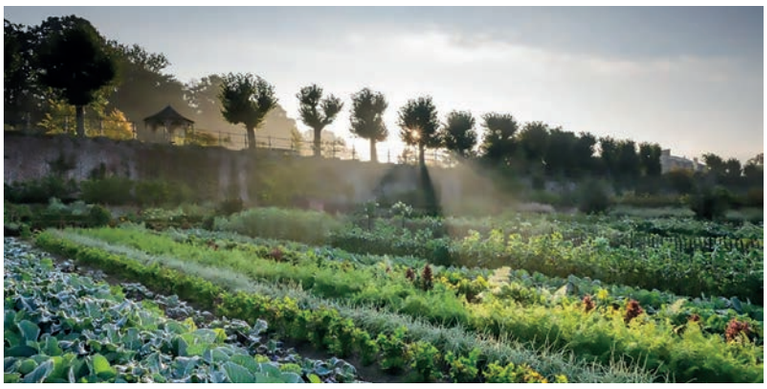
bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

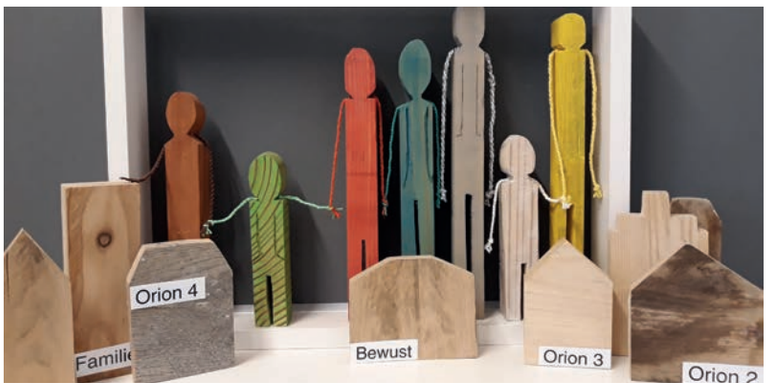
masster

tijdschrift van vzw asster
halmaalweg 2 | 3800 sint-truiden | www.asster.be
december 2018, jaargang 8, nr. 2

inhoud

masster | december 2018





3 **Editoriaal**

4 **Groen en geestelijke gezondheid: tuintherapie en therapeutische tuinen**

9 **IGT Masster**

13 **Mentaliseren bevorderende therapie in Asster**

17 **Verslavingszorg in Asster**

20 **Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden**

25 **Van verbinden en loslaten, cluster Orion Psychosezorg zoekt de herstelbalans**

27 **Van taboe naar verbinding**

28 **Eigen Kracht Wonen - de lijm tussen de “zorgwekkende zorgmijder” en de reguliere hulpverlening**

Editoriaal

Beste lezer,

Asster heeft een drukke najaarsperiode beleefd. Diverse dossiers liggen op tafel. Een nieuw dossier inzake art. 107, waarbij het ziekenhuis de intentie heeft om 86 bedden buiten gebruik te stellen: 45 om de mobiele teams te versterken en 41 om de zorg te intensifiëren. De ontwikkelingen zijn zo fundamenteel dat wij u in 2019 (via een themanummer) hierover uitvoerig gaan informeren. Maar ook andere dossiers liggen nog op de overheids-tafel, meer bepaald drie nieuwbouwdossiers en een dossier voor de oprichting van een ziekenhuisschool.
Bovendien zijn wij pas gestart met een nieuw Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).
Ondanks de drukte hebben medewerkers nog de tijd gevonden om een mooi Masster-nummer in elkaar te steken. Opnieuw komt de werking van diverse zorgclusters van ons ziekenhuis aan bod.
Binnen de cluster algemene psychiatrie wordt aandacht besteed aan twee begeleidingsmethodieken, meer bepaald aan Integratieve GedragsTherapie (dr. Katrien Callens) en aan Mentaliseren Bevorderende Therapie (Ronny Vandermeeren). Dr. Marc Hebbrecht besteedt aandacht aan euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden.
De cluster psychose hecht veel belang aan de herstelvisie. Ann Van Ormelingen beschrijft de moeilijke balans tussen verbinden en loslaten.
Libra stelt haar werking rond verslavingszorg voor. Lien Vanherwegen beschrijft de verschillende modules.
De Limburgse K-diensten hebben samengewerkt rond het beleid inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag. In hun artikel kun je lezen hoe ook hier verbinding centraal staat.
Namens het team Eigen Kracht Wonen (EKWo) beschrijft Anne de Vries een project dat zich richt naar sociale huurders met psychische problemen of hoe men probeert “lijm te zijn tussen zorgwekkende zorgmijders en reguliere hulpverlening”.
Ergotherapeuten schenken in deze Masster nog aandacht aan “Groen” en de diverse toepassingsgebieden binnen Asster. Een zeer actueel onderwerp.
Ten slotte wensen wij onze nieuwe arts, Dr. Karina Van Kaam, voor te stellen. Wij verwijzen hiervoor naar pagina 31.

