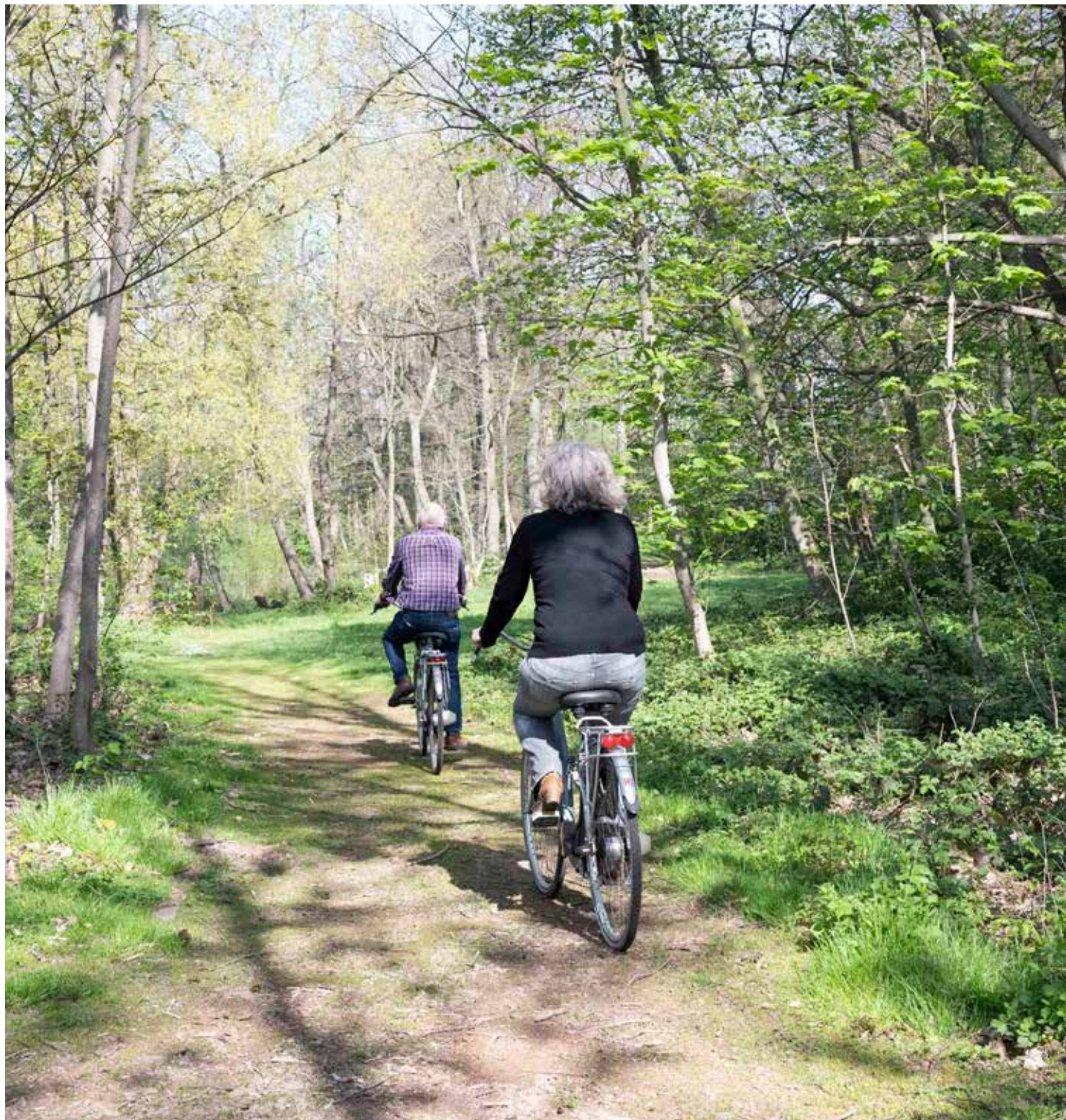


KLINIEK SINT-JOZEF

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN



OPEN VENSTER ⁵¹

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Editoriaal

Oud is niet uitgeblust

Het vorige nummer van Open Venster was helemaal gewijd aan het zorgprogramma Jeugd en de samenwerking binnen het netwerk WINGG en in Twoape. Deze keer ligt de focus op het zorgprogramma Ouderen. Aanleiding is de zorgvernieuwing die vorig jaar plaats-

vond. Het zorgprogramma Ouderen telt vandaag drie zorgpaden, waarvan twee voor angst- en stemmingsproblemen en één voor patiënten met een verslavingsproblematiek. We stellen ze graag aan u voor.

Ook in dit zorgprogramma kiest Kliniek Sint-Jozef voluit voor samenwerking. Er is de samenwerking in het Netwerk GGZ Kwadraat, die extra zuurstof krijgt nu de mobiele teams voor acute en langdurige zorg ook patiënten ouder dan 65 jaar mogen begeleiden. Daarnaast zijn er de outreachende initiatieven Consultatiepunt Ouderen multidisciplinair (COM) en Outreachende Zorg Ouderen (OZO).

Belangrijk is verder de samenwerking met AZ Delta voor de afdeling psychogeriatric. Er is een grote nood aan een gespecialiseerde afdeling voor frêle ouderen met psychische aandoeningen. Het gaat om patiënten die cognitief en/of lichamelijk te fragiel zijn voor een opname in Kliniek Sint-Jozef.

“Van oudere mensen die de zin in het leven kwijt zijn, die niet meer bewegen en nauwelijks hun huis uit komen, denken

we te snel dat dat bij de leeftijd hoort,” zegt dr. Cobbaert van AZ Delta. “Dat klopt niet. Ook mensen die zelf aangeven dat het niet meer hoeft, dat ze hun leven als voltooid beschouwen, kunnen weer opleven met de juiste zorg en ondersteuning. We mogen het niet normaal vinden dat oudere mensen uitgeblust en passief in bed liggen.” Kliniek Sint-Jozef deelt deze visie op ouderenzorg.

Alle zorgpaden hebben een bijzondere aandacht voor het betrekken van de context: de partner, het gezin, de familie of andere naasten. Al vóór de opname zijn er gesprekken, die voortduren tijdens de behandeling en zelfs tot na de opname. Hoe beter de context betrokken is als partner in de zorg, hoe beter voor het herstel van de patiënt. Je leest er alles over in dit magazine.

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, Greta Vanoverschelde, Annelies Naert

Coördinatie: Annelies Naert

Redactie: Zorgcommunicatie.be

Fotografie: Stefaan Beel, Carine Devolder

Vormgeving: dotplus.be

Verantwoordelijke uitgever:
Filip Deboutte, Boterstraat 6, 8740 Pittem

Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open Venster: contacteer Annelies Naert, annelies.naert@sjp.be

Wenst u Open Venster niet meer te ontvangen?

Stuur een mailtje naar info@sjp.be en wij schrappen u uit ons adresbestand.

