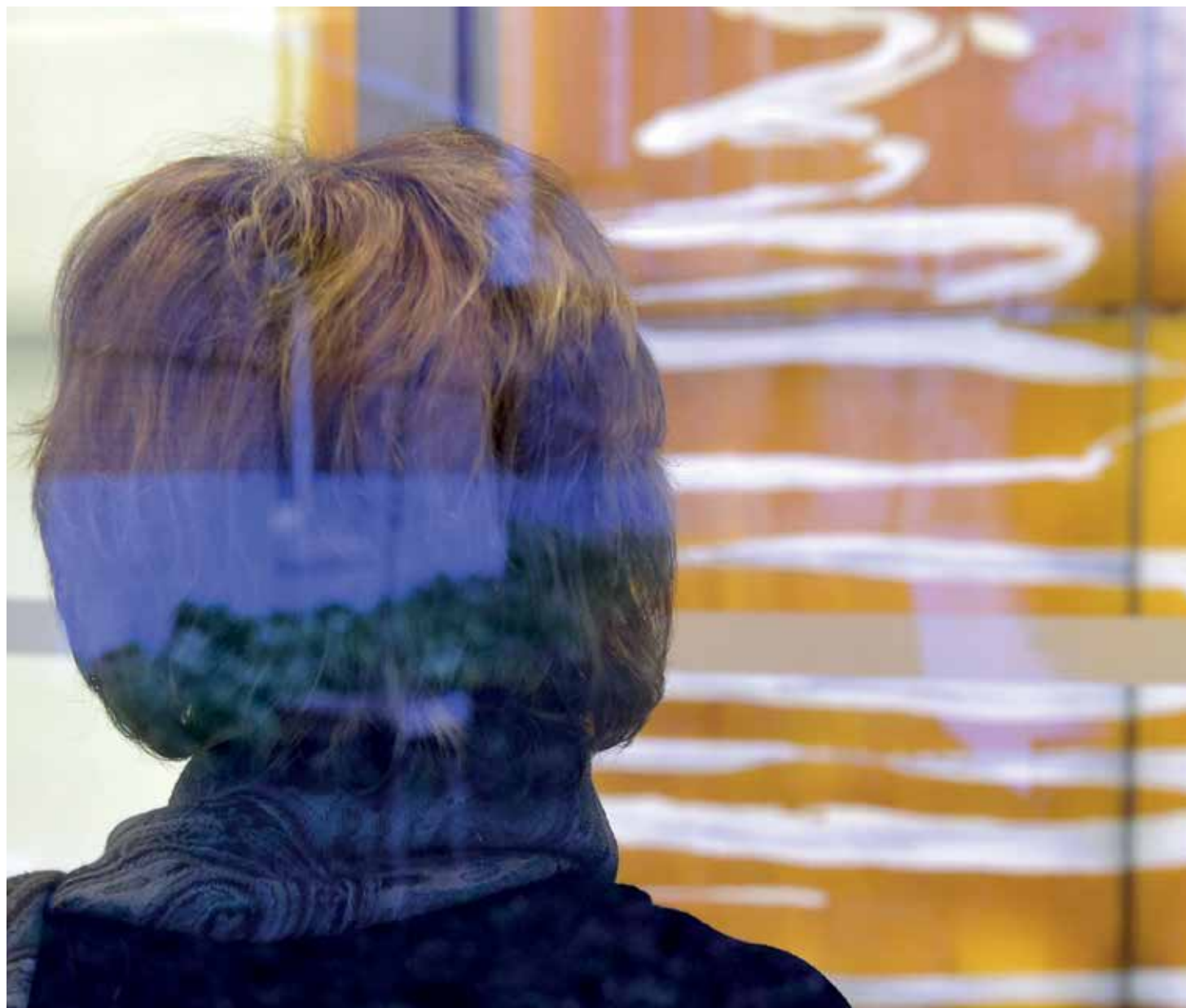


**KLINIEK  
SINT-JOZEF**

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE  
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN



# OPEN VENSTER <sup>22</sup>

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM

**Filip Deboutte**  
algemeen directeur



## Familie als partner in de zorg

Naast patiëntenparticipatie investeren wij ook meer en meer in familiebetrokkenheid. Natuurlijk zijn er altijd al contacten geweest met de partner en de gezinsleden van patiënten. Maar deze contacten bleven meestal beperkt. Er bestond geen cultuur van participatie, noch bij de familie, noch bij de voorzieningen. Vandaag is dat anders. Familieleden zijn mondiger en eisen – volkomen terecht – hun plaats in de zorg.

Familieleden van patiënten hebben veel vragen. Over wat er ‘fout’ gelopen is, over de behandeling en over de therapie, maar zeker ook over hun toekomst. Dikwijls zijn er ook schuldgevoelens. Goede en open informatie moet familieleden houvast en ondersteuning bieden.

De familie is ook zelf een belangrijke bron van informatie voor de zorgverleners. Niemand kent zijn context beter dan de patiënt zelf én zijn naaste familie. Vaak zijn de ervaringen van familieleden mede bepalend voor een correcte diagnose en behandeling.

De familie wordt ook meer en meer een partner in de zorg. Hoe meer zorg in de thuiscontext wordt geboden, hoe groter de rol van de familie. Familieleden moeten hier optimaal op voorbereid worden door een nauwe betrokkenheid van in het begin van het herstelproces.

Ook als ervaringsdeskundigen ten slotte, kunnen familieleden bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg.

Natuurlijk blijft het soms nog zoeken. Verwachtingen van patiënten kunnen botsen met de noden van familieleden. Er wordt aanspraak op privacy gemaakt en gewezen op de bepalingen van de wet Patiëntenrechten. Dit kan terecht zijn maar kan het ook niet zijn. Het mag er ons niet van weerhouden om naast de patiënt ook zijn familie als een volwaardige partner in de zorg te beschouwen.

