



# KLINIEK SINT-JOZEF

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE  
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN



# OPEN VENSTER <sup>39</sup>

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



## Een nog betere dienstverlening

Begin dit jaar ging Twoape in Kliniek Sint-Jozef van start met zeven plaatsen dagbehandeling voor jongeren van 14 tot 18 jaar. Dit aanbod past binnen het grotere kader van Twoape, met 32 nieuwe plaatsen voor psychiatrische dagbehandeling van kinderen en jongeren in een samenwerking tussen

AZ Delta Roeselare, het Jan Yperman Ziekenhuis Ieper, Kliniek Sint-Jozef Pittem, Integrale Jeugdhulp en WINGG. Het is natuurlijk te vroeg voor een grondige evaluatie, maar de eerste geluiden zijn alvast erg positief. Het nieuwe aanbod komt tegemoet aan een reële nood en de jongeren die instappen zijn doorgaans erg gemotiveerd. In deze Open Venster vindt u een interview met het afdelingshoofd én een getuigenis van een moeder en haar dochter.

Graag geven we in dit magazine ook nog even het woord aan Paul Van Deun, die onlangs zijn boek 'Het Gekaapte Brein' kwam voorstellen in Kliniek Sint-Jozef. In zijn boek stelt Van Deun neurologische inzichten voor die een nieuw licht werpen op verslaving en ontwenning. Het publiek bij de boekvoorstelling was heel divers: hulpverleners maar ook patiënten en hun familieleden kwamen in groten getale luisteren. Achteraf was er ook een levendig debat.

Nog meer nieuws van de eenheid Ontwenning is er op het vlak van medica-

tie. Met de Symptom Triggered aanpak slaagt de afdeling erin de medicatie voor de detoxificatie drastisch te verminderen, wat onder meer leidt tot een grotere motivatie bij de patiënten en een snellere opstart van de eigenlijke psychotherapie. Dr. Eva Debusscher en het verpleegkundig team vertellen er meer over.

Van een totaal andere orde is het afscheidsinterview met Joris Veys, directeur Administratie. Na 40 jaar dienst gaat Joris met pensioen. We zijn Joris heel dankbaar voor de fijne samenwerking en de jarenlange inzet. Samen met Katy Provoost, hoofd van de administratie, heeft hij de jongste maanden hard gewerkt aan een reorganisatie van het medisch secretariaat met het oog op een nog betere dienstverlening voor artsen, verwijzers én patiënten. U leest er alles over in deze Open Venster.

**Filip Deboutte**  
Algemeen directeur

## Colofon

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

**Redactiecomité:** Filip Deboutte, Eddy Deproost, Michael Naessens, Pol Vanhee, Greta Vanoverschelde

**Coördinatie:** Pol Vanhee

**Redactie:** Zorgcommunicatie.be

**Fotografie:** Stefaan Beel

**Vormgeving:** dotplus.be

**Verantwoordelijke uitgever:**  
Filip Deboutte, Boterstraat 6, 8740 Pittem

**Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open venster:**  
contacteer Pol Vanhee, pol.vanhee@sjp.be

**Wenst u Open Venster niet meer te ontvangen?**

Stuur een mailtje naar [info@sjp.be](mailto:info@sjp.be) en wij schrappen u uit ons adressenbestand.

## Inhoud

Editoriaal	2
Kort traject in dagkliniek kan opname vermijden	3
Symptom Triggered aanpak op eenheid Ontwenning	5
Het Gekaapte Brein	7
Boek in de kijker	9
Afscheid van directeur Administratie Joris Veys	10

“Dit nieuwe aanbod komt tegemoet aan een reële nood. Te vaak werden jongeren vroeger van het kastje naar de muur gestuurd. Ze vielen tussen twee stoelen en bleven in de kou.”



Kort traject in dagkliniek kan opname vermijden

Anneke Baert

## Twoape goed uit de startblokken

**Met ‘Twoape’ heeft Midden-West-Vlaanderen sinds januari 2019 32 nieuwe plaatsen voor psychiatrische dagbehandeling van kinderen en jongeren. Twoape is een samenwerking tussen AZ Delta Roeselare, het Jan Yperman Ziekenhuis Ieper, Kliniek Sint-Jozef Pittem, Integrale Jeugdhulp en WINGG. In Kliniek Sint-Jozef zijn er 7 plaatsen voor jongeren van 14 tot 18 jaar. Wij gingen even op bezoek bij afdelingshoofd Anneke Baert voor een eerste, prille evaluatie.**

Twoape mikt op jongeren voor wie ambulante hulpverlening niet volstaat, maar voor wie een residentiële opname niet nodig is. “Daarmee vullen we een hiaat in de hulpverlening in”, zegt Anneke Baert. “Onze begeleiding is veel intensiever dan een ambulante programma. Een traject duurt doorgaans een achttal weken.”

“Die jongeren zijn meestal gemotiveerd. Ze beseffen dat er een probleem is en ze willen er iets aan doen. Er kan

bijvoorbeeld sprake zijn van angst- en paniekaanvallen, waardoor de jongere schrik heeft om naar school te gaan en meer en meer spijbelt. In eerste instantie wordt dan met de school zelf en met het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) overlegd, maar als dat niet volstaat, kan een traject in dagbehandeling aangewezen zijn.”