Inhoud

Editoriaal	2
Focus op zorgprogramma Ouderen	3
Zorgpad Verslavingszorg	4
Zorgpad Angst en Stemming A	6
Zorgpad Angst en Stemming B	8
Samenwerking AZ Delta en Kliniek Sint-Jozef	10
Mobiele teams, COM en OZO	12
Familiewerking zorgprogramma Ouderen	14
Partner van patiënt getuigt	15

Sterke betrokkenheid context, outreachende werking wint aan belang

Open Venster focust deze keer integraal op het zorgprogramma Ouderen. Sinds de zorgvernieuwing vorig jaar zijn er drie zorgpaden voor ouderen. We stellen ze op de volgende pagina's graag aan u voor.

De beleidscel van het zorgprogramma Ouderen bestaat uit afdelingshoofd Gina Devos, beleidspsycholoog Jolien Vande Walle en psychiaters dr. An Verbrugge en dr. Hannes Dechamps.

Elk zorgpad is met de zorgvernieuwing afgeslankt tot zijn essentie. Dat geeft extra tijd en ruimte om in te spe-

len op de individuele noden van elke patiënt. Hiervoor kan elk zorgpad een beroep doen op de expertisecentra.

Voorts vertonen de zorgpaden een grote samenhang. Zo valt de grote aandacht op voor het betrekken van de context. Er is een aantal vaste overlegmomenten, zoals het behandelpijlgesprek, het evolutiegesprek en de familie-infoavonden. Je leest er meer op pagina 14-15.

Een ander gemeenschappelijk punt is de outreachende werking. Eerder al nam Kliniek Sint-Jozef het initiatief

voor het Consultatiepunt Ouderen multidisciplinair (COM) en Outreachende Zorg Ouderen (OZO). Sinds kort kunnen ook de mobiele teams acute en langdurige zorg met oudere patiënten aan de slag. Op het terrein werken deze initiatieven meer en meer samen. Je ontdekt het op pagina 12-13.

Ook de samenwerking met AZ Delta voor de afdeling psychogeriatricie mag niet onvermeld blijven. Deze gespecialiseerde dienst is sinds goed een jaar actief. Lees het hele verhaal op pagina 10-11.



An Verbrugge
Psychiater



Gina Devos
Afdelingshoofd



Jolien Vande Walle
Beleidspsycholoog



Hannes Dechamps
Psychiater

ECT en TMS

Beide ouderenpsychiaters bieden ECT of elektroconvulsietherapie aan. "Hiervoor zijn diverse indicaties," zegt dr. Dechamps. "In het bijzonder bij oudere patiënten met een acute suïcidaliteit, een psychotische kwetsbaarheid of een zware depressie. ECT heeft minder bijwerkingen en minder veiligheidsrisico's dan klassieke medicatie. Er is bij de juiste indicatie een hoge werkzaamheidsgraad van 70 tot 80%. De patiënt moet vooraf een 'informed consent' (geïnformeerde toestemming) geven en de familie wordt betrokken. Er zijn weinig contra-indicaties."

Dr. Dechamps volgt de jongste ontwikkelingen op de voet. "Recent is er een hernieuwde interesse voor transcraniële magnetische stimulatie (TMS) en Repetitieve TMS (RTMS). Voorlopig wordt RTMS bij ons alleen toegepast in universitaire centra. Maar de ontwikkelingen zijn veelbelovend."

“Doelgroep ouderen heeft specifieke zorgnoden, ook voor ontwenning”

Het zorgprogramma Ouderen telt drie zorgpaden. Twee zorgpaden Angst en Stemming en een zorgpad Verslavingszorg. Waarom een zorgpad Verslavingszorg specifiek voor de doelgroep ouderen? We vragen het aan dr. Hannes Dechamps en beleidspsycholoog Jolien Vande Walle.“

Een aantal aspecten in de therapie is specifiek voor de levensfase van ouderen,” legt psychologe Jolien Vande Walle uit. “We hebben een kernprogramma met psychotherapie, sociale vaardigheden, lichaamswerk en psycho-educatie. We besteden veel aandacht aan levensfaseproblematieken zoals eenzaamheid, verlies, het lege nest, de rol als grootouder... De motivatie om de abstinentie (onthouding) vol te houden, verschilt naargelang de leeftijd. Verder nemen we ook lichamelijke comorbiditeiten mee in de behandeling.”

“De impact van de verslaving op neurocognitief niveau weegt doorgaans al zwaarder,” beaamt dr. Hannes Dechamps. “We moeten trouwens de nuance maken tussen biologische en chronologische leeftijd. Een jarenlange verslaving heeft een impact op de lichamelijke gezondheid, de mobiliteit, de alertheid en de cognitieve vermogens. Ook comorbiditeiten maken een groot verschil: verhoogde cholesterol, hoge bloeddruk, cardiale belasting... Maar het is moeilijk om op al die elementen een exacte leeftijd te kleven. Daarom is leeftijd geen strikt criterium. Meer doorslaggevend is de algemene gesteldheid van de patiënt en zijn cognitieve vermogens. Bij de

oudere populatie kan het langer duren vooraleer men opklaart, zeker als er een onderliggende problematiek aanwezig is. Bijkomende aandacht gaat dan ook uit naar mogelijke neurocognitieve uitval en of hier al dan niet nog evolutie in zit bij volgehouden abstinentie. Tijdens de opname voorzien wij neuropsychologische testing als dat nodig blijkt. Het zorgpad Verslavingszorg voor ouderen heeft aandacht voor al die aspecten. We werken trouwens goed samen met het zorgpad Verslavingszorg voor volwassenen. Er is nauw overleg en uitwisseling van expertise.”

Troost of vlucht

Hebben de meeste oudere patiënten al langer een verslavingsproblematiek? Of kampen veel patiënten pas op latere leeftijd met een verslaving?

“De beide groepen bestaan: ‘the early onset’ en ‘the late onset’,” zegt Jolien. “Mensen ontwikkelen soms pas op latere leeftijd een verslavingsproblematiek, net omdat die levensfasethematieken te veel kunnen ‘vragen’. Ik denk aan pensionering, verlieservaringen, cognitieve beperkingen die de kop opsteken, rouw, de kwaliteit van leven op oudere leeftijd... Patiënten zoeken soms troost in middelen met een verdovende werking. Andere patiënten dragen al een hele voor geschiedenis van middelenmisbruik met zich mee.”

“Een partner of een job geeft een bepaalde structuur voor mensen met een verslavingsgevoeligheid. Als die structuur wegvalt, kan middelengebruik

escaleren. De onderlinge verschillen binnen de patiëntengroep maken de groepspsychotherapie rijker. Het uitwisselen van verhalen zet mensen aan het denken over hun eigen situatie. Dat proberen we te faciliteren, vanuit een herstelgerichte visie. We doen hen reflecteren en leren hun om hun krachten aan te spreken. Die groepsdynamiek draagt daartoe bij.”

De kip of het ei

Gaat het over verslavingsproblematiek, dan denken velen allicht in de eerste plaats aan mannen en alcohol. Niet helemaal terecht, zo blijkt. Naast alcohol- is er veel medicatieverslaving of een combinatie van beide. En het gaat niet alleen over mannen, even goed over vrouwen.

“Een verslaving komt vaak voor met andere kwetsbaarheden,” zegt dr. Dechamps. “Die kunnen erg divers zijn en hebben een onderlinge wisselwerking. Een langere periode van abstinentie stelt de patiënt in staat om ook met die andere kwetsbaarheden aan de slag te gaan. Vanuit ons cognitief gedragstherapeutisch en heuristisch denkkader gaan we actief op zoek naar de complexiteit van elk individueel verhaal om zo goed als mogelijk op maat herstelgericht te werken.”