Filip Deboutte  
Algemeen directeur

Kliniek Sint-Jozef gelooft heel sterk in patiëntenparticipatie. Het behandelproces verloopt in nauw overleg en een open communicatie met de patiënt, die zelf een grote en actieve verantwoordelijkheid draagt in zijn herstelproces. Bovendien geven ervaringsdeskundigen relevante feedback vanuit hun wedervaren, zodat kliniek Sint-Jozef haar zorgaanbod voortdurend kan verbeteren. In 2013 kreeg het ziekenhuis voor deze inspanningen de aanmoedigende ‘Reintegrati- on Award’ van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid.

### 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:** Zorgcommunicatie.be

**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@sjp.be

### Inhoud

Editoriaal	<b>2</b>
Familie betrekken ook in het belang van de patiënt	<b>3</b>
Een verhaal van vallen en opstaan	<b>4</b>
Familieavonden versterken de band met het thuisfront	<b>6</b>
Ouders zijn op zoek naar houvast	<b>8</b>
De familie voelt zich vaak machteloos	<b>10</b>
Complexiteit in al zijn eenvoud	<b>11</b>
Medisch en therapeutisch aanbod	<b>12</b>

Familie van patiënten  
wordt meer betrokken

## “Familie **betrekken** ook in het belang van de patiënt”

De eenheden van het Zorgprogramma Jeugd hebben uiteraard een lange traditie in het samenwerken met de familie, in casu de ouders. Maar ook in de andere eenheden wordt de familie meer en meer een betrokken partner. Dat is een bewuste keuze. Directeur patiëntenzorg Eddy Deproost legt uit waarom.

Verschillende afdelingen zetten al jaren in op betrokkenheid van de familie. Daarnaast houden we regelmatig afdelingsoverstijgende informatiebijeenkomsten. Toch bleven bij de familie noden bestaan. We moeten er evenwel rekening mee houden dat patiënten soms zelf verkiezen om hun familie niet al te zeer te informeren. Soms is de context ook zo, dat volledige openheid naar de familie niet aangewezen is.

Toch zien we recent een tendens om de familie actiever te betrekken. Hiervoor zijn twee goede redenen. De eerste reden is in het belang van de patiënt zelf. Vanuit de herstelvisie, die sterk inzet op de krachten van de patiënt en zijn omgeving, is een nauwere samenwerking met het gezin aangewezen. Ook het streven naar zorg zoveel mogelijk in de thuiscontext en in het vertrouwde milieu, pleit voor meer participatie van de familie. De tweede reden om de familie meer te betrekken, is als antwoord op de signalen van de families. Vaak voelen partners of andere gezinsleden zich in de kou gelaten. Het is sowieso voor niemand gemakkelijk als je partner, je ouder of je kind opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis. Het roept vragen op en dikwijls steken schuldgevoelens de kop op. De familie dan buitenspel zetten, is niet correct.

### Cruciale partner

Als direct betrokken partner heeft de familie niet alleen nood aan informatie, ze is zelf ook een belangrijke bron van informatie. Niemand kent de patiënt, zijn context en zijn voorgeschiedenis beter dan de partner en het gezin. Vaak liggen zij mee aan de basis van de opname en hebben ze ervaringen die cruciaal zijn voor de diagnose en de behandeling. De familie is doorgaans zeer begaan en heeft een grote nood aan informatie en overleg. Als ziekenhuis moeten wij hieraan zo goed mogelijk tegemoet komen. Ook in het belang van de patiënt. Hoe kunnen wij de familie ondersteunen, zodat de familie de patiënt kan ondersteunen? Dat is de centrale vraag met het oog op het herstelproces.



Eddy Deproost: “Als direct betrokken partner heeft de familie niet alleen nood aan informatie, ze is zelf ook een belangrijke bron van informatie.”

Iets moeilijker wordt het als de partner of een ander gezinslid betrokken is in een conflict of een relatieprobleem dat mogelijk mee aan de basis ligt van de problematiek. Gezinsbegeleiding of gezinstherapie kan een oplossing zijn. De specifieke context, met inbegrip van de wensen van de patiënt en de familie, zal uitmaken wat de beste weg is. Bijzondere aandacht wil Kliniek Sint-Jozef blijven besteden aan de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek (KOPP) of met een afhankelijkheidsprobleem (KOAP).

Daarnaast bieden ook zogenaamde ‘multi family’-groepen opportuniteiten die het onderzoeken waard zijn. Het groepsgebeuren kadert hier binnen de therapeutische doelstellingen om de krachten in de familie aan te spreken en de gezinsleden van elkaar te laten leren. In 2015 wordt in het Huis in de Stad in Roeselare vanuit het PRIT-netwerk alvast een ambulante aanbod opgestart voor een multi family-groep voor mensen met een depressie.

### Ervaringsdeskundigen

Zoals patiënten meer kansen krijgen om te participeren en hun ervaringsdeskundigheid in te zetten, is het ook belangrijk de ervaringsdeskundigheid van familieleden een plaats te geven. Hun ervaringen zijn bijzonder leerrijk om noden te detecteren en oplossingen hiervoor te zoeken. Familieleden kunnen op basis van hun ervaringen andere familieleden ondersteunen of raad geven. Ook op beleidsniveau kunnen familieleden nauwer betrokken worden. De eerste aanzetten hiertoe zien we vandaag al, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van Similes in het PRIT-netwerk, waar Kliniek Sint-Jozef deel van uitmaakt. Het betrekken van de familie is goed voor de patiënt, voor de familie zelf, voor andere patiënten en families, maar ook voor het beleid en de kwaliteit van onze zorgorganisatie. Daarom maken wij er werk van.

Eddy Deproost  
Directeur patiëntenzorg

Een patiënte getuigt over haar behandeling en de impact op het gezin

## “Een verhaal van **vallen en opstaan**”

**Ik ben Marijke, gehuwd en mama van een zoon van 25 en een dochter van 24 jaar. De reden waarom ik mijn verhaal doe, is omdat ik zelf heb moeten ondervinden dat de confrontatie met geestelijke gezondheidsproblemen niet gemakkelijk is; erover praten al evenmin. Ik geloof dat het uitwisselen van ervaringen nuttig is en steun kan bieden aan andere mensen.**

### Zou het mij kunnen overkomen?

Stelt u zich die vraag ook weleens? Eerlijk gezegd, ik had ze mezelf voordien nooit gesteld. Ik was gelukkig getrouwd, had gezonde kinderen, een goede baan en stond sterk in het leven. Iets enorms zou me moeten overkomen om me uit dat evenwicht te ontwrichten. Althans, dat dacht ik. Achteraf gezien hoeft er maar weinig te gebeuren in ons leven om in zak en as te zitten. Bij mij gebeurde het als uit het niets, zoals een verliefdheid, maar allesbehalve leuk.