“De eerste week is vooral een kennismakingsweek. In overleg met de jon-

Studiedag non-verbale expressie in  
klinische psychotherapie  
6 september 2019

### If I had words

Op 6 september 2019 vindt de dertiende studiedag Klinische Psychotherapie Pittem plaats. Thema dit jaar is de non-verbale expressie. Sprekers zijn onder meer Peter Adriaenssens en An Verhaert. Daarnaast zijn er workshops door interne en externe sprekers en is er ook creatieve omkadering.

Meer informatie in het volgende nummer van Open Venster. Check ook [www.sintjozefpittem.be](http://www.sintjozefpittem.be).

Studieavond  
10 oktober 2019

### Autisme, brein en psychotherapie

De eenheid Jongvolwassenen organiseert op 10 oktober 2019 een studieavond over autisme, brein en psychotherapie.

Meer informatie in het volgende nummer van Open Venster. Hou ook de website in het oog: [www.sintjozefpittem.be](http://www.sintjozefpittem.be).

gere bepalen we doelstellingen en maken we afspraken. Bijvoorbeeld over wanneer de jongere terug naar school gaat. Dat proberen we zo snel mogelijk te doen. Desnoods niet meteen voor volle dagen of de hele week, maar stapsgewijs. Het is dus niet zo dat de jongere tijdens het traject niet naar school kan. Integendeel: als dat lukt, zoveel te beter. Desnoods gaan we mee tot aan de schoolpoort. Of gaan we over de middag even langs om te horen of alles goed gaat. We staan dan ook in nauw contact met de school en met het CLB.”

### Stevig in de realiteit

“De aanmelding van een jongere gebeurt altijd door een hulpverlener: een psycholoog, een huisarts, het CLB of een psychiater. Dat betekent dat ambulante hulpverlening altijd de eerste optie blijft. Pas als blijkt dat die niet volstaat, schakelen we een trapje hoger. De aanmelder blijft overigens, net als de context, doorheen het hele traject betrokken.”

“Dit nieuwe aanbod komt tegemoet aan een reële nood. Te vaak werden jongeren vroeger van het kastje naar de muur gestuurd. Ze vielen tussen twee stoelen en bleven in de kou. Tot het probleem dan verergerde en er alsnog een opname nodig was. Die opnames proberen we met Twoape te vermijden door tijdig in te grijpen, zodat problemen niet hoeven te escaleren. Met een traject van acht weken kunnen we het verschil maken.”

“We betrekken zoveel mogelijk de context. We staan met beide voeten in de realiteit van de school, het gezin, de vrijetijdsbeleving... Waarom lukt het voetbal of het ballet plots niet meer? Wat heeft de jongere nodig aan ondersteuning om die draad terug op te nemen? Ook de thuissituatie brengen we in kaart. Zo nodig gaat iemand van ons ter plaatse thuis, op school, in de sportclub... We werken niet van achter ons veilige bureautje, we trekken erop uit. Een trajectbegeleider volgt de jongere individueel op. Afhankelijk van de situatie is er verder ondersteuning door een psychiater, een verpleegkundige, een psycholoog, een maatschappelijk werker, psychomotorische therapie en creatieve therapie. We kunnen op maat van de noden verschillende pionnen inzetten en perspectieven inschakelen om tot een optimale oplossing te komen.”

## Getuigenis Twoape

# “Op heel korte tijd de juiste hulp gekregen”

“Onze 16-jarige dochter Camille raakte in een depressie door pestgedrag op school”, vertelt Katia VDD. “We zagen haar al een tijdje veranderen. Ze was niet meer zo vlot, opgewekt en open als vroeger. Maar we legden niet direct de link naar de school. Camille haakte ook af bij de voetbalploeg, waar ze zo graag naartoe ging. Met het gezin waren we echter juist aan het verhuizen en we openden onlangs een nieuwe zaak. We dachten dat Camille zich daardoor wat meer afsloot en zo licht ontvlambaar was. Tot haar oudere zus het pesten ontdekte en ons op de hoogte bracht.”

“Ik ben zelf psychiatrisch verpleegkundige en ik besepte dat Camille hulp nodig had. Een opname zou ze niet zien zitten, wist ik. Maar de mogelijkheid van een dagbehandeling bood perspectief.

Ik heb heel dankbaar voor het traject dat Camille gelopen heeft. Ze is weer het meisje van vroeger. Dankzij Twoape gaat ze weer naar school en naar de voetbalclub. Natuurlijk is niet alles opgelost: de pesters moeten ook hulp krijgen. Maar de hulpverleners van Twoape zijn er alvast in geslaagd om de school in beweging te krijgen. En Camille

is terug opgewekt en heeft weer draagkracht. Af en toe gaat ze nog voor een gesprek langs.