“Hierin speelt de context een sleutelrol,” zegt Jolien. “We mikken voor elk behandeltraject op een aantal vaste contactmomenten met die context. In de eerste weken van de opname is er een behandelpijlgesprek met de verpleegkundige, later volgt een evolutiegesprek met het ganse behandelteam.



“We gaan sowieso altijd voor abstinentie,” zegt dr. Dechamps. “Dat is het primaire streefdoel. Soms blijkt dat doel onhaalbaar. Dan zetten we in op maximale ‘harm reduction’, het beperken van de schade.”

Dat maakt standaard deel uit van een behandeling. Op indicatie bieden we koppelgesprekken of contextgesprekken aan. Ook de familie-infoavonden zijn een belangrijk onderdeel van onze contextwerking. (Zie ook artikel op pagina 14-15, nvdr.) Uiteindelijk gaat het over het functioneren van de patiënt binnen zijn context. Het gaat nooit om de verslaving alleen, we bekijken altijd het grotere plaatje.”

Abstinentie of harm reduction

En wat met de doelstellingen? Liggen die – gezien de leeftijd – anders dan bij volwassenen?

“We gaan sowieso altijd voor abstinentie,” zegt dr. Dechamps. “Dat is het primaire streefdoel. Soms blijkt

dat doel onhaalbaar. Dan zetten we in op maximale ‘harm reduction’, het beperken van de schade. Maar de focus blijft herstel.

De doelstellingen zijn individueel gekleurd. Wat is er belangrijk voor de patiënt? Een gevolg van het nuchter zijn, is dikwijls dat er veel tijd vrijkomt. Hoe wil de patiënt die tijd zinvol invullen? Dat is een aandachtspunt als we het over doelstellingen hebben. Volwassenen hebben hun werk, de opvoeding van de kinderen, het gezin dat ze uitbouwen, het huis dat ze verbouwen... Terwijl ouderen eerder vanuit de grootouderpositie voor de kleinkinderen een rol kunnen vervullen of op het vlak van vrije tijd zinvolle activiteiten kunnen aanvaatten.

Dankzij de zorgvernieuwing en de samenwerking met de expertisecentra hebben we de luxe om elke patiënt op maat te begeleiden en ondersteunen. Het aanbod vanuit de expertisecentra is een grote meerwaarde. We kunnen nog meer dan vroeger inspelen op specifieke noden. Bijvoorbeeld op het vlak van vrijetijdsinvulling. Zo verkleinen we de kans op herval, ook bij de oudere patiënten.”

“Het is belangrijk dat elke patiënt op de juiste plek terecht komt”

Het zorgprogramma Ouderen heeft twee zorgpaden Angst en Stemming: ASA en ASB. Het verschil zit in de ik-sterkte van de patiënt. Dr. An Verbrugghe en beleidspsycholoog Jolien Vande Walle geven tekst en uitleg bij ASA.

De hoofddoelgroep van het zorgpad Angst en Stemming A (ASA) zijn ouderen met een depressie: een majeure depressie, een bipolaire depressie, een psychotische depressie... De patiëntengroep omvat zowel mensen die al eerder een of meerdere depressies doormaakten, als ouderen die pas op latere leeftijd ernstige depressieve gevoelens ontwikkelen. Doorgaans is er een samenhang met de levensfase.

Inzicht verwerven

“In het hele zorgprogramma Ouderen hebben we de leeftijd als strikt criterium verlaten,” zegt dr. An Verbrugghe. “Vroeger lag de grens op 65 jaar, vandaag nemen we ook patiënten van 60 of zelfs jonger op. Als iemand van 58 jaar samenleeft met een partner van 15 jaar ouder, kleinkinderen heeft en geen beroep meer uitoefent, dan heeft die persoon dikwijls meer aansluiting bij de doelgroep ouderen dan bij de doelgroep volwassenen. Omgekeerd, als iemand van 63 nog professioneel actief is en een sterk sociaal netwerk heeft, dan is het zorgprogramma Volwassenen misschien meer aangewezen. We bekijken het individueel en houden rekening met het hele plaatje, niet met de leeftijd op zich.

Een opname in het zorgpad Angst en Stemming A duurt in de regel minimum zes tot acht weken. Maar die duur

varieert. Een heropname is vaak korter. Of we kunnen overschakelen op dagtherapie.

Zowel zorgpad ASA als ASB behandelt ouderen met angst- en stemmingsstoornissen. De ik-sterkere ouderen in zorgpad A functioneren gemakkelijker in groep en zijn introspectief-verbaal sterker. Daar ligt het verschil tussen beide zorgpaden.”

Residentieel en dagtherapie

“Inzicht en steun vinden bij elkaar is belangrijk in de groepsdynamiek van zorgpad ASA,” zegt psychologe Jolien Vande Walle. “Groepstherapie maakt een wezenlijk onderdeel uit van de behandeling. Dat de patiënten in dezelfde levensfase beland zijn, met dezelfde uitdagingen en worstelingen – zoals verlies van identiteit, van mensen en mogelijkheden – geeft dit zorgpad een hechte samenhang. Het gaat over andere thema’s dan bij een volwassen patiëntenpopulatie.

De groepstherapie in ASA is anders dan in ASB. Wij zetten nog meer in op het interpersoonlijke, het supportieve groepsklimaat, waarbij mensen met elkaar praten over deze thema’s en leren van elkaar.

We gaan uit van een twaalfstal plaatsen in zorgpad ASA, maar belangrijk is vooral dat elke patiënt op de juiste plek terecht komt. Zo zijn er vandaag zeventien patiënten. Die flexibiliteit is mee mogelijk doordat niet elke patiënt residentieel verblijft. We hebben ook dagpatiënten. Dat is een vrij recente evolutie. Het is goed om patiënten zo snel mogelijk op een dagregime te la-

ten overschakelen. Er moet namelijk veel in de thuiscontext gebeuren. Het is uiteindelijk in die thuiscontext dat de patiënt zijn vrije tijd beleeft en zijn sociale contacten onderhoudt.

Het kernprogramma van het zorgpad is overigens hetzelfde voor patiënten in opname of in dagtherapie. De groep is gemengd. Dat zorgt voor een goede continuïteit én voor een extra motivationele factor. Mensen die recent opgenomen zijn, spiegelen zich aan patiënten die ondertussen in dagtherapie het behandelprogramma verderzetten. Dat geeft perspectief en hoop. Patiënten delen hun ervaringen, geven elkaar tips en spreken elkaar moed in.”

Belang van de context

Naast de groepspsychotherapie bestaat het kernprogramma uit lichaamswerk (met ook nadruk op beweging), activering en psycho-educatie. “Ouderen hebben dikwijls weinig kennis over psychische aandoeningen,” zegt Jolien. “We bieden hun een kader aan, dat houvast geeft. Het gaat bijvoorbeeld over slaaphygiëne, stresshantering, maar ook over een signaleringsplan en crisisontwikkeling.