Er was wel een aanleiding: onze dochter kreeg een ernstig trauma te verwerken, waarin we haar als ouders probeerden te begeleiden. Na die ingrijpende gebeurtenis zagen we lijdzaam toe hoe zij plots overschakelde van ‘leven’ naar ‘overleven’. Wat haar overkomen was, bezorgde haar extreme angst, huilbuien, machteloze woede, vluchtreacties, nachtmerries, hulpeloosheid en totale ontreddering.

De hulp die wij haar probeerden te bieden, miste vaak effect. Troostende woorden maakten haar boos en verscherpten voor haar het gevoel niet begrepen te worden. Het was als familie en als moeder een bevreemdende en confronterende zoektocht naar een gepaste zorg voor onze dochter. Mijn moedergevoel botste op een onvoorziene beperking.

### Het licht ging uit

Deze intense zorg vergde veel energie, bovenop ons sociale en professionele leven. Ik hield me echter recht in de storm, ik was sterk. Sterk voor mijn dochter, sterk voor mijn gezin. Sterk omdat het zo hoort? Opeens was mijn draagkracht overschreden, mijn ‘sterkte’ was op. Een gevoel van ‘ik kan niet meer’, ik geef het op, leegte, het licht ging uit ...

Maandenlang had ik signalen van mijn lichaam onbewust genegeerd of niet herkend. Ik kon moeilijk de slaap vatten, was snel afgeleid, voelde me niet comfortabel op drukke plaatsen en was ongewoon gedreven in mijn job. Allemaal onherkende signalen, allemaal afgedekt met de mantel der sterkte.

Via de huisarts kreeg ik een dringende afspraak bij de psychiater. Ik voelde me op en leeg, ik snakke naar hulp en zorg. De psychiater stelde onmiddellijk een opname voor. Eerst op de PAAZ afdeling van een algemeen ziekenhuis in afwachting van een vrij bed hier in dit ziekenhuis. Ik voelde mij opgelucht, zorg en verbetering waren in zicht. De idee dat ik er nu niet meer alleen voor stond, gaf mij de moed om verder te gaan. Ik heb pas achteraf beseft, hoe diep ik op dat moment zat. Desondanks was die eerste ziekenhuisopname zeer confronterend. Ik weende veel en kampte met een groot schuldgevoel tegenover mijn gezin en mijn werk. Daarna volgde een volledige opname van één maand, daarna zes maanden dagtherapie. Momenteel ben ik nog in opvolging bij een psychiater en een psycholoog. Ik heb het gevoel dat ik mijn problemen grotendeels overwonnen heb. Mentaal voel ik me weer gezond, maar tegelijk beseft ik dat ik de psychologische opvolging blijvend nodig heb, als houvast. Ik kan weer vrij zwemmen, maar houd de boord binnen handbereik en rust nu en dan even uit.

### Familie en gezin

Mijn gezin en familieleden speelden een zeer positieve rol in mijn herstel. Ik ervaaarde het als een substantieel onderdeel van mijn behandeling. De opname had niet alleen ingrijpende gevolgen voor mezelf, maar beïnvloedde ook het leven van mijn gezin. Er is de extra zorg die het met zich meebrengt, de onzekerheid op een herstel en de spanning en angst voor het onbekende.

Dankzij de goede opvang thuis was het mogelijk om mijn residentiële opname zeer kort te houden. Wellicht omwille van mijn eigen mentale toestand, maar ook omwille van de setting voelde de residentiële opname niet comfortabel. De dagtherapie daarentegen voelde wel snel vertrouwd en gaf me de kans om te herstellen.

Ik vond het een verademing om 's avonds aan de deur van het ziekenhuis ook een stuk van mijn emoties achter mij te laten. Eens ik buiten was, schakelde ik als het ware mijn “off knop” aan en probeerde mij te concentreren op mijn gezin. Pas op, dat lukte me niet altijd hoor. Het uurtje dat ik nodig had om met de auto thuis te geraken was



voldoende om de dag te overlopen. De ambulante therapie voelde aan als uit werken gaan. Ik vertrok rond 7 uur en was terug thuis rond 18.15 u. Het waren lange dagen, maar ik kon 's avonds mijn sociale leven voor een stuk verder zetten. Ik voelde me minder ziek.

Het was een proces van vallen en opstaan. Dat was voor mij en ons gezin het moeilijkste. Als je denkt beter te zijn, komt er onverwacht een terugval. Een 'complicatie' in het herstelproces, waarvan niemand de gevolgen kan inschatten.

Ik denk dat ik het voordeel had dat ik veel communiceerde met mijn gezin over hoe ik me voelde. Het was ook een periode waarin ik opeens pubergedrag vertoonde, een tijd die ik vroeger heb overgeslagen. Het was voor mij en voor hen zeker niet evident om daar mee om te gaan.

Ik heb aan mijn gezinsleden gevraagd hoe zij de situatie aanvoelden.

**Echtgenoot:**

Ik vond de residentiële opname zeer belastend omwille van de opvang voor de kinderen, bezoeken brengen, regelingen treffen, de organisatie en dit samen met een voltijdse job. Ik was het gewoon dat mijn vrouw alle organisatie op zich nam.

Dit verliep veel beter tijdens de dagtherapie.