Wij wensen jullie veel leesplezier en een veel belovend 2019!

Namens de redactieraad,

Jaak Poncelet

Stephanie Barthels,
ergotherapeut Sirius 1

Soetkin Driesen,
ergotherapeut Orion 2

Els Beankens,
ergotherapeut De Lier
vakgroepverantwoordelijke

GROEN en GEESTELIJKE GEZONDHEID: tuintherapie en therapeutische tuinen

Groen in deze tijd

Groen, natuurlijk, biologisch en ecologisch leven zijn allemaal thema's die meer en meer aandacht krijgen in onze huidige maatschappij. Dat lijkt ook nodig. We zijn op een kantelpunt gekomen in de geschiedenis. Voor het eerst zullen er meer mensen in een stedelijke omgeving wonen dan op het platteland. Denk aan de recente thema's in de media omtrent de overheidsmaatregelen in kader van de betonstop. Er wordt dan ook niet zonder reden de vraag gesteld wat de gevolgen hiervan zijn op onze gezondheid. Ook de zorgsector is hier geen uitzondering op. Er wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan ter bevestiging van wat we al lang aanvoelen: groen is goed voor onze gezondheid.

Het is al geruime tijd geweten dat meer groen in de directe omgeving een positieve invloed heeft op de gezondheid en het welbevinden. De Biophilia-hypothese ondersteunt deze gedachtegang. De vertrekhypothese is dat mensen beschikken over een aangeboren neiging om verbinding te zoeken met de natuur en andere vormen van leven (https://www.britannica.com/science/biophilia-hypothesis).

Ondertussen is er veel onderzoek gedaan naar de effecten van groen op de gezondheid, al dan niet aangeboden in therapievorm. Volgens Sempik krijgt men bij elke vorm van aanraking met de natuur een positieve beïnvloeding op het welbevinden (Sempik, 2005). Hierbinnen kaderen dan ook de vele Nature Based Activities die we zien ontstaan. Vanuit onderzoek zien we dat de effecten van omgaan met groen bijdragen aan een beter slaappatroon, verlaging van stress en bloeddruk (van der Linden, 2015).) Ook is het al lange tijd geweten dat psychologische en fysieke stress een zware impact hebben op gezondheid en welzijn. De natuur kan ondersteunen bij herstel van stress en vermoeidheid. Bijkomend heeft het ook zijn voordelen als stimulans om te bewegen en voor het behouden van een algemene gezondheid (cholesterol, gewicht, bloeddruk, chronische ziekten, depressie, kanker, cardiovasculaire aandoeningen). Bij kinderen kan de natuur een belangrijke rol spelen in hun ontwikkeling bij het fysiek, sociaal en mentaal welzijn (RMNO, 2004).

Groen, een goedkoop medicijn?

Tuinieren of groenbeleving in het algemeen is een tendens in opmars. In de zorgsector spreekt men van tuintherapie en therapeutische tuinen (Sempik, Aldridge, & Becker, 2002). Het medium 'tuin' kan aangewend worden om het welbevinden en de gezondheid van kwetsbare personen positief te beïnvloeden. In verschillende landen, met als hoofdspeler Groot-Brittannië, wordt tuintherapie al meerdere jaren toegepast. Een voorbeeld daarvan is de organisatie Thrive, waar tuintherapie (benoemd als 'social and therapeutic horticulture') al ingeburgerd is voor verschillende doelgroepen. De letterlijke vertaling van Thrive betekent gedijen, bloeien, floreren, welig tieren en tot hoogconjunctuur komen (zie ook www.thrive.org.uk voor meer informatie).