Het praten over psychische kwetsbaarheid is niet evident voor oudere mensen. Het is vaak nog taboe, beladen met schaamte. Met psycho-educatie en de psychotherapie proberen we in gesprek te komen. We hanteren verschillende methodieken, zoals de collagebespreking, waarbij we mensen vragen om zichzelf aan de groep voor te stellen. Via herkenbare thema’s komen we tot verbinding.



Herval van depressieve klachten op latere leeftijd komt vaak voor. Bij sommige patiënten leidt dat tot gevoelens van wanhoop. Het is belangrijk om het herval in het levensverhaal in te bedden: welke factoren hebben ertoe bijgedragen, waar liggen je krachten, wat geeft jou nog zin in het leven... Samen werken we aan perspectief. Dat gebeurt altijd in samenwerking met de context, ook bij een derde of een vierde opname. Het is cruciaal dat we de context blijven motiveren om te helpen in de behandeling van de patiënt. De patiënt is deel van een systeem en we hebben dat systeem nodig voor een goed herstel."

Wat wordt er dan precies van de context verwacht? Jolien: "De context kan helpen om de depressie te situeren in het levensverhaal. De context geeft ons ook altijd veel informatie: hoe kunnen we de problematiek begrijpen, hoe is die geëvolueerd, hoe verklaren we de huidige hulpvraag? Het is ook belangrijk dat de context weet wat een depressie is en hoe je daar het best mee omgaat, zodat zij thuis mee voor de juiste ondersteuning kunnen zorgen."

Het praten over psychische kwetsbaarheid is niet evident voor oudere mensen. Het is vaak nog taboe, beladen met schaamte.

Expertise

Met de nieuwe organisatie in zorgpaden zijn de kernprogramma's flink afgeslankt. Aanvullend worden therapieën en activiteiten aangereikt vanuit de diverse expertisecentra. Dat gebeurt op maat.

"Wij werken met zowat alle expertisecentra samen," zegt Jolien. "Ligt de focus op psychotherapie, dan kunnen we een beroep doen op het EC Mentaal welzijn en brein. Leggen we de klemtoon op activatie of resocialisatie, dan kloppen we bij andere expertisecentra aan. Het voordeel is dat alle expertise aanwezig is en dat we er altijd een beroep op kunnen doen."

Bijzonder is ook de nazorggroep van zorgpad ASA. Die komt wekelijks samen. "Patiënten kunnen na ontslag nog een traject van twee jaar volgen. Eerst wekelijks, later tweewekelijks of maandelijks. Patiënten praten met elkaar, steunen elkaar, geven elkaar tips. We besteden veel aandacht aan de nazorg en de terugkeer naar de thuissituatie. Ook met COM en OZO en sinds kort ook via de mobiele teams voor acute en langdurige zorg." (Zie ook pagina 12-13, nvdr.)

“Verder kijken dan de clichés over het ouder worden”

De patiënten in zorgpad Angst en Stemming B zijn cognitief fragieler en hebben minder vermogen tot introspectie. Dat maakt groepspsychotherapie minder evident. De aanpak is daarom meer doe-gericht. Dr. An Verbrugghe en afdelingshoofd Gina Devos geven meer duiding.

Net als bij Zorgpad Angst en Stemming A is er een sterke link met de levensfaseproblematiek bij patiënten. “Het psychische, het sociale en het biologische hebben altijd een impact op elkaar,” zegt Gina Devos. “Bij ouderen is dat nog meer uitgesproken. Gaat het op één aspect verkeerd, dan heeft dat een invloed op de andere aspecten. Volwassenen hebben doorgaans meer veerkracht. Ze zijn minder fragiel. Daarom is het multidisciplinaire karakter van de behandeling bij ouderen nog belangrijker. Net als de individuele benadering, met zorg op maat.

In vergelijking met ASA hebben de patiënten in zorgpad ASB een eerder afhankelijke persoonlijkheid, met vermijdende patronen. Ze staan cognitief en/of introspectief minder sterk. Het zijn dikwijls mensen met een kleiner vangnet en weinig of geen vrijetijdsbesteding. Daardoor zijn ze vaak brozer.

In zorgpad Angst en Stemming B is de focus daarom meer doe-gericht en nog meer gestructureerd. De patiënten worden er bij de hand genomen, omdat ze meer ondersteuning nodig hebben.”

Voorbij de clichés

“Sommige mensen krijgen op oudere leeftijd een eerste depressie, andere

mensen worstelen er al langer mee en hebben de voorbije jaren eerdere opnames gekend. Soms kampen patiënten zelfs al van in hun jeugd jaren met problemen, bijvoorbeeld bij bipolaire stoornissen. Het gebeurt ook dat problemen te lang niet aangepakt zijn, ondergesneeuwd geraakten en dan op latere leeftijd plots de kop opsteken. De diversiteit in de achtergrond van patiënten is groot,” vertelt dr. Verbrugghe.

“Angst- en stemmingsstoornissen komen vaker voor dan velen denken. Dat heeft onder meer te maken met het clichématig denken over ouder worden. ‘Ach, die man is 74. Het is toch niet erg dat hij in zijn zetel blijft zitten.’ Dat soort clichés wijst op ageism. Alsof ouder worden betekent dat je leven stilvalt, dat het ten einde loopt, dat er niets meer de moeite van het streven waard is. Als we zo naar ouderdom kijken, dan lopen we het risico om veel angst- en stemmingsstoornissen niet te detecteren. We beschouwen de symptomen als iets wat bij de leeftijd hoort. Volkomen onterecht.

Gelukkig is hier de jongste jaren meer aandacht voor. Ook in de eerste lijn. Mensen vinden sneller dan vroeger de weg naar de hulpverlening. Dat heeft een positieve impact op de kwaliteit van hun leven én op dat van hun partner en de familie. Want we gaan ook altijd met de familie aan de slag. Daar staan we op. We hebben het thuisfront immers nodig om verder te zetten wat we hier op de sporen zetten.

Iemand die depressief is, verliest het ritme van het leven. Alles valt

stil. De automatische piloot is weg. In het zorgpad trekken we dat ritme terug op gang. Met een vaste structuur, therapie en activiteiten. Maar als dat thuis allemaal weer wegvalt en patiënten tot ‘s middags in bed blijven, dan verliezen ze heel snel weer dat noodzakelijke ritme. Daarom betrekken we de context. Doorgaans is de familie hiervoor ook erg gemotiveerd, al is het niet altijd vanzelfsprekend.”

Systemisch denken

“De kinderen van deze patiënten hebben vaak een druk beroepsleven,” verklaart Gina. “Ze hebben hun eigen gezin, hun eigen ambities, hun eigen zorgen. Daarbovenop de zorg voor de depressieve vader of moeder op zich nemen, is niet gemakkelijk. Het vergt enig engagement. Gewoon al praktisch: ouderen doen bijvoorbeeld niet zelden een beroep op hun kinderen voor het vervoer naar het ziekenhuis, de psycholoog of de huisarts. Ook de emotionele belasting kan groot zijn. Op het moment dat een patiënt opgenomen wordt, is dat vaak een opluchting voor de familie. ‘Oef, er is een beetje ademruimte.’ Maar heel snel kloppen wij dan bij hen aan, omdat we hen nodig hebben.”