Uiteindelijk heeft Camille weinig van de school gemist. Na twee weken ging ze opnieuw één dag naar school, de week erop twee dagen, dan drie dagen en daarna een hele week als ‘proefweek’. De laatste weken ging ze alleen nog op maandag en vrijdag naar Kliniek Sint-Jozef. Dankzij die flexibele aanpak op maat hebben we op heel korte tijd de juiste hulp gevonden. De hulpverleners van Twoape hebben meteen ingezien dat ellenlange gesprekken geen zoden aan de dijk zouden zetten. Ze hebben een bal genomen en zijn met Camille buiten gaan shotten. Zo hebben ze haar vertrouwen gewonnen.”

Ook Camille zelf kijkt tevreden terug op haar traject met Twoape. “In het begin was het allemaal wat raar. Ik zag mezelf vroeger niet als iemand die hulp nodig zou kunnen hebben. Maar ik voelde me snel op mijn gemak. Ik had het gevoel dat die mensen me begrepen. Ik ben blij dat ik deze periode stilaan achter mij kan laten. Ik vind weer plezier in het voetbal bij mijn ploeg DVK Egem en ook op school heb ik weer mijn plaats gevonden.”

“De motivatie van de jongere is belangrijk. De meesten willen echt iets aan hun probleem doen. We gaan authentiek samen op weg. De jongere heeft toegang tot zijn dossier. We projecteren het dossier zodat hij of zij mee kan lezen terwijl we het aanvullen. Dat dwingt ons, hulpverleners, ook om de taal van de jongere te spreken. Ook de evaluatie doen we samen. Is de jongere er terug klaar voor? Heeft hij of zij nog ambulante opvolging nodig? Zijn alle puzzelstukjes gelegd of blijven er

nog open eindjes? Als we merken dat alles goed lijkt te evolueren, kunnen we na vier of vijf weken eventueel, afhankelijk van de situatie, een week ‘proefontslag’ inlassen. Dan keert de jongere een week lang terug naar de ‘normale situatie’ en maken we nadien een stand van zaken op: wat lukt, wat ging moeilijker, waar kunnen we nog aan werken...? Alles in overleg met de jongere zelf. Dat werkt het beste”, besluit Anneke Baert.

Dr. Eva Debusscher, verpleegcoördinator Jens Demeyer en verpleegkundigen Sanne Hoste en Stephanie Lust van de eenheid Ontwenning.

Symptom Triggered aanpak op eenheid Ontwenning

## Gebruik van benzodiazepines daalt spectaculair

**Minder medicatie, een grotere motivatie en een snellere opstart van de eigenlijke psychotherapie. Dat zijn de meest in het oog springende voordelen van de Symptom Triggered aanpak bij de behandeling van een alcoholverslaving op de eenheid Ontwenning. Dr. Eva Debusscher en het verpleegkundige team werken ondertussen een jaar met deze aanpak. Ze geven graag tekst en uitleg.**

“Zomaar onbegeleid stoppen met drinken, is niet altijd zonder gevaar”, opent dr. Eva Debusscher. “Een alcoholverslaving heeft immers niet alleen een mentale component en een gedragscomponent, vaak is er ook een fysieke impact. Die lichamelijke afhankelijkheid houdt medische risico’s in als mensen plots met alcohol stoppen. Dat gevaar wordt soms onderschat. Het lichamenlijk risico bij alcohol-detoxificatie is bijvoorbeeld groter dan bij stoppen met heroïne. Vooral epilepsie en delirium (verandering van bewustzijn en hallucinaties) zijn

reële complicaties. Daarom bestaat de eerste stap in een behandeling op de eenheid Ontwenning bij niet-nuchtere patiënten uit een gecontroleerde ontgiftingsfase of detoxificatie.”

“Bij een alcoholverslaving met een lichamelijke afhankelijkheid is de bijstand van een gekwalificeerde hulpverlener noodzakelijk. Hij moet onder andere uitmaken waar de patiënt best kan stoppen met drinken: soms kan dat thuis, in andere gevallen is een algemeen ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis aangewezen. Die beslissing wordt gemaakt aan de hand van wegingsfactoren, zoals de mate van lichamelijke afhankelijkheid, de aanwezige ondersteuning door de sociale context, eerdere pogingen om te stoppen enzovoort.”

“Fixed-dose medicamenteuze ondersteuning is de richtlijn voor de behandeling 'detoxificatie van alcohol'. Klassiek is de toediening van benzodiazepines vier keer per dag voor een

duur van maximum tien dagen. Ook in Kliniek Sint-Jozef was het gebruik van fixed-dose medicamenteuze ondersteuning lange tijd de norm, al werd hiervan door artsen en verpleegkundigen in overleg geregeld afgeweken. Het is immers nooit goed om zomaar ‘blindelings’ een vast schema op te volgen. Je moet altijd rekening houden met de specificiteit van de individuele patiënt en context. Maar met de Symptom Triggered aanpak gaan we een hele stap verder in zorg op maat en het beperken van medicatie.”