In Vlaanderen is er geen duidelijke omschrijving voor de begrippen 'tuintherapie' en 'therapeutische tuinen' of 'tuintherapeut'. De resultaten over de effecten zijn hier ook nog niet zo gekend. Wel verschijnen op regelmatige basis publicaties over de positieve effecten van een groene omgeving en het handelen binnen een dergelijke context (Sternberg, 2010; Van den Berg et al., 2014; Wood et al., 2015; Masashi, 2017).

Vzw Terra-Therapeutica en de PXL (opleidingen ergotherapie en Tech), samen met partners zoals Limburg.net en Velt (Vereniging voor Ecologisch Leven en Tuinieren) proberen hier verandering in te brengen. Dit zowel via studiedagen, vormingsmomenten, afstudeerprojecten, bedrijfsbezoeken als onderzoeksprojecten in penitentiaire instellingen, woonzorgcentra en ons eigen psychiatrisch ziekenhuis Asster. In de nabije toekomst wil men dit ook uitbreiden naar schoolsettings.

Wetenschap of new age?

Tuintherapie richt zich op de ontwikkeling van (kwetsbare) mensen. De gezondheid en het welbevinden van de cliënt zijn het hoofddoel, natuur en planten vormen hiertoe het middel.

Tuin-'therapie' is geen hype maar een eeuwenoude bezigheid die al werd beoefend door de middeleeuwse kloosterling in zijn kloostertuin. Historisch gezien is, volgens de organisatie Thrive, de stad Geel met 'Sint-Dimpna' één van de oudste (12de eeuw) tradities van 'werken in het groen' binnen de zorg voor mensen met een beperking. Een dergelijke tuin vormde, aldus de overlevering, een plaats van arbeid (*labora*) en gebed (*ora*), een kruispunt tussen hemel (*geest*) en aarde (*materie*). Men voelde zich in zo'n tuin geborgen in een veilige (cf. *hortus conclusus,* met andere woorden: een afgesloten plaats die geborgenheid biedt) en harmonieuze omgeving met een eigen ritme en vaste structuur (onder meer door de ordening met symbolische planten). Men werkte er volgens oude tradities en gewoonten die herkenbaar waren voor iedereen (zie ook www.terra-therapeutica.be). Op deze manier staan de voormalige kloostertuin én het werk erin op diverse vlakken symbool voor tuintherapie en therapeutische tuinen.

Tuintherapie is dus een oude vorm van therapie die vandaag steeds meer onder de aandacht komt en waarvan steeds meer toepassingen in de gezondheidszorg verschijnen. In heel wat wetenschappelijke literatuur krijgt het begrip 'tuintherapie' echter een invulling die zeer verscheiden is. Hierdoor is er een breed spectrum van terminologieën ontstaan, wat niet leidt tot eenduidigheid. In de literatuur is er wel een tendens terug te vinden waarin er een onderscheid wordt gemaakt tussen actieve en passieve componenten bij deze vorm van therapie (Sempik et al., 2002). Daarom dat we in deze bijdrage onderscheid maken tussen tuintherapie (de actieve component) en therapeutische tuinen (de passieve component).

In Thrive kiest men voor de termen ‘doing’ en ‘being’ (D. Newman, persoonlijke mededeling, 13 februari 2016). Een eerste belangrijke definitie, gebaseerd op de actieve component (doing), is afkomstig van de organisatie Thrive.

“Social and therapeutic horticulture is the process of using plants and gardens to improve physical and mental health, as well as communication and thinking skills. It also uses the garden as a safe and secure place to develop someone’s ability to mix socially, make friends and learn practical skills that will help them to be more independent.” (http://www.thrive.org.uk/what-is-social-and-therapeutic-horticulture.aspx)

Aanvullend nog enkele definities uit andere publicaties.