“We zijn echt wel gespecialiseerd in dat systemisch denken,” zegt dr. Verbrugghe. “We begrijpen dat de familie even op adem moet komen. Ze moeten herbronnen en hun draagkracht bewaken. We laten ze dus eerst tot zichzelf komen, en gaan ze dan geleidelijk aan meer betrekken. Als je empathie toont voor de context, kan je samen veel bereiken.”

Niemand verouderd graag. Daarom stellen we het nadenken daarover gemakkelijk uit. Tot we dan plots in die laatste levensfase staan. Onvoorbereid.

Doelstellingen

“De doelstellingen in zorgpad ASB zijn afgestemd op de levensfase. Voor veel senioren is het omgaan met het ouder worden op zich al een grote opdracht. Mensen bereiden zich vaak te weinig en te laat op hun pensioen voor. Ze worden dan plots geconfronteerd met een leegte. Niemand verouderd graag. Daarom stellen we het nadenken daarover gemakkelijk uit. Tot we dan plots in die laatste levensfase staan. Onvoorbereid. Het is een maatschappelijk fenomeen. In de reclames zie je alleen vitale, jonge mensen, terwijl ouderen wel degelijk nog een rol in de samenleving spelen. Niet meer werken mag niet betekenen dat je niet meer meetelt.”

“Wij besteden veel aandacht aan vrijetijdsinvulling,” zegt Gina. “Zodra het kan, laten we patiënten ook partieel op dagtherapie gaan. Zo kunnen ze nog beter kennismaken met de vele mogelijkheden die ze nog hebben: van vrijwilligerswerk tot het verenigingsleven of het dagcentrum. Het is maatwerk, dat we samen met de patiënt exploreren, rekening houdend met het aanbod in zijn regio.”

“De coronapandemie heeft voor verandering gezorgd,” duidt dr. Verbrugghe. “Vroeger moest iemand in dagtherapie de hele dag aanwezig zijn. Dankzij corona is er een versoepeling gekomen

en kunnen mensen ook partieel op dagtherapie: alleen in de voormiddag of de namiddag. Tijdens de crisis was dat nodig om zoveel mogelijk mensen de kans te geven om op therapie te komen. Die maatregelen zijn verlengd, omdat aangetoond is dat we op die manier veel meer mensen kunnen helpen. Dagtherapie voor senioren zit in de lift. Dat is een goede zaak.” voor acute en langdurige zorg.” (Zie ook pagina 12-13, nvdr.)



Psychogeriatric voor cognitief en lichamelijk fragiele ouderen

Begin 2021 opende AZ Delta in Roeselare een afdeling Psychogeriatric met 20 plaatsen. De aanvraag voor erkenning werd gezamenlijk ingediend door AZ Delta en Kliniek Sint-Jozef. Een jaar later maken we met geriater dr. Katrien Cobbaert en psychiater An Verbrugghe een stand van zaken op.

AZ Delta koos ervoor om de afdeling psychogeriatric niet te gebruiken voor patiënten met dementie. Er is immers grote nood aan een gespecialiseerde afdeling voor frêle ouderen met psychische aandoeningen. Het gaat om patiënten die cognitief en/of lichamelijk te fragiel zijn voor een opname in Kliniek Sint-Jozef.

“Van oudere mensen die de zin in het leven kwijt zijn, die niet meer bewegen en nauwelijks hun huis uit komen, denken we te snel dat dat bij de leeftijd hoort,” zegt dr. Cobbaert “Dat klopt niet. Ook mensen die zelf aangeven dat het niet meer hoeft, dat ze hun leven als voltooid beschouwen, kunnen weer opleven met de juiste zorg en ondersteuning. We mogen het niet normaal vinden dat oudere mensen uitgeblust en passief in bed liggen.”

Een gedeelde visie

Katrien Cobbaert: Onze samenwerking dateert al van 2015. In het toenmalige Heilig Hartziekenhuis in Roeselare hadden we een dienst Psychiatrie, maar fragiele, zorgbehoevende patiënten werden opgenomen op de dienst Geriatrie, die hiervoor beter uitgerust was. Wij misten op onze afdeling dan weer de psychiatrische expertise, specifiek voor deze oudere populatie. Daarom zochten we samenwerking met dr. An Verbrugghe. Eerst organiseerden we psychiatri-

sche consulten op de afdeling, later werkten we ook samen op het dagziekenhuis Geriatrie. Daar komen mensen voor een geriatrisch assessment met medische beeldvorming, diverse onderzoeken en waar nodig ook een psychiatrisch-diagnostisch consult.

An Verbrugghe: Ik ging toen wekelijks langs bij patiënten met een psychische problematiek: een depressie, een psychose, polypsychofarmacie... Van bij de start klikte het goed. We vulden elkaar goed aan en deelden dezelfde visie op ouderen. Het is niet omdat iemand 82 jaar is, dat hij of zij minder recht heeft op goede zorg, ook psychisch. Mensen die zich mentaal goed voelen, herstellen ook lichamelijk beter. Ze nemen weer deel aan activiteiten en kunnen na ontslag uit het ziekenhuis ook langer thuis blijven wonen.

Katrien Cobbaert: Het onderlinge vertrouwen was groot, ook op het vlak van medicatiebeleid. De interacties tussen geneesmiddelen is een aparte expertise, zeker als daar psychofarmaca bij zitten. We willen mensen niet overdoseren. Dat gevaar is reëel bij fragiele, oudere mensen, die soms dezelfde dosis krijgen als een volwassene van 40 jaar. Met alle gevolgen van dien. We willen mensen actief houden, ze laten bewegen, zodat ze kwaliteit van leven hebben.

An Verbrugghe: Ouderenspsychiatrie is inderdaad een aparte tak van de volwassenenpsychiatrie. Therapeutisch maar evenzeer op het vlak van medicatie. De fragiliteit van de oudere speelt hierin mee, maar ook de comorbiditeiten.

Katrien Cobbaert: Onze klemtoon ligt op het kunnen functioneren van

mensen. In de geriatric is elk aspect belangrijk: de patiënt moet bewegen, eten, zijn medicatie correct innemen... Dat geldt natuurlijk ook voor volwassen patiënten, maar op een andere manier. De geriatricische patiënt die geen beweging meer krijgt, komt snel in een negatieve spiraal terecht. Alles moet juist zitten. Geriatric en ouderenspsychiatrie hebben elkaar nodig.

An Verbrugghe: Bij ouderen leidt het ene snel tot het andere. Wie minder mobiel wordt, heeft vaak de neiging om zijn interesse voor de wereld te verliezen, wat dan weer kan leiden tot eenzaamheid of het verlies van zingeving, wat kan uitmonden in depressieve gevoelens. Als je zoiets ziet gebeuren, moeten de alarmbellen afgaan. Het mooie aan de afdeling psychogeriatric is het groepsgebeuren: mensen leren van elkaar, ze zien hoe anderen omgaan met bepaalde problematieken en putten daar moed of inspiratie uit. De groep is een katalysator voor herstel.