### Spectaculaire daling medicatiegebruik

“Symptom Triggered betekent symtroom-gestuurd: de medicatiedosis en het moment van toediening hangen af van de symptomen bij de patiënt, en niet omgekeerd. Die aanpak houdt in dat je het vaste schema loslaat en je focust op de reële symptomen van dat moment. Hiervoor werken we met de internationaal gevalideerde vragenlijst CIWA: het Clinical Institute With-

## "De kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning is doorslaggevend. De Symptom Triggered aanpak geeft de verpleegkundigen nog meer verantwoordelijkheid."

drawal Assessment voor alcohol. De CIWA bestaat uit tien vragen die peilen naar fysieke symptomen die kunnen optreden bij lichamelijke onttrekking van alcohol, bijvoorbeeld tremor of misselijkheid. Op basis van die scores wordt de dosis van de medicatie aangepast. De vragenlijst wordt op regelde tijdstippen herhaald, zodat de medicatie voortdurend bijgesteld kan worden. Het resultaat van deze nieuwe aanpak, die we nu een jaar hanteren, is een spectaculaire daling van het medicatiegebruik en een veel kortere ontgiftingsfase. De voordelen hiervan zijn legio", vertelt verpleegkundige coördinator Jens Demeyer.

"Een eerste voordeel is natuurlijk de daling van het medicatiegebruik op zich, met alle mogelijke bijwerkingen. Terwijl het klassieke schema standaard met een hoge dosis begint, passen wij de dosis nu van bij de start aan de CIWA-score aan. Veel patiënten staan trouwens weigerachtig tegen deze medicatie. We ervaren dat die klachten nu grotendeels wegvallen."

"Een ander voordeel is dat de periode van toediening van medicatie korter duurt, wat toelaat om sneller met de eigenlijke therapie te starten. De benzodiazepines kunnen immers een versuffende bijwerking op patiënten hebben. Tijdens de ontgifting hebben patiënten daardoor niet de energie noch de motivatie en de concentratie om de psychotherapie op te starten. Dat we de therapie nu sneller kunnen

aanvatten, is beter voor de motivatie en het ziekte-inzicht van de patiënten."

"We gaan met de Symptom Triggered aanpak ook sneller eventuele andere lichamelijke complicaties aan het licht brengen. Iemand met buikpijn bijvoorbeeld, zal die pijn nu meer voelen en sneller melden. Hoe sneller we die medicatie kunnen afbouwen, hoe sneller we dus ook die fysieke klachten kunnen ontdekken."

"De nieuwe aanpak sluit verder goed aan bij belangrijke waarden van Kliniek Sint-Jozef: de autonomie van de patiënt, de herstelgerichte aanpak, de authentieke nabijheid. Bij die waarden past een zorg op maat, die de standaarden durft te verlaten waar dat aangewezen is."

### Geen copy-paste

"Ondanks alle voordelen kan deze Symptom Triggered aanpak niet zomaar copy-paste naar andere afdelingen of ziekenhuiscontexten vertaald worden", zegt dr. Debusscher. "Om te beginnen vergt deze aanpak een zeer specifieke kennis en een bepaalde expertise bij de verpleegkundigen. De kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning is doorslaggevend. De Symptom Triggered aanpak geeft de verpleegkundigen nog meer verantwoordelijkheid. Ze zijn zich daar heel goed van bewust. En net zoals ze vroeger soms doordacht afweken van het vaste schema, zo moeten ze ook het CIWA-instrument met de nodige

omzichtigheid hanteren. Het geven van de scores alleen al, blijft uiteindelijk een subjectieve inschatting. Laat één patiënt door tien verpleegkundigen inschalen en de kans is groot dat de eindscores uiteenlopen. Dat zijn de beperkingen van het instrument. Bovendien, als de patiënt bijvoorbeeld tremor vertoont, hoeft alcohol niet altijd de enige oorzaak te zijn. Soms speelt ook stress mee of de spanning rond het opnamegebeuren of is er een aangeboren tremor. Ook het gevaar van ondermediceren is reëel. Toch geeft CIWA voldoende houvast. Als arts heb ik vertrouwen in het team van de eenheid Ontwenning. Dat vertrouwen is gebaseerd op een intense samenwerking."

"Dat we als verpleegkundigen dat vertrouwen krijgen, maakt ons nog sterker", vertellen Sanne Hoste en Stephanie Lust. "Het maakt ons werk nog boeiender en we kunnen nog beter inspelen op de noden van elke individuele patiënt. De Symptom Triggered aanpak is wel wat arbeidsintensiever dan het klassieke vast schema. Maar aan de andere kant duurt de detoxicatieperiode ook minder lang."

Het Gekaapte Brein

## “Wie niet sterk is, moet slim zijn”



Paul Van Deun

**Klinisch psycholoog Paul Van Deun stelde onlangs zijn boek *Het Gekaapte Brein* in Kliniek Sint-Jozef voor aan een gemengd publiek van hulpverleners, patiënten en hun familie. Zijn boodschap was doorspekt met nieuwe neurologische inzichten en met hoop en perspectief. Paul Van Deun is ook voorzitter van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD). Na de lezing spraken we nog even met hem.**

“Dankzij recente ontwikkelingen in de neurowetenschappen weten we vandaag dat het typische gedrag van mensen met een verslaving het gevolg is van veranderingen, een verstoring eigenlijk, in de hersenen. Die verstoring is het gevolg van het middelengebruik. Maar, en dat is heel belangrijk, die verstoring is grotendeels omkeerbaar”, zegt Paul Van Deun.