“Horticultural therapy is a professionally conducted client-centered treatment modality that utilizes horticulture activities to meet specific therapeutic or rehabilitative goals of its participants. The focus is to maximize social, cognitive, physical and/or psychological functioning and/or to enhance general health and wellness.” (Haller | Kramer, 2006, p 5)

“Horticultural therapy is the use of plants by trained professionals as a medium through witch certain clinically defined goals may be met. (…) Therapeutic horticulture is the process by witch individuals may develop well-being using plants and horticulture. This is achieved by active or passive involvement.” (Sempik et al., 2002)
Tuintherapie is dus een veelzijdig en flexibel therapeutisch medium. Het creëert veel mogelijkheden, ongeacht de leeftijd, culturele achtergrond, socio-economische status, lichamelijke, geestelijke, sociale of emotionele toestand van de cliënt. Het voorziet in een uitgebreid aantal activiteiten, zoals plannen, voorbereiden, planten, telen, oogsten, enzovoort. Het zijn activiteiten die makkelijk aangepast kunnen worden naargelang de mogelijkheden van de cliënt (Haller | Kramer, 2006).

Ook het werken met natuurlijke materialen, verwerken van de oogst en decoratieve tuingerichte activiteiten behoren bij de mogelijkheden.

Waar men in tuintherapie (*doing*) uitgaat van activiteiten die met de natuur/planten plaatsvinden (gedragsinterventie), vertrekt men bij een therapeutische tuin vanuit het helende van de tuin zelf, vanuit het contact met de natuur (omgevingsinterventie).

Bij deze passieve vorm gaat het om de waardering van de natuur die geassocieerd wordt met rust, vrede en spiritualiteit. Het actieve deel, de tuintherapie, gaat over revalidatie, acceptatie en integratie. Beide aspecten worden voorgesteld als twee aparte groepen, maar zijn toch zeer nauw verbonden. In een ideale situatie werkt een tuintherapeut immers in een therapeutische tuin. Met welke vorm van tuintherapie men ook bezig is, of hoe men de tuin/natuur ook gebruikt, het resulteert steeds in een positieve beïnvloeding van het welbevinden en de gezondheid (Sempik et al.,2002).

Good practices binnen de vakgroep ergotherapie

Ergotherapeuten zien al jaren de positieve effecten van het inzetten van ‘natuur’ als medium bij verschillende doelgroepen met uiteenlopende doelstellingen. We schetsen beknopt enkele praktijksituaties.

Tuinieren zoals voorheen

Binnen ouderenzorg wordt het medium tuintherapie regelmatig toegepast. Vaak is het voor deze doelgroep een herkenbaar gegeven. Ze kennen de moestuin, fruittuin, bloembakken en -perken reeds van in hun jeugd. Deze herkenbaarheid kan ook een ingangspoort zijn om te reminisceren alsook in de realiteitsoriëntatie training (ROT). Bij ouderen met dementie ervaren we dat werken in de therapeutische tuin of erin vertoeven een positieve benadering is met verschillende doeleinden. Zo heeft het buitenkomen op zich al een positief effect. De productie van vitamine D die de mens verkrijgt door de blootstelling aan natuurlijk zonlicht, is belangrijk voor de kwaliteit van de beenderen. Bovendien wordt het normaal dag-nachtritme behouden en een verbeterde nachtrust worden hierdoor gestimuleerd, wat bij mensen met dementie vaak een probleem vormt (Cobley, 2003).

Aangezien mensen met dementie veel moeite hebben met hun oriëntatie, is een gesloten deur meestal aangewezen. Deze kan dan zorgen voor ongepast gedrag, zoals agitatie, stemmingswisselingen en zelfs agressie. Verschillende studies hebben aangetoond dat wanneer deze mensen toegang krijgen tot een tuin, dit ongepast gedrag vermindert, de hoeveelheid medicatie afneemt en ook hun stemming verbetert (Detweiler, 2008; Van Den Berg, 2005).

De multisensorische stimulatie door kleuren,

geuren, aanrakingen en geluiden en het contact met de natuur bevorderen het gevoel van rust, verminderen stress en verbeteren de bloeddruk (Kennard, 2006). Dit geldt ook voor ouderen die lijden aan bijvoorbeeld depressieve symptomen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het kijken door een venster naar een tuin of groen al een stressreducerend effect heeft.