Positief verrast

Katrien Cobbaert: We zijn vorig jaar pas gestart. Ik had grote verwachtingen, maar dan nog ben ik positief verrast door het therapeutische klimaat op de afdeling. Hier hangt een dynamiek die aanstekelijk werkt. Je kan dat minimaliseren, maar eens samen pannenkoeken bakken op de afdeling, kan heel wat in beweging zetten. Het zijn kleine dingen die betekenis geven aan je dag. Ook een gymsessie in groep met de ergotherapeut kan die uitwerking hebben. Dat is geen rocket science, maar het werkt. Het is in elk geval beter dan de patiënt alleen op zijn kamer in zijn bed te laten liggen en drie keer per dag langs te gaan met de maaltijd en de medicatie. Het is een



uitdaging om die dynamiek met deze fragiele populatie te behouden. Maar het lukt. Dankzij het enthousiasme van het hele team. Dat is mooi om te zien.

An Verbrugghe: Mooi is ook de structuur op de afdeling. Hier zijn strikte bezoeken. Dat is beter voor deze populatie. Als er voortdurend bezoek binnen- en buitenloopt, valt de structuur weg. Mensen hebben tijd nodig om tot zichzelf te komen. Om even alles op een rij te zetten, zonder te veel externe bemoeienissen. Ik bedoel maar: als je dochter je elke dag komt vertellen dat je beter naar een woonzorgcentrum zou verhuizen of dat je beter dit of dat... dan wordt het je weer allemaal uit handen genomen. En dat is zelden de beste oplossing.

Expertise delen

An Verbrugghe: Zorg op maat betekent dat we elke patiënt op de meest geschikte plek behandelen. Dit betekent dat ouderen een verleden kunnen hebben in Sint-Jozef Pittem en nu verder terecht kunnen in AZ Delta. Omgekeerd kan een opname in AZ Delta voldoende herstel geven, zodat het out-

Het zijn kleine dingen die betekenis geven aan je dag. Dat is geen rocket science, maar het wérkt. Het is in elk geval beter dan de patiënt alleen op zijn kamer in zijn bed te laten liggen en drie keer per dag langs te gaan met de maaltijd en de medicatie.

reaching team van Pittem hen opvolgt in de thuissituatie. Het gaat veeleer om het delen van expertise, outreachend en op maat van elke patiënt.

Katrien Cobbaert: Ook binnen AZ Delta is er nog differentiatie. Naast de afdeling psychogeriatricie is er de afdeling cognitieve geriatrie. Daar verzorgen we patiënten die nog fragieler zijn en niet in staat om deel te nemen aan activiteiten. Als geriater is het een opluchting om die zorg op maat te kunnen bieden. Vroeger voelde ik soms de frustratie om al die mensen met sterk uiteenlopende noden op een en dezelfde afdeling geriatrie te moeten opnemen. Dat is voor niemand goed, zeker niet voor de patiënt. Het geeft

voldoening te zien wat we hier met patiënten kunnen bereiken.

Dr. Verbrugghe en dr. Cobbaert delen in AZ Delta één bureau. Drie keer per week is er een bespreking van de patiëntengroep, waarvan één overleg multidisciplinair met het hele team. De taakverdeling is duidelijk, maar het behandelplan wordt gezamenlijk opgesteld en opgevolgd. "We zijn copiloten," lacht dr. Cobbaert.

"Wij zijn goed op elkaar ingespeeld," bevestigt dr. Verbrugghe. "Ook met de andere geriateren van AZ Delta, zodat er altijd een back-up is. Ik heb hier zelf al veel bijgeleerd. Dat houdt het boeiend. Het wederzijdse respect is groot."

Outreachend aan de slag met de oudere patiënt

Nu de mobiele teams ook patiënten boven de 65 jaar mogen begeleiden, gaan ze nauw samenwerken met COm en OZO. Samen versterken ze de outreachende werking voor de oudere patiënt.

In het kader van de vermaatschappelijking van de zorg werden enkele jaren geleden de mobiele teams opgericht. De doelgroep werd toen scherp afgeleid: alleen patiënten tussen 18 en 65 jaar kwamen in aanmerking voor begeleiding. Oudere patiënten vielen uit de boot. Kliniek Sint Jozef nam toen zelf het initiatief om deze leemte op zijn minst gedeeltelijk in te vullen. Zo ontstonden de projecten COm en OZO. Onlangs gaf de overheid groen licht

om de leeftijdsgrens voor de mobiele teams op te trekken. Sinds januari 2022 kunnen nu ook 65-plussers een beroep doen op deze hulpverlening. “Een goede beslissing” klinkt het bij Joke Castelein (netwerk Kwadraat), Mariet Vandeweghe en Marijke De Waegeneer (projectmedewerkers COm en OZO).

“Outreachend werken is voor de doelgroep ouderen erg belangrijk. Voor deze generatie is de drempel naar de psychiatrie vaak nog hoog. Bovendien zijn ze vaak minder mobiel. Daarnaast is er het voordeel van outreaching: je ontmoet de oudere authentiek in zijn dagelijkse leefomgeving, wat een duidelijker beeld schept van de situ-

atie. Het maakt het ook evidentier om de thuiscontext bij de begeleiding te betrekken.”

COm en OZO

“COm (Consultatiepunt Ouderen multidisciplinair) is een laagdrempelig consultatiepunt waar 65-plussers met psychische problemen terecht kunnen voor een eerste inschatting en diagnostiek. Iedereen kan er terecht. Vaak gebeurt de aanmelding door de huisarts, de familie of door een hulpverlener uit de eerste lijn. Na een korte telefonische screening volgt een eerste gesprek binnen de week. We doen er alles aan om de oudere zo lang mogelijk thuis te laten wonen



Outreachend werken

Wist je dat het outreachend team nu ook een spreekuur heeft in het dienstencentrum van Roeselare? Mensen kunnen er laagdrempelig terecht voor een eerste gesprek.

Ook met woonzorgcentra worden banden gesmeed. Hun bewoners voelen de nood aan psychische ondersteuning. Hier en daar wordt een afdeling voor mensen met een psychische kwetsbaarheid ingericht, los van de problematiek dementie. “Wij willen ook daar onze expertise outreachend delen,” zegt dr. An Verbrugghe. “Mensen met een geschiedenis van depressies moeten ook in het woonzorgcentrum ondersteuning krijgen. Voor bewoners is het woonzorgcentrum de thuiscontext. Ook die moeten we betrekken, zoals we voor andere patiënten de thuiscontext betrekken.”

Dat de mobiele teams nu ook 65-plussers mogen begeleiden is een zegen.

met de gepaste zorg op maat,” zeggen Mariet en Marijke.

“Met OZO (Outreachinge Zorg Ouderen) bieden we zorgcontinuïteit na ontslag uit het ziekenhuis. We volgen patiënten een korte periode verder op. Op die manier wordt de overgang naar huis minder bruusk en kunnen we het zorgplan waar nodig bijsturen. Naast patiënten uit het zorgprogramma Ouderen van Kliniek Sint Jozef, kunnen ook patiënten uit andere ziekenhuizen een beroep doen op OZO. Zo werken we geregeld samen met AZ Delta, het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt en Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus in Beernem. Ook met Psychiatrische Zorg Thuis, CGG Largo en CGG Mandel en Leie zijn er goede contacten.”

Door de coronacrisis groeide ook een samenwerking tussen de stad Roeselare, COM en OZO. Om de twee weken zijn Marijke en Mariet twee uur aanwezig in de dienstencentra Ten Elsberge en Schiervelde. Dit project kreeg de naam Het Luisterend Oor. Het wil de drempel naar hulp bij psychische problemen verlagen.