**Hulpeloosheid:** je kan er zelf weinig aan doen, behalve er zijn en begrip tonen.

**Praten met de verpleegkundigen** gaf mij een beter inzicht op de situatie.

**Onbegrip** omwille van het onbekende door de omgeving.

**Zoon:**

Mijn allereerste gevoel bij het vernemen van de opname van mijn mama was ongeloof en verontwaardiging. Ik had nooit gedacht dat het trauma van mijn zus tot zo'n zware gevolgen zou leiden voor mijn mama. Ik had de situatie verkeerd ingeschat en mij nooit eens in haar plaats gesteld. Het gevoel van ongeloof maakte al snel plaats voor schuldgevoelens en spijt. Ik hoopte diep vanbinnen dat mama er snel weer zou bovenop komen en geloofde daar ook in. Mijn mama is een sterke madam. Ik heb er mij onbewust ook wel wat van afgesloten omdat ik het

soms moeilijk heb om over mijn gevoelens te denken en te praten.

**Onze dochter:**

**Schuldgevoel:** hoe is het zover kunnen komen?

**Machteloosheid en verdriet:** je ziet hoe mama zich slecht voelt maar je slaagt er niet in een opname te vermijden.

**Kwaadheid:** door haar eigen moeilijke jeugd.

## Na de behandeling

Onmiddellijk na de opname en dagtherapie was het moeilijk om de navelstreng met het ziekenhuis door te knippen. Je leeft als het ware van op afstand nog een stuk mee met het ziekenhuis. Ik kende de weekplanning en volgde die thuis in gedachten mee: nu is het afdelingsvergadering, ergo, creatief atelier...

Naarmate de tijd vorderde, groeide de afstand en eenmaal terug aan het werk kon ik dat gemakkelijker loslaten.

Door de confrontatie met mijn eigen psychische sterktes en zwaktes en de behandeling heb ik mezelf beter leren kennen en aanvoelen. Ik heb me ook leren openstellen voor de invloed van de psychische toestand van mijzelf én anderen; op mezelf én op de omgeving. Ik herken signalen en kan er op inspelen. Dit psychisch bewustzijn heeft ook zijn keerzijde; signalen die ik vroeger niet opmerkte kunnen nu langer door mijn hoofd spoken, op zoek naar een antwoord.

Door wat ik meegemaakt heb is mijn empathisch vermogen gegroeid, ik kan me beter inleven in situaties en ga ook meer rekening houden met het psychisch welbevinden van mijn familie en vrienden. Als ik via de media of andere kanalen verhalen hoor die betrekking hebben op iemands psychische toestand, heb ik een ruimere kijk op de situatie. Ook bij trauma's besef ik beter wat de impact is op het slachtoffer en het gezin, de directe omgeving. Ook zij worden getroffen.

Ik hoop dat mijn verhaal wat steun en moed kan geven in het onbekende en soms moeizame proces van de psychische bewustwording.

Familiewerking stevig verankerd op alle eenheden

## Familieavonden **versterken** de band met het thuisfront

De familie van patiënten wordt op alle eenheden nauw betrokken. Vaak is er nog vóór de eigenlijke opname al een eerste gesprek met de patiënt én met de familie. Maar ook tijdens en na de opname wordt zoveel mogelijk informatie uitgewisseld en blijft de communicatie in beide richtingen open. De familieavonden zijn hiervan een mooi voorbeeld.

Een overzicht van de initiatieven in vogelvlucht.

### Zorgprogramma Volwassenen

De verschillende eenheden binnen het Zorgprogramma Volwassenen hebben structureel contact met de familie bij de opname. Op alle eenheden vindt binnen de twee weken na opname een 'heteroanamnese' plaats met een maatschappelijk assistent. Dit is een gesprek met de familie over de context en de voorgeschiedenis van de problematiek bij de patiënt. Waar nodig wordt ook verdere begeleiding van de familie voorzien door de maatschappelijk assistent.

Op de eenheid Psychosezorg volgt na zes weken opname een evolutiegesprek met de patiënt, de familie, de psychiater, de individueel begeleider, de psycholoog en de maatschappelijk assistent.

Op de eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen wordt een gesprek met de psychiater ingepland. Waar nodig worden op indicatie andere overlegmomenten georganiseerd.

Ook op de eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie wordt er begeleiding van de familie op indicatie voorzien. Dat kan door de maatschappelijk werkster, de individuele begeleider, de psycholoog of de psychiater gebeuren, afhankelijk van de context.

Alle eenheden organiseren diverse familieavonden per jaar. Hierop worden partners, ouders, kinderen

en andere dichte familieleden of contactpersonen uitgenodigd. Op familieavonden wordt informatie gegeven over de opname en over de behandeling, maar ook over het herstelgericht omgaan met de patiënt en over sociale aspecten van de opname. De verschillende zorgverleners stellen er zich persoonlijk voor, wat de drempel voor verder contact verlaagt. Geregeld worden waar relevant op de familieavonden ook ervaringsdeskundigen betrokken. Familieleden kunnen uiteraard ook vragen stellen en suggesties doen. Voor de kinderen is er mogelijkheid deel te nemen aan een KOPP-groep (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen).

### Zorgprogramma Jeugd

Ook in het Zorgprogramma Jeugd hebben alle eenheden structureel een overleg met de familie op het moment van de opname.

Op de eenheid Jeugd kortverblijf is er na drie weken een adviesgesprek met alle betrokken partijen, inclusief de familie. Er is ook gezinstherapie, zie hierover het artikel op pagina 8-9.

De eenheid Jeugd behandeling, waar een opname langer duurt, heeft nog een intensere werking gezinstherapie (zie pag. 8-9). Het contact met de sociale dienst is belangrijk en op indicatie wordt voorzien in sociale begeleiding van het gezin. Voorts zijn er op geregelde tijdstippen 'be-

leids gesprekken' met de psychiater. Een vergelijkbaar aanbod is er op de eenheid Jongvolwassenen, met familietherapie op indicatie bij de psycholoog-gezinstherapeut en sociale begeleiding op indicatie door de maatschappelijk assistent.

De eenheden Jeugd kortverblijf en Jeugd behandeling organiseren drie verschillende ouderavonden: over de opname, over de adolescentie en over de opvoeding en de aanpak van jongeren in moeilijkheden. Zie ook het artikel op pag. 8-9.

De eenheid Jongvolwassenen start in 2015 met ouderavonden.