“De redenen waarom mensen blijven gebruiken, zijn andere redenen dan waarom ze ermee begonnen zijn. Vaak wordt gedacht dat bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik een functie vervult: plezier verschaffen, miserie verdrinken... Een andere verklaring is dat overmatig drankgebruik is ‘aangeleerd’: we hebben geleerd dat alcohol de eenzaamheid kan verdrijven en als we ons eenzaam voelen, grijpen we daarom naar de fles. De neurowetenschappen werpen een ander licht hierop. We kunnen het gedrag van iemand met een verslaving zien als het gevolg van een overwaardering van dat product, waardoor die persoon super gemotiveerd is om het te verkrijgen. Dat wijst op een verstoring van het beloningssysteem of het bekrachtigingssysteem in de hersenen, als een direct gevolg van het regelmatig alcoholgebruik.”

## "Herval heeft minder te maken met een impuls van binnenuit dan we wel eens denken. De uitlokking gebeurt veeleer door de aanwezigheid of de beschikbaarheid van het product."

"Dat gegeven leidt tot nieuwe inzichten. Bijvoorbeeld het inzicht dat herval in hoge mate uitgelokt wordt door het al dan niet gemakkelijk beschikbaar zijn van het product. We zien inderdaad dat mensen vooral hervallen als het product (de alcohol, de cannabis, de games...) beschikbaar is, als er tijd voor is en als de gelegenheid zich voordoet. Herval heeft dus minder te maken met een impuls van binnenuit dan we wel eens denken. De uitlokking gebeurt veeleer door de aanwezigheid of de beschikbaarheid van het product. Het kan dus helpen om hindernissen op te werpen, zodat het product minder gemakkelijk bereikbaar is. Bijvoorbeeld door niet meer naar het warenhuis te gaan waar je altijd drank inkoopt of door via training aan te leren om anders om te gaan met je leefwereld."

### **In een wereld waarin alcohol en andere potentieel verslavende middelen alomtegenwoordig zijn, lijkt het niet gemakkelijk om die hindernissen op te werpen?**

Dat is inderdaad niet gemakkelijk. Onze hersenen zijn vele duizenden jaren geleden gevormd om te overleven in een agrarische omgeving. Mensen moesten kunnen omgaan met honger en schaarste. En als er dan eens eten in overvloed beschikbaar was, dan legde ons lichaam een reserve aan voor slechtere tijden. Dat was een gezond overlevingsmechanisme van onze hersenen. Maar de tijden zijn veranderd. Rijk en energetisch voedsel met suikers en vetten is in onze samenleving heel gemakkelijk beschikbaar, maar onze hersenen zetten ons aan om toch te blijven hamsteren en reserves aan te leggen. Iets gelijkaardigs gebeurt met alcohol en andere drugs. Vroeger waren die veel moeilijker te verkrijgen. Het zijn gegeerde producten. Kijk ook naar het gokken en games die grote beloningen beloven voor een hele kleine

inspanning. Dat zet aan tot herhaling. Gokspelen die snelle winst opleveren die je meteen opnieuw kunt inzetten, werken het meest verslavend. Hoe kan je je best wapenen tegen gokverslaving? Door je uit te schrijven in casino's en online goksites. Zodra je er geen toegang meer toe hebt en je weet dat het product niet meer beschikbaar is, daalt het verlangen ernaar automatisch. Dat mechanisme biedt mogelijkheden.

Als iemand elke vrijdagavond met de collega's stevig doorzakt met alcohol en daarna nog cocaïne, dan speelt de context een grote rol. Op vrijdag krijgen sommige mensen een deel van hun loon in het zwart uitbetaald, ze hebben tijd én ze hebben het hele weekend om te bekomen. Stel dat je dat loon pas op maandag uitbetaalt of dat die mensen iets interessants te doen hebben tijdens het weekend, dan zullen ze veel gemakkelijker weerstaan aan de alcohol en de cocaïne. Mensen worden nooit sterker dan het product waaraan ze verslaafd zijn, maar ze kunnen wel slimmer worden. Je kan je voorbereiden op situaties met alcohol, je kan voor jezelf hindernissen opwerpen. Dat werkt.

### **De jongste tien tot twintig jaar is de maatschappelijke tolerantie tegenover tabak helemaal gekeerd. Ziet u dat als voorzitter van de VAD ook gebeuren met alcohol of andere middelen?**

De samenleving heeft inderdaad een grote verantwoordelijkheid. We mogen alcohol, cannabis en andere drugs niet als gewone koopwaar beschouwen. Ze hebben een hoog gezondheidsrisico en daarom moeten we ze aan banden leggen. We moeten hindernissen opwerpen, de beschikbaarheid verlagen, een hogere prijs zetten en een hogere beginleeftijd bepalen. Hoe minder

beschikbaar, hoe gemakkelijker het voor mensen met een gevoeligheid voor verslaving is om eraf te blijven. Want niet iedereen is even gevoelig voor verslaving. De meeste mensen drinken vrij weinig. Maar een kleine groep drinkt enorm veel. En die kleine groep van 'superconsumers' maken de winst van de industrie. Hetzelfde geldt voor cannabis en games. 25% van de omzet bij het online wedden op sportwedstrijden komt van 1% van de spelers.