“We proberen de kennis en de ervaring uit de gespecialiseerde zorg van de derde lijn in te zetten in de eerstelijnszorg: huisartsen, eerstelijnspsychologen, sociale diensten, thuiszorgdiensten... zijn daarbij onze belangrijkste partners. Hoe beter we erin slagen om op het terrein goed samen te werken, hoe beter we alle 65-plussers de zorg kunnen geven die ze nodig hebben,” klinkt het.

Mobiele teams

Het Mobiel Team Acute zorg (MTA) komt tussen in crisissituaties en biedt een kortdurende ondersteuning aan

mensen in nood. Het gaat om trajecten van maximaal een zestal weken. De focus ligt op het stabiliseren van de situatie, waarna gekeken wordt welke zorg en ondersteuning verder nodig zijn.

Daarnaast is er het Mobiel Team Langdurige zorg (MTL), dat mensen langere tijd begeleidt in verschillende levensdomeinen. Deze begeleiding is geen therapeutische interventie, maar focust vooral op de impact van de psychische kwetsbaarheid op de leefsituatie en op de verschillende levensdomeinen van de patiënt.

Sinds januari 2022 integreren de mobiele teams de nieuwe doelgroep 65+ in hun bestaande werking. Er is dus geen afzonderlijk team voor 65-plussers. “De leeftijd speelt voortaan geen rol meer voor ons aanbod” zegt Joke Castelein. “Maar natuurlijk hebben we bij de begeleiding van 65-plussers oog voor de specifieke uitdagingen die horen bij het ouder worden.”

Complementaire zorg

Naast het doelpubliek van de mobiele teams voor acute en langdurige zorg is er nog een grote doelgroep van mensen die niet per se een crisis doormaken en die ook geen langdurige begeleiding nodig hebben. Voor deze groep 65-plussers kunnen COM en OZO een oplossing bieden. Blijken patiënten die begeleid worden door COM en OZO toch langduriger begeleiding nodig te hebben, dan kan alsnog doorverwezen worden naar het Mobiel Team Langdurige Zorg.

“Dat de mobiele teams voortaan ook 65-plussers mogen begeleiden is een zegen,” zegt Marijke. “In het verleden botsten we met COM en OZO vaak op

onze limieten, zeker tijdens de coronaperiode. We liepen regelmatig vast met patiënten die nood hadden aan een meer langdurige begeleiding. Door de crisismaatregelen konden deze mensen nergens terecht. We hebben toen onze verantwoordelijkheid genomen en waar nodig oudere patiënten langduriger en intensiever begeleid, ook al moesten we hiervoor buiten de lijntjes kleuren. In de nawerking van de coronacrisis ervaren we trouwens nog altijd dat veel ouderen last hebben van angstgevoelens, waardoor ze ook nu niet naar buiten durven en hun sociale contacten verliezen. Naast angst is daardoor ook eenzaamheid bij deze mensen een groot probleem geworden. Wanneer we ouderen in hun thuissituatie begeleiden, ervaren we ontzettend veel dankbaarheid. Dat bewijst hoe waardevol deze zorgverlening is.”

“Ouderen worden minder uitgedaagd om sociale contacten te leggen”, verklaart Joke. “Ze hoeven bijvoorbeeld niet uit werken te gaan, waardoor ze gemakkelijker thuis blijven. Mensen die bang zijn en geen dwingende reden hebben om buiten te komen, komen vaak in een neerwaartse spiraal terecht. Daarom is outreachend werken voor deze doelgroep zo belangrijk. Zeker als dat gebeurt vanuit een authentieke houding van respect voor ieder individu, en niet vanuit een houding van ‘Ik zal het hier eens allemaal regelen’. We moeten als hulpverlener altijd de vraag stellen: ‘Hoe kan ik voor jou iets betekenen?’”

“De mobiele teams en COM en OZO richten zich dan wel op dezelfde doelgroep van 65-plussers, toch leggen we in de begeleiding andere accenten” zeggen Marijke en Mariet. “We zijn complementair.”

“Daar ligt nu de grote uitdaging voor de nabije toekomst: hoe kunnen we COM, OZO en de mobiele teams voor acute en langdurige zorg zo efficiënt mogelijk op elkaar afstemmen, zodat we alle hiaten in de zorg voor 65-plussers zoveel mogelijk kunnen invullen,” besluit Joke.

“We betrekken partner en kinderen heel nauw”

Een wezenlijk onderdeel van elk zorgpad is het betrekken van de context, de familie. Als het over oudere patiënten gaat, zijn dat vaak de partner en/of de kinderen. Maatschappelijk werker Elise Cuyle en verpleegkundige Evy Vuylsteke lichten toe hoe de familiewerking in het zorgprogramma Ouderen vorm krijgt.



Nog voor de eigenlijke opname heeft Elise al een gesprek met de patiënt en de familie. “Ik luister vooral naar het verhaal van de patiënt, maar het betekent veel voor de familie als ook zij gehoord wordt. Doorgaans is er al een hele voorgeschiedenis. Mensen zijn vaak op hun limieten gebotst. Ik bied hun een klankbord om te ventileren en om de zorg op een goede manier te kunnen overdragen.

Wij leren trouwens veel uit het gesprek met de familie: over de voorgeschiedenis, de dynamiek in het gezin, de noden van de patiënt en zijn familie... De patiënt vertelt vanuit zijn perspectief. De familie heeft soms een andere kijk, ziet andere dynamieken. Het is interessant om ook die informatie mee te krijgen. Ook bij de opname zelf is de familie idealiter aanwezig.”

Voortdurend contact

Tijdens de opname blijft het contact met de familie behouden. De individuele begeleider van de patiënt belt doorgaans minstens een keer per week met de contactpersoon van de familie.

Een vast contactmoment in elk traject is het **behandelpijlergesprek**. Dat gesprek vindt plaats in de eerste weken na een opname. Het doel is om de familie op de hoogte te brengen van de werking van het zorgpad, de accenten in de eerste fase van de behandeling en de volgende stappen. Ook de betrokkenheid van de familie in het herstelproces wordt benadrukt. Het is een open gesprek, met een grote inbreng van de familie en de patiënt. Hun perspectief is waardevol, maar ook hun draagkracht: wat kunnen de

partner en de kinderen aan en wat niet? Soms heeft familie er nood aan om even wat afstand te nemen om zelf opnieuw op adem te komen.

Op een later moment tijdens de opname vindt een **evolutiegesprek** plaats. Hier is naast de patiënt en de familie het behandelende kernteam aanwezig. “We luisteren eerst naar de familie. Hoe ervaren zij de opname? Hoe voelen zij zich? Hoe zien ze de patiënt evolutueren? Zo komt het gesprek op gang. De familie is doorgaans erg blij dat ze zo’n gesprek kunnen hebben. De aanwezigheid van de patiënt is belangrijk voor een gevoel van vertrouwen, veiligheid en transparantie,” zegt Elise.

“Samen bekijken we welke weg is afgelegd, waar we vandaag staan en waar we graag naartoe willen,” vertelt Evy. “Ook de terugkeer naar de thuissituatie bespreken we samen, om de overgang zo vlot mogelijk te laten verlopen.”