Wanneer je kijkt naar de natuur, gebeuren er in je hersenen een aantal processen. Deze processen zijn te verklaren aan de hand van de wiskundige fractaal theorie (Joye, 2017). Bij het kijken naar een landschap gaan je ogen het beeld scannen, dit beeld wordt door de hersenen opgedeeld in verschillende fragmenten. De complexiteit van deze fragmenten zorgt initieel voor verwarring. Maar omdat deze complexiteit een repetitief karakter heeft, zorgt dit voor rust. Zo kan men deels genieten van de positieve effecten van de natuur zonder de kamer te verlaten.

Casus Sirius 1

H. werd voor de tweede maal opgenomen vanuit het rusthuis. De eerste keer in opname heeft hij de diagnose cluster-B-persoonlijkheidsstoornis met vasculaire schade gekregen. Ongeveer een jaar ging het goed in het rusthuis, totdat er een nieuwe opnamevraag kwam voor H.

Suïcideneigingen stonden deze keer op de voorgrond. De eerste dagen, zelfs weken dat hij op de afdeling was, kwam hij bijna niet van zijn kamer, at en dronk weinig en contact maken met hem was zeer moeilijk. Hij riep de suïcideuitingen door de gang.

Zijn kamer lag aan de tuin waar we vaak met andere patiënten aan het werken waren. Na enkele weken kwam H. spontaan uit zijn kamer en verscheen in de deuropening naar de tuin. Hij legde zelf contact en begon ons, de tuiniers, uit te leggen hoe je een schoffel moest gebruiken en de tuin moest bewerken. Even later nam H. het werktuig zelf over. Op deze momenten leek het of hij herleefde en was er lichte plezierbeleving aanwezig. Nadien hebben we hem ook de opdracht kunnen geven om elke dag de plantjes water te geven. Deze opdracht voerde hij nauwkeurig en met volle aandacht uit. Sinds hij in de tuin kon werken, werd zijn stemming beter en was het mogelijk om beter contact met hem te leggen. Een ingangspoort voor verdere behandeling

De 'nuchterheid' van de natuur

Binnen verslavingszorg wordt al tientallen jaren tuintherapie als indicatie-sessie aangeboden. Dit vanuit vele vormen. Zowel het planten, zaaien en onderhouden van de binnentuin als werken met

natuurlijke materialen of andere buitenactiviteiten komen aan bod.

Bij verslavingsproblematiek is het van groot belang tijd buiten door te brengen, dit voor lichamelijk en geestelijk welbevinden. Tuinieren is een laagdrempelige, kalmerende activiteit waarbij vele cliënten zich terug 'vrij' voelen, niet opgesloten zijn ... even bevrijdt van de zorgen en stress van hun kwetsbaarheid ... (Vereyken, H.).

Op psychisch en emotioneel vlak ervaren cliënten vaak terug gevoelens van trots en tevredenheid, nuttig zijn en gewaardeerd worden vanuit sterke kanten en succeservaringen. Gevoelens die door hun problematiek vaak tijdelijk afwezig zijn. Het geeft verstrooiing, een geestelijke rustpauze en is daardoor stemming bevorderend. Onderzoek in de omgevingspsychologie toont aan dat buitenwerk ontspant. Dit ongedwongen bewegen en bezig zijn in de natuur leidt tot verbetering van de gezondheidstoestand. Bijkomend pluspunt van tuinieren is dat men zich mettertijd gaat interesseren voor gezonde voeding. Een gegeven dat regelmatig verwaterd is door de verslaving.

Ook de sociale contacten en niet-bedreigende manier van communiceren geeft een meerwaarde aan deze therapievorm. Mogelijks opent het terug perspectieven in functie van een zinvolle dagbesteding alsook aspecten en vaardigheden die men terugvindt in een werksituatie (http://www.sobriety.ca/addiction-recovery-horticultural-therapy.htm).

Er is niet zoveel studiemateriaal in België aanwezig wat betreft de effecten van tuintherapie voor mensen met een verslavingsproblematiek.
Wel zijn er enkele buitenlandse studies:

Community gardening, Noord-Ierland
Deze grotere studie is uitgevoerd in 2012 door Queen's University Belfast, **"Investigating community gardening as a form of rehabilitation for people with alcohol misuse in Northern Ireland'.** http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport_0096.pdf