Mijn bekommernis als voorzitter van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen is dat de verslavingszorg nog altijd stiefmoederlijk behandeld wordt. We zeggen ook veel te gemakkelijk over iemand 'hij of zij is verslaafd', waarmee we die persoon identificeren met zijn verslaving. Dat is niet correct. Iemand *heeft* een verslaving, maar *is* niet zijn verslaving. Verslaving is een lastige ziekte, maar er is hoop.

### **In die zin bracht u tijdens uw lezing in Kliniek Sint-Jozef ook een positieve boodschap?**

Zeker en vast. Het was voor mij trouwens een unieke gelegenheid om voor een gemengd publiek van hulpverleners, artsen, patiënten en hun familie te spreken. Ik voelde bij veel mensen herkenning. Ik wil een verhaal brengen dat 'ontschuldigen' werkt. Mensen kiezen er niet voor om veel te drinken. Integendeel, mensen met een verslaving voelen zich vaak klein en machteloos. Het gaat niet om slechte wil. Mensen zijn vastgelopen in een mechanisme dat we kunnen verklaren. Dat biedt inderdaad hoop en perspectief.

*Paul Van Deun, 'Het Gekaapte Brein, Verslavingsgedrag beter begrijpen', uitgeverij Pelckmans Pro, 2018.*



Boek in de kijker

# EFT in uitvoering: een casusboek

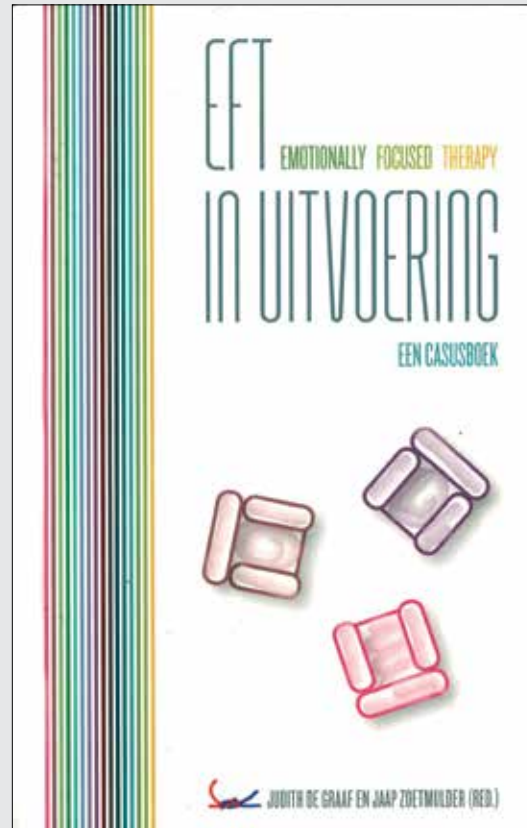
Het eerste Nederlandstalige Emotion Focused Therapy praktijkboek kon niet lang meer op zich laten wachten. Emotion Focused Therapy bekijkt de relatie tussen partners als een interactiecirkel gestuwd door hun hechtingsstijl. Susan Johnson is "the godmother" van het EFT-model, maar dit praktijkboek dat geschreven werd uit de dagdagelijkse praktijk van EFT-therapeuten laat zien dat het zich makkelijk laat vermengen met andere therapiemodellen.

Karin Wagenaar en Lieven Migerode bijten de spits af met een helder en samenvattend overzicht van de hechtingstheorie, het hart van de EFT. Ze frissen hiermee de kernbegrippen rond hechting op bij de lezer, zonder in oeverloze herhaling te vervallen. Ook de meest recente onderzoeken van het EFT-model worden er weergegeven.

De volgende hoofdstukken gaan over het gebruik van het EFT-model bij koppels die zich in een specifieke gezinsontwikkelingsfase bevinden: een paar met jonge kinderen, stellen van middelbare leeftijd en ouderen. Het gebruik van het EFT-model lijkt in periodes van transitie van grote waarde, aangezien oorspronkelijke hechtingsstrategieën net dan geactiveerd kunnen worden, wat tot een beleving van dreigend verlies kan leiden in het hier en nu. Door de stress, die eigen is aan elke levensfase, expliciet en herhaaldelijk te benoemen als aanjager, wordt deze geëxternaliseerd en tegelijk ook genormaliseerd.