### Zorgprogramma Ouderen

Op de eenheid Ouderen vindt bij opname een gesprek met de partner en de familie plaats. Binnen de eerste twee weken is er een gesprek met de individuele begeleider van de patiënt over de werking op de afdeling. De familie krijgt volop de mogelijkheid om vragen te stellen.

Afhankelijk van de concrete context wordt op geregelde tijdstippen een evolutiegesprek georganiseerd met de individueel begeleider, de psychiater, de psychologen en de maatschappelijk assistent. Hier worden de patiënt en de familie op uitgenodigd.

Op indicatie worden andere initiatieven op maat genomen, zoals kopeltherapie of maatschappelijke begeleiding.



**Familieleden benadrukken het belang van het luisteren naar hun verhaal. Niet om dat verhaal als absolute waarheid te nemen, maar wel om het naast het verhaal van de patiënt te leggen, zodat de puzzel vollediger is.**

De eenheid Ouderen organiseert elke woensdag familieavonden over ontwenning (2 bijeenkomsten) en over depressie (2 bijeenkomsten). Deze familieavonden zijn gericht op informatie en betrokkenheid, maar geven de familieleden tegelijk veel tips voor een herstelgerichte opvang.

### Zorgprogramma Verslaving

De eenheid Ontwenning nodigt de patiënt samen met de partner of een ander familielid uit aan het begin van een opname voor een gesprek bij de psycholoog of arts. Dat legt de basis voor een verdere samenwerking doorheen de opname. Familie en andere betrokkenen kunnen een reeks van drie lessen over verslaving bijwonen.

Voor kinderen van ouders met verslavingsproblemen (KOAP) zijn er aparte infosessies onder begeleiding van een psycholoog. Recent werd met de steun van de Koning Boudevijnstichting een nieuw programma ontwikkeld. Kinderen worden samen met hun ouders uitgenodigd in een multi-family groep om ervaringen uit te wisselen rond verslaving, de opname en nieuwe communicatiestijlen.

Partners die ook na de opname betrokken willen blijven bij de nazorg kunnen twee jaar aansluiten bij de multi-family groep koppelnazorg.

Boeiende en leerrijke familieavond brengt meer inzicht in noden en verwachtingen

## Familie voelt zich erg betrokken en wil bijdragen aan herstelproces

Om de familiewerking op de eenheid Volwassenen kortverblijf nog sterker te maken, ging de eenheid te rade bij ... de families. "Niemand kent beter de noden en de verwachtingen van de families dan de families zelf", verklaart afdelingshoofd Thomas Dhondt.

Op 17 december organiseerde de eenheid een open vergadering hierover. Het werd een boeiende en leerrijke ontmoeting met heel wat potentieel.

"Wij investeren al geruime tijd in het werken met de context van de patiënt", vertelt Thomas Dhondt. "In 2015 willen we een nieuwe stap vooruit zetten en de familiewerking nog meer structureel verankeren. Om de families hierbij van in het prille begin te betrekken, hebben we aan de hand van vijf stellingen een open gesprek gevoerd. Vijftien familieleden namen aan het gesprek deel, samen met dr. Muylaert, psychologe Annelies Carron, maatschappelijk werkster Liesbeth Verstraete en mezelf."

*Stelling 1: "Als familie hebben we voldoende zicht op de grote lijnen van de behandeling."*

*Stelling 2: "Als familie wensen we graag meer inspraak in de behandeling van ons familielid."*

*Stelling 3: "Als familie is het duidelijk wie we moeten contacteren om informatie te vragen over de werking of de behandeling."*

*Stelling 4: "Als familie voelen we ons voldoende ondersteund door de eenheid."*

*Stelling 5: "Als familie krijgen we voldoende momenten om ons familielid te bezoeken in het ziekenhuis."*

"De familieavond was erg nuttig en boeiend", zegt Thomas Dhondt. "De familieleden vonden het een prachtig initiatief. Niet omdat zij hun eigen verhaal als de absolute waarheid zien, maar wel omdat zij deel uitmaken van de hele puzzel, van de context van de patiënt. Het loutere feit van deze familieavond alleen al, geeft de familie steun en kracht. Onze doelstelling om lotgenoten samen te brengen, was een schot in de roos!"

"Ook voor ons was dit een leerrijke avond. We zien er een bevestiging in dat de familie zich erg betrokken voelt en ook aangesproken wil worden op haar krachten in het herstel van de patiënt. Als zorgverleners zijn wij uiteindelijk maar een tijdelijke schakel in het herstelproces. De thuiscontext is belangrijk. Het was goed om te horen dat de familieleden de werkrelatie met de zorgverleners als waardevol beschouwen."

"Wij zullen de input van de familieleden nu vertalen naar concrete verbeterprojecten. We zitten op de goede weg, maar met kleine bijsturingen hier en daar kunnen we het contact met de families nog verbeteren", aldus nog Thomas Dhondt.

## “Ouders zijn op zoek naar **houvast**”

Als jongeren worden opgenomen in Kliniek Sint-Jozef, worden uiteraard ook de ouders nauw betrokken. Zij zijn een bron van informatie, maar tegelijk worstelen ze met veel vragen. Gezinstherapie is een vast onderdeel van de behandeling in de eenheden Jeugd kortverblijf en Jeugd behandeling. Gezinstherapeuten Ilse Calleeuw en Nadine Steelandt doen hun verhaal.

“Het gezin is een van de drie pijlers of contexten waarop beide eenheden inzetten”, zegt Ilse Calleeuw. “De twee andere pijlers zijn de jongere als individu en de jongere te midden van zijn ‘peers’ of leeftijdsgenoten. In de eenheid Jeugd kortverblijf is observatie erg belangrijk. We laten niet alleen de verschillende gezinsleden hun verhaal doen, we proberen ook de interacties in kaart te brengen. De focus tijdens de gezinstherapie ligt op betrokkenheid. De nood aan informatie bij gezinsleden is groot, maar ze willen ook beluisterd en gehoord worden. Vooral de ouders betrekken wij sterk. We doen zoveel mogelijk een beroep op de krachten binnen het gezin. Na een opname in kortverblijf keert de jongere immers terug naar de thuissituatie en hoewel er dan vaak nog ambulante zorg volgt, moet het gezin uiteindelijk onafhankelijk van de zorgverlening kunnen functioneren. Ouders hebben hierover veel vragen. Ze willen alles kunnen begrijpen en zijn op zoek naar houvast en naar tips om met de situatie om te kunnen gaan.”