Een andere vaste pijler zijn de **familie-infoavonden**. Die vinden maandelijks plaats, afwisselend over verslavingszorg en depressie. “Op zo’n bijeenkomst geven we educatie rond de problematiek van de patiënt. De mensen kunnen vragen stellen en we geven tips. Families hebben daar veel aan. Ze ontdekken dat ze niet alleen in die situatie staan. Ze leren van elkaar en geven elkaar moed,” zegt Evy.

Koppeltherapie

Bij een verslavingsproblematiek is het thema wantrouwen vaak prominent aanwezig. “De familie is het vertrouwen in de patiënt verloren en dat vertrouwen moeten we herstellen.

“We luisteren naar de familie, maar we zijn er in eerste instantie voor de patiënt en wij nemen geen beslissingen in zijn of hun plaats.”

Gaat het over een stemmingsproblematiek, dan voelt de familie zich dikwijls ‘leeggezogen’. Ze zijn op. Het gevaar in een negatieve spiraal terecht te komen, is dan groot. Dat zijn heel specifieke dynamieken,” zegt Elise.

“Soms bieden we koppeltherapie aan. Als we merken dat het in de relatie scheef zit, kunnen we tijdens de opname enkele gezamenlijke sessies organiseren. Volstaan die niet, dan verwijzen we verder naar een externe relatietherapeut.”

Patiënt houdt de regie

“Het gebeurt dat de familie zelf al een uitgesproken idee heeft over wat er moet gebeuren met de patiënt: bewindvoering, een verhuis naar een woonzorgcentrum of deelname aan activiteiten in een dagcentrum. Maar dat is niet altijd wat de patiënt wenst en ook niet altijd waar hij nood aan heeft,” zegt Evy.

Elise beaamt: “Soms verlangt de familie dat wij tijdens de opname beslissingen nemen in naam van de patiënt. Dat wij de knoop doorhakken om de patiënt naar een woonzorgcentrum te sturen. Maar dat is niet onze rol. We geven advies, maar de patiënt blijft aan het stuur. Hij houdt de regie. Dat leggen we uit aan de familie. Het is belangrijk om hierover duidelijkheid te scheppen. We luisteren naar de familie, maar we zijn er in eerste instantie voor de patiënt en wij nemen geen beslissingen in zijn of hun plaats.”

Partner van patiënt getuigt

“De betrokkenheid vind ik super”

“Ik belde Kliniek Sint-Jozef in een crisissituatie half oktober. Ik mocht mijn verhaal doen. Ik was erg emotioneel, maar er werd naar mij geluisterd. ‘Het is belangrijk dat je man zelf een opname wil,’ vertelde men mij. Ik dacht dat dat nooit zou lukken. Maar ik kreeg tips om het gesprek met mijn man aan te gaan. Dat heeft ontzettend geholpen.

De dag erop werd ik opgebeld door het ziekenhuis. We hadden opnieuw een lang gesprek. Men wou horen hoe acuut de crisis was. Twee dagen later, op zondag, werd ik nogmaals opgebeld. Om te vragen hoe het met mij ging. Die betrokkenheid vond ik super.

Het intakegesprek – twee dagen later al – was open, eerlijk en soms confronterend. Ik was fier op Jan. Ook hij was opgelucht. ‘Dit is de eerste keer in tien jaar dat er echt naar mij geluisterd is,’ zei hij.

Op 2 november 2021 werd Jan opgenomen. Bij de opname had ik een lang gesprek met Elise van de sociale dienst. Normaal had Jan erbij moeten zijn, maar door corona kon dat niet. Elise luisterde naar mij en vertelde over de behandeling en het herstelproces. ‘Je mag me altijd bellen,’ verzekerde ze me.

De eerste dagen waren zwaar. Jan stuurde me voortdurend sms’jes: dat hij weg wou, dat hij het niet zou volhouden. Uiteindelijk belde ik Elise op. Ze gaf me tips over hoe ik daarmee om kon gaan.

Na tien dagen hadden we een gesprek met de individuele begeleider. Op vraag van onze zonen volgde nog een gesprek met mijn man en onze zonen. Ze hebben daar veel aan gehad. Verder hebben mijn man en ik twee koppelgesprekken gehad en hebben we twee info-avonden bijgewoond. Ter afronding van de residentiële opname hadden we een constructief gesprek met het hele gezin, de psychiater, Elise van de sociale dienst en de psycholoog.

Tijdens de drie maanden opname zijn mijn man en ik weer naar elkaar toegegroeid. Dat is mee te danken aan de open communicatie. Er gebeurt niets achter de rug van de patiënt of de familie om. Dat hielp enorm.

Na nog een periode van dagtherapie is mijn man nu in nazorg. We maken het allebei goed. Met dank aan Kliniek Sint-Jozef. Ze hebben me geleerd om Jan weer vertrouwen te geven. Dat lukte vrij goed, omdat Jan zich in de groep veilig voelde en een programma op maat kreeg, waardoor hij steeds sterker stond. Op aanraden van het ziekenhuis heb ik al die maanden goed voor mezelf gezorgd. Met dank aan het hele team.”

Mia S., partner van Jan

NETWERK WINGG

ZORGPROGRAMMA JEUGD

Zorgpaden

Observatie & kortdurende behandeling
Dr. Jolien Braet

Psychotherapie jeugd
Dr. Evelyne D'hoore

Psychotherapie jongvolwassenen
Dr. Geert Everaert

*Twoape dagbehandeling**
Dr. Evelyne D'hoore

**Associatie met AZ Delta, AZ Jan Yperman en
in samenwerking met OC Sint-Idesbald*

ZORGPROGRAMMA OUDEREN*

Zorgpaden

Angst en Stemming A
Angst en Stemming B
Verslavingszorg
Dr. An Verbrugghe
Dr. Hannes Dechamps

**in samenwerking met de afdeling
psychogeriatric AZ Delta*

NETWERK KWADRAAT

ZORGPROGRAMMA VOLWASSENEN

Aanmeldcentrum

Dr. Hannes Dechamps

Zorgpaden

ACT dagbehandeling
Dr. Hanne Vermeersch

Contacttherstel en Verbinding
Dr. Hanne Vermeersch

*Klinische Psychodynamische
Psychotherapie*
Dr. Mark Kinet

Hechting en Trauma
Dr. Mark Kinet

Kortdurende behandeling
Dr. Hannes Dechamps

Intensief behandeltraject
Dr. Hanne Vermeersch

Zorgpaden Verslavingszorg

Psyche en Middel
Integratieve verslavingszorg
Dr. Eva Debusscher

EXPERTISECENTRUM ECT

POLIKLINIEK

Psychiaters

Kinderen en jeugd
Dr. Evelyne D'hoore
Dr. Jolien Braet

Jeugd en jongvolwassenen
Dr. Geert Everaert

Volwassenen
Dr. Hanne Vermeersch
Dr. An Verbrugghe
Dr. Mark Kinet
Dr. Hannes Dechamps

*Ontwikkelingsstoornissen
volwassenen*
Dr. Geert Everaert

Verslavingszorg volwassenen
Dr. Eva Debusscher

Ouderen
Dr. An Verbrugghe
Dr. Hannes Dechamps

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
www.openvenster.be

MOBIELE TEAMS