## Traumakoppels

In het hoofdstuk over traumakoppels brengt Marika Engels een casus naar voren waarbij twee therapeuten worden ingezet. De therapeuten kunnen in het bijzijn van de partners onderling reflecteren, om op die manier het meegezogen worden in het narratief van één van de partners tegen te gaan. Er kan ook individueel verder gewerkt worden op thema's waarvoor in de koppeltherapie onvoldoende ruimte is. Trauma's komen ook vaak voor bij de geweldkoppels die Jef Sloodmaeckers en Lieven Migrode beschrijven in hun hoofdstuk. Ze vinden gehechtheidsbetekenis voor geweld in het reguleren van nabijheid en/of afstand tussen de partners. Niet alleen biedt het hoofdstuk houvast voor de therapeut, het is ook destigmatiserend voor de koppels. Een ander verrassende toepassing van EFT wordt uitgewerkt voor stellen met een somatisch onbegrepen lichamelijke klacht. Noor Van Der Welf gaat via het lichaamsgericht mentaliseren op zoek naar de taal van het lichaam, waar vaak trauma's geworteld liggen. Ze gaat over tot het bieden van relationele hulp bij mensen die vanuit hun overlevingsmodi net geen relaties willen inschakelen.



*EFT in uitvoering: een casusboek, Judith De Graaf en Jaap Zoetmulder (red.) (2018). Utrecht: Stichting EFT Utrecht, Press. 303 pp. € 29,95. ISBN 978 90 816169 5 9*

Karin Wagenaar staat uitvoerig stil bij de diagnose depressie en de samenhang met gehechtheid voordat ze haar casus toelicht in het hoofdstuk 'depressie: ondermijner van de verbinding'. In het hoofdstuk rond rouwen als partners bij het overlijden van een kind wordt een recente rouwtheorie, het Dual Process Model (Stroebe & Schut, 2002), verbonden met EFT-interventies.

De hoofdstukken rond seksualiteit en ontrouw konden niet ontbreken in dit boek. Petra Deij en Judith Van Verseveld verbinden de wijze waarop partners zich reguleren en uitdrukken met betrekking tot emoties, met de seksuele relatie.

Tot slot beschrijven Zoetmulder en de Graaf in het laatste hoofdstuk een methode voor de (EFT)-systeemtherapeut om om te kunnen gaan met tijdelijke blokkades in zijn/haar functioneren als therapeut. Het *Attachment Family Focused Therapy*-model van Daniel Hughes (2007) vormt de inspiratiebron. De auteurs buigen zijn concept van de kernvermogens bij geblokkeerd ouderschap om naar de kernvermogens die nodig zijn voor 'goed therapeutschap'. Dit vormt een dankbaar afsluitend hoofdstuk dat het belang van het persoonlijk functioneren van de therapeut naar waarde schat.

Mieke Hoste, klinisch psycholoog eenheid Ontwenning

## “Goede dienstverlening blijft prioriteit nummer 1”

**Eind juni gaat directeur Administratie Joris Veys na maar liefst veertig jaar dienst met vervroegd pensioen. Een mooie gelegenheid om enkele evoluties in zijn loopbaan te belichten. De meest recente evolutie is de reorganisatie van het Medisch secretariaat voor een nog betere dienstverlening aan verwijzers, artsen, patiënten en afdelingen.**

“Ik heb er een loopbaan van precies veertig jaar opzitten”, vertelt Joris Veys. “Ik trad in dienst op 19 april 1979. De werking is uiteraard compleet veranderd in die periode. Toen ik begon, werkte de administratie nog helemaal op papier. Van informatica en automatisering was nog geen sprake. Het ziekenhuis was met 130 bedden heel wat kleiner dan vandaag met 197 bedden. We groeiden in de loop der jaren van een 80-tal medewerkers naar 320. Hiervan werken de meesten deeltijds. Vroeger had je alleen keuze tussen voltijds en halftijds. Doorheen de jaren werden de uurroosters per specialisme afgestemd op de therapeutische noden.”

“Ik heb heel wat kansen gekregen in het ziekenhuis. Ik begon als boekhouder en administratieve duizendpoot, evolueerde tot hoofd van de administratie, vervolgens stafmedewerker Financiën om daarna de functie van directeur Administratie op te nemen.”

“Een belangrijke evolutie doorheen de jaren is naast de uitbouw van de administratie en administratieve toepassingen, de centralisatie van de administratieve taken op de zorgeenheden. We proberen zo veel mogelijk de zorgmedewerkers te ontlasten. Dit is arbeidsintensief werk en het vergt

veel overleg. Automatisering en informatisering zijn hierbij enerzijds de sleutel, maar ze brengen anderzijds ongewild opnieuw een deel van de registraties bij de zorg. Dat is bijna onvermijdelijk nu alles gekoppeld is aan het elektronisch patiëntendossier. Correcte registratie aan de basis werkt immers het meest efficiënt. Maar voor de zorgmedewerkers blijft dit voortdurend een aandachtspunt.”

Daar is Katy Provoost, hoofd Administratie, het mee eens. “De zorg is de corebusiness. De niet-zorggerelateerde taken moeten we ondersteunen, zodat de zorgmedewerkers maximaal directe patiëntenzorg kunnen verlenen. Wij proberen met de administratie vanuit dat zorgperspectief te kijken en zo een meerwaarde te bieden.”

“Dat geldt trouwens ook voor onze dienstverlening aan patiënten, artsen, huisartsen en andere verwijzers. Daarom hebben we het medisch secretariaat hervormd en uitgebreid. Dit maakt het mogelijk dat artsen een aantal taken kunnen delegeren, zoals het agendabeheer en de briefwisseling. Daardoor krijgen patiënten sneller alle nodige documenten, bijvoorbeeld voor de verzekeringen. Ook de brieven naar de huisartsen en andere verwijzers verwerken we sneller. We werken met sjablonen en streven naar een automatisering van standaardcommunicaties.”