“Vertel ons wat er *scheelt*”, vragen ouders ons vaak”, beaamt Nadine Steelandt van de eenheid Jeugd behandeling. “Geef ons een duidelijke diagnose, zodat we weten waar we aan toe zijn en wat we kunnen doen.” Jammer genoeg werkt het zelden op die manier. Jongeren zijn in volle ontwikkeling. Alles in hen beweegt en evolueert. Een te snelle of te scherpe diagnose houdt het gevaar in dat de jongere een etiket krijgt opgekleefd dat veel te beperkend en stigmatiserend werkt. We moeten daar voorzichtig mee omgaan en het ook aan de familie durven zeggen als we geen helder antwoord hebben.”

### Hij is ziek, niet wij

Gezinstherapie binnen het Zorgprogramma Jeugd is voor het gezin niet altijd evident. Vaak is er weerstand om mee in therapie te gaan. “Voor sommige mensen is het ontuchtterend als ze uitgenodigd worden”, bevestigt Ilse. “*Hij is ziek, niet wij*”, zeggen de mensen dan. Het achterliggende schuldgevoel speelt hier zeker mee. Wij doen er alles aan om dat schuldgevoel weg te nemen. Wat ons interesseert, is waar het fout gelopen is. Waar zijn de jongere en de ouders elkaar kwijt geraakt? Hoe komt het dat het kind niet meer op zijn ouders durft te steunen?”

Eén methodiek om de interactie en de dynamiek binnen een gezin te verduidelijken, is via de *sculpting*-techniek. “We gebruiken daarvoor Russische poppetjes. Naast taal kunnen ook beelden meer inzicht brengen”, licht Nadine toe. “We vragen een jongere bijvoorbeeld om een gezinssituatie met de poppen uit te beelden. Welke pop ze kiezen als beeld voor zichzelf, voor de vaderfiguur en voor de moederfiguur spreekt dikwijls al boekdelen. De poppen zijn drempelverlagend om dingen bespreekbaar te maken. Het is een niet-bedreigende methodiek. Net zoals ook humor soms helpt om moeilijke thema’s naar boven te krijgen.”

“Als dat zinvol is en als het gezin ermee instemt, gaan we ook op huisbezoek”, vult Ilse aan. “Een situatie in een therapeutische ruimte heeft toch altijd iets kunstmatigs. In de thuissituatie komen sneller dynamieken aan het licht. Zo’n huisbezoek duurt twee tot drie uur en geeft ons echt voeling met de context.”

“Veel ouders hebben al een lange lijdensweg achter de rug als ze hier aankomen”, zegt Nadine. “Die ouders zijn heel kwetsbaar. Een opname is een crisis voor het hele gezin, niet alleen voor de jongere. Iedereen wil zo snel mogelijk een oplossing. Ouders willen het beste voor hun kind en zijn bereid om oplossingen te helpen zoeken. Hun onvoorwaardelijke liefde is een enorme kracht die we kunnen aanboren in het herstelproces.”

“Jongeren hebben vaak twijfels bij die onvoorwaardelijke liefde. Ze beseffen – of ze denken – dat ze hun ouders zwaar ontgoocheld hebben. De vraag *‘Zien ze mij nog wel graag?’* hangt vaak als een donkere wolk boven hun gedachten. We brengen de jongere en zijn ouders samen tijdens de therapie, al geven we ze ook de ruimte om apart even hun hart te luchten als dat nodig is. Zelf blijven wij zoveel mogelijk neutraal. We kiezen geen partij en dat zeggen we ook met zoveel woorden – ‘veelzijdige partijdigheid’ noemen we dat. Ons doel is te ontdekken hoe het gezin als gezin weer verder kan na de opname. Hiervoor creëren we ruimte om naar elkaar te luisteren. Dat alleen al is een goede stimulans”, aldus Ilse.

### Veilige haven

Een opname in de eenheid Jeugd kortverblijf duurt doorgaans zes tot acht weken. In die periode zijn er een drietal contacten met het gezin. Het detecteren en het benoemen van het probleem staat centraal. Tijdens een langerdurende opname op de eenheid Jeugd behandeling is er om de twee weken contact met het gezin. Een opname hier duurt zo-





**Ilse Calleeuw en Nadine Steelandt: "Ons doel is te ontdekken hoe het gezin als gezin weer verder kan na de opname. Hiervoor creëren we ruimte om naar elkaar te luisteren. Dat alleen al is een goede stimulans."**

lang als nodig, maar wordt zo mogelijk na zes maanden afgerond. "Veel jongeren vinden hier een veilige haven", zegt Nadine. "We moeten daar alert voor zijn. Uiteindelijk moeten ze naar hun gezin terug of op eigen benen staan. Sommige jongeren hebben het daar moeilijk mee." "Nieuw samengestelde gezinnen zorgen vaak voor een hogere stressfactor. Ook bij gescheiden gezinnen verloopt de therapie soms moeilijker, bijvoorbeeld als de ouders liever niet samen naar de gezinstherapie komen. Eenoudergezinnen, pleeggezinnen, adoptiegezinnen – elk heeft zijn specifieke problemen. Het betrekken van de totale context is erg belangrijk. Als dat relevant is, worden ook de grootouders of de broers en zussen betrokken. Soms op hun eigen vraag, soms ook omdat ze een grote rol spelen in de gezinsdynamiek."

### Ouderavonden

In 2014 zijn de eenheden van het Zorgprogramma Jeugd gestart met de organisatie van ouderavonden. Er zijn drie thema-avonden, die elk drie keer per jaar herhaald worden, zodat alle ouders de kans krijgen ze bij te wonen. Een eerste bijeenkomst focust op de opname: wat kunnen ouders hiervan verwachten, wat houdt de opname in, ... Voor de ouders is deze avond een uitstekende gelegenheid om vragen te stellen en voor lotgenotencontact. Zien dat ze niet de enige ouders in die situatie zijn, kan veel deugd doen en het schuldgevoel helpen wegnemen. Een tweede avond is gewijd aan de jongeren in de adolescentie. Welke veranderingen grijpen plaats in de jongere, hoe is het om vandaag puber te zijn, welke valkuilen zijn er,

welke opportuniteiten, ... Via stellingen wordt interactie gezocht met de ouders. De derde ouderavond gaat dieper in op de psychiatrische problematiek en hoe ermee om te gaan. Thema's als automutilatie, suïcidenigingen en druggebruik komen aan bod. Ouders krijgen tips en wisselen onderling ervaringen uit. Voor het eerst werd in 2014 ook een broer- en zusavond georganiseerd. Die bijeenkomst kwam er op suggestie van enkele ouders. "Het is nog niet uitgemaakt of we hiermee verder gaan", zegt Ilse. "Er is een groot leeftijdsverschil bij de zussen en broers, wat het moeilijk maakt om in groep relevante informatie uit te wisselen. Maar in elk geval blijven we op de ingeslagen weg van meer familieparticipatie doorgaan."



Familieparticipatie staat nog in kinderschoenen

## “De familie voelt zich vaak machteloos”

Similes is een vereniging voor familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid. Similes bestaat al veertig jaar, maar pas de jongste jaren lijkt familieparticipatie voet aan de grond te krijgen in de psychiatrie. “We komen dan ook van ver”, zegt directeur Mieke Craeymeersch van Similes.

**Mieke Craeymeersch: “Enerzijds zoeken de voorzieningen naar methoden om de familie meer te betrekken als partners in de zorg, anderzijds laten ook de families meer van zich horen.”**

“Vroeger gaf de familie de zorg voor de patiënt over aan het ziekenhuis”, zegt Mieke Craeymeersch. “Het ziekenhuis had de familie niet echt nodig en de familie was opgelucht dat er een oplossing was. Er bestond van beide kanten geen cultuur van participatie. Ondertussen is de samenleving geëvolueerd. Patiënten en familie zijn mondiger en de participatiegedachte maakt opgang. Ook psychiatrische ziekenhuizen zoeken methodieken hiervoor. Uiteraard waren er voorheen al contacten met de familie, maar die bleven vrij beperkt. Vaak werd het beroepsgeheim ingeroepen. Heel lang leefde bovendien de medische overtuiging dat de familie mee verantwoordelijk was voor de ziekte van de patiënt. Voor schizofrenie werd bijvoorbeeld de schuld gezocht bij de moeder. Dat soort theorieën is achterhaald, maar ze hebben mee het klimaat bepaald. Natuurlijk is er soms sprake van misbruik of mishandeling, maar de meeste psychische aandoeningen ontstaan binnen de patiënt zelf. Wat wel klopt, is dat de familie dikwijls niet goed weet hoe ze adequaat kan reageren.” “Ik ken geen enkel familielid van een patiënt dat zich niet schuldig voelt. Schuld én schaamte zijn altijd aanwezig. Daardoor komen maar weinig families met hun verhaal naar buiten. Families worden echter sterker en mondiger en stellen zich meer en meer vragen bij de zorgverlening.” “We zien dus een dubbele beweging:

enerzijds zoeken de voorzieningen naar methoden om de familie meer te betrekken als partners in de zorg, anderzijds laten ook de families van zich horen. Dat is een positieve evolutie.”

### In dialoog

“Participatie werkt het sterkst als de visie hierover in dialoog wordt ontwikkeld. Zoals Kliniek Sint-Jozef bijvoorbeeld familie uitnodigt om samen na te denken hoe ze best de familieparticipatie vorm kunnen geven. Dat is participatie van onderuit. Een werkgroep van zorgverstrekkers en familieleden kan een positieve dynamiek op gang brengen. Familieleden zijn bezorgde en daardoor soms ook zogenaamd lastige mensen. Geef ze een stem in de zorgvoorzieningen en de zorg zal er wel bij varen.”

“Nog een stap verder is samenwerking binnen een triade van zorgverlener, patiënt en familie. Eerst moet men zich verdiepen in de participatienoden van families en van patiënten afzonderlijk, om ze daarna als evenwaardig samen te brengen in een dialoogwerkgroep. De familie verwacht bijvoorbeeld om betrokken te worden bij beslissingen over wanneer een patiënt het weekend thuis kan doorbrengen, terwijl de patiënten dat als hun recht beschouwen. Er is vaak een spanningsveld tussen mensen met een psychiatri-

sche problematiek en hun familie. Beiden voelen zich niet altijd begrepen door de andere. Daarom moet een voorziening de familie als een andere partner benaderen dan de patiënten. Ze hebben elk hun beleving.”

### Spanningsveld

“Omgaan met dat spanningsveld is niet gemakkelijk”, weet Mieke Craeymeersch. “Waar eindigt de zeggenschap van de patiënt en begint het recht van de familie? Is het goede zorg dat een patiënt die op een dag terug naar huis zal keren, de zorgverleners verbiedt om met de familie te spreken? En waarover mag dan niet gesproken worden? Over de medicatie? De diagnose? De therapie? De zorgplanning? Betrokkenheid van de familie maakt *evidence based* deel uit van goede zorg. 80 tot 90% van de cliënten geeft overigens wél zijn toestemming om de familie te betrekken. En wie dat niet doet, doet het vaak uit een gevoel van trots of schaamte: ‘Val mijn familie er niet mee lastig, ze begrijpen het toch niet’. Zorgverstrekkers moeten hierover in dialoog gaan met de patiënt en niet te snel loslaten. Blijft de patiënt weigeren, dan nog kan er contact zijn met de familie. Het minste wat zorgverleners kunnen doen, is een en ander kaderen voor de familieleden, zodat die zich niet aan hun lot overgelaten voelen.”