### Medisch secretariaat versterkt

“Belangrijk voor de verwijzers is dat het medisch secretariaat voortaan hun vast aanspreekpunt vormt”, zegt Joris Veys. “Verwijzers hoeven zich niet meer eerst aan te melden aan het Onthaal. Een huisarts met een vraag

over een dossier kan rechtstreeks het medisch secretariaat opbellen. Zo garanderen we een betere bereikbaarheid van artsen voor huisartsen en andere verwijzers. We hebben hiervoor het medisch secretariaat versterkt en ingericht vlak naast het Onthaal. De inrichting is afgestemd op de privacy van de patiënt, met voldoende openheid voor een naadloze samenwerking met de onthaalmedewerkers. Op die manier kunnen deze medewerkers als back-up van het medisch secretariaat optreden, bv. buiten de kantooruren. Een goede wisselwerking tussen onthaal en medisch secretariaat is onontbeerlijk voor een optimale dienstverlening.”

“Op de eenheid Ontwenning loopt daarnaast een project ‘administratieve inschrijving’ ter ontlasting van de eenheid. Tot vandaag wordt een patiënt bij opname via zijn identiteitskaart ingeschreven aan het Onthaal. Daarna gaat de patiënt langs bij de maatschappelijk werker van de eenheid, die verdere administratieve gegevens verzamelt. Op basis van al deze gegevens maakt het medisch secretariaat dan de nodige brieven op. Dat zijn te veel stappen. Met het pilootproject onderzoeken we of het ook in één stap kan, met name door het medisch secretariaat. Uiteraard blijft er een gesprek met de maatschappelijk werker op de afdeling nodig, maar dan louter inhoudelijk en niet langer voor administratieve gegevens. Zo ontlasten we de afdeling, centraliseren we alle administratie en kunnen we bovendien vlotter de nodige communicatie voeren (bv. voor de verwijzer) en documenten (bv. voor de verzekeringsmaatschappij) opmaken”, zegt Katy Provoost.

## Goede communicatie maakt het verschil

Eind maart organiseerde koepelorganisatie Zorgnet-Icuro een studiedag over de problematiek van onbetaalde facturen in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Zowat alle ziekenhuizen worstelen hiermee. Kliniek Sint-Jozef voert echter al meer dan vijftien jaar een uitgesproken beleid hierrond.

Joris Veys: "Al bij het moment van opname maken wij een eerste inschatting met de patiënt. Waar nodig stellen we zelf een afbetalingsplan voor. Wij volgen dat punctueel op, maar zijn tegelijk heel tegemoetkomend. Goede communicatie met de artsen en de maatschappelijk werkers maakt hier het verschil. Blijft een factuur onbetaald, dan sturen we tot drie herinneringen en nodigen we de patiënt uit voor een gesprek over een haalbaar afbetalingsplan. Als dat niet lukt, wenden we ons tot de vrederechter, maar dat gebeurt maar zelden. Zeer uitzonderlijk wordt een dossier doorverwezen naar de advocaat."

"Andere ziekenhuizen werken soms samen met een incassobureau als een patiënt na twee herinneringen niet betaalt. Dat doen wij niet. We beseffen dat we vaak met kwetsbare doelgroepen werken en daar houden we maximaal rekening mee. We steken hier relatief veel tijd in, maar die aanpak strookt met onze visie en ze werkt."

## Medisch secretariaat voor verwijzers

Het medisch secretariaat is voortaan het rechtstreeks aanspreekpunt voor verwijzers met vragen over een dossier. Het medisch secretariaat is open:

Ma: van 8.30 uur tot 16.00 uur

Di, do en vrij: van 8.30 uur tot 17.00 uur

Woe: van 8.30 uur tot 12.30 uur

051 63 81 74 - medisch.secretariaat@sjp.be

Het onthaal is open van 06.45 tot 21.15 uur.  
051 46 70 41



**Joris Veys en Katy Provoost: "Een huisarts met een vraag over een dossier kan rechtstreeks het Medisch secretariaat opbellen. Zo garanderen we een betere bereikbaarheid van artsen voor huisartsen en andere verwijzers."**



*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. Evelyne D'hoore

*Jongvolwassenen*  
Dr. Geert Everaert

### ZORGPROGRAMMA VOLWASSENEN

#### Eenheden

*Volwassenen kortverblijf*  
Dr. Hanne Vermeersch

*Angst-, stemmings- en  
persoonlijkheidsproblemen*  
Dr. Mark Kinet

*Psychosezorg*  
Dr. An Verbrugghe

*Psychosociale revalidatie*  
Dr. Hanne Vermeersch

### ZORGPROGRAMMA VERSLAVING

#### Eenheid

*Ontwenning van alcohol,  
medicatie, tabak, cannabis*  
Dr. Eva Debusscher

### ZORGPROGRAMMA OUDEREN

#### Eenheid

*Ouderen*  
Dr. An Verbrugghe

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)