## Complexiteit in al zijn eenvoud

Psychotherapie is traditioneel een modernistische onderneming: de therapeut tracht observeerbare fenomenen of symptomen te verklaren door te zoeken naar hun verborgen structuur. Er is zoiets als dé waarheid, het komt er alleen op neer deze te vinden. Het postmodernisme, ofwel het loskomen van één verklaringsmodel dat de hele complexiteit van de werkelijkheid claimt te vatten, begon pas erkenning te krijgen in de jaren '70. Ruim veertig jaar later lijkt het postmodernistisch gedachtegoed zodanig vanzelfsprekend dat we de essentie soms terug uit het oog dreigen te verliezen. Vandaar doet het deugd om - in tijden waar nieuwe verklaringmodellen en empirische studies elkaar opvolgen, bevestigen en uiteindelijk vaak terug tegenspreken - even terug te keren naar 'the very basics' van therapie. Taal, conversatie en relatie zijn en blijven volgens Anderson, een Amerikaans psycholoog en baanbreker binnen het veld van de relatie- en gezinstherapie, de centrale elementen. Met 'Conversation, language and possibilities' schrijft ze een erg bescheiden boek dat in alle eenvoud op de complexiteit van de klinische praktijk wijst.

### Something old, something new

Postmodernisme houdt rekening met enerzijds het bestaan en de impact van bestaande culturele discours en conventies ('the already spoken') en de ruimte voor het 'nieuwe' dat tevoorschijn komt in dialoog ('the not-yet-spoken') anderzijds. De meerwaarde van Andersons 'collaboratieve benadering' situeert zich vooral in dat laatste, namelijk het creëren van ruimte binnen een dialoog. Ruimte voor verschuivende betekenissen, creativiteit, het onverwachte, het onuitgesproken. Therapeut en cliënt engageren zich via dialogische conversatie in een samenwerkingsrelatie - een wederzijds streven naar nieuwe mogelijkheden.

### De vrijheid van het niet-weten

Om plaats te maken voor iets nieuws, moet meestal iets anders wijken. Anderson meent dat kennis en ons 'weten' een belemmering vormen voor het luisteren en dus ook voor het spreken. Het maakt ons in zekere zin doof. Bovendien, als taal en conversatie ons belangrijkste instrument zijn, dan dragen cliënt en therapeut evenveel bij aan het narratief proces en vervaagt bijgevolg het belang van absolute kennis. Het besef hiervan zorgt aanvankelijk voor onzekerheid maar evolueert naar een gevoel van vrijheid: "The freedom of not-knowing, of not having to know". Ze daagt de therapeut verder uit: in hoeverre is men bereid zichzelf in de strijd te gooien en zijn of haar veilige positie op te geven? In een dialogische conversatie riskeren immers zowel cliënt als therapeut verandering... De verantwoordelijkheid langs de kant van de therapeut verschuift aldus van 'weten' en het kunnen bieden van een oplossing naar zelfreflectie en zelfdialoog.

### Luisteren zonder meer

Luisteren lijkt een vanzelfsprekendheid in therapie, hoewel het begrip in de loop der tijden verschillende invullingen kreeg: van het verzamelen van klinische info naar de associatie met empathie, pas erkend ten tijde van Freud.. In het modernistisch discours is luisteren een passief proces, terwijl het actieve stuk zich in hoofd van de therapeut afspeelt. Anderson pleit er daarentegen voor om net die interne dialoog openbaar te maken. 'Being public' zonder daarom grenzen te overschrijden.

### Antwoord en vraag

Net zoals het proces van luisteren volgens Anderson niet vanuit een 'inner plan' zou mogen gestuurd worden, geldt ook dit principe voor

het stellen van vragen. Ze maakt een onderscheid tussen inhoudsvragen (verzamelen data) en procesvragen (faciliteren dialoog), de laatste categorie wint aan belang. 'Conversational questions' zijn vooral responsief: wat de cliënt net vertelde, moet het antwoord zijn op onze volgende vraag. Het gesprek neemt onvoorspelbare wendingen.

### Van een pionier gesproken

In 'Conversation, language and possibilities' beschrijft Anderson een omwenteling in de manier van zijn en denken die zo ingrijpend is dat deze tot op vandaag nog steeds als vernieuwend beschouwd wordt en nog volop vorm krijgt. Geschiedenis, filosofie, discussies met studenten en verhalen uit de praktijk wisselen elkaar af, telkens met de stem van de patiënt als drijvende kracht. Mooi is dat Anderson erg dicht bij haar ervaring blijft en niet op de proppen komt met een nieuw model. Ze beschrijft haar 'collaboratieve taalbenadering' noch als techniek, noch als theorie maar als een filosofische houding, een manier van zijn in relatie tot de ander - die haar toelaat in meerdere settings en vanuit meerdere denkkaders te werken.

Het is duidelijk waar begrippen als 'ervaringsdeskundigheid', 'herstebeweging' en 'empowerment' de mosterd halen. Dus welk nieuws? Misschien een waarschuwing: als we te snel willen gaan, dreigen we ons schuldig te maken aan het 'vermoderniseren' van een postmodern idee, door een 'manier van zijn' in een model te willen gieten. 'I get there faster by going slow' zegt Anderson. Voor wie even het bos door de theoretische bomen niet meer ziet. Of voor wie het juist wel denkt te zien. Kortom, voor iedereen een aanrader.

Olivia Byttebier, klinisch psycholoog

H. Anderson, Conversation, language and possibilities (1997)



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

## Medisch en therapeutisch aanbod:

### 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 Verbrugge

*Psychosociale revalidatie*  
Dr. Sofie Muylaert

### ZORGPROGRAMMA VERSLAVING

#### Eenheid

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

### ZORGPROGRAMMA OUDEREN

#### Eenheid

*Ouderen*  
Dr. An Verbrugge

EXPERTISECENTRUM  
ECT

FORUM VOOR  
PERSOONSVORMING

### Kliniek Sint-Jozef vzw

Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

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

Voor meer informatie en contactgegevens:

[www.sintjozefpittem.be](http://www.sintjozefpittem.be)

[www.openvenster.be](http://www.openvenster.be) (magazine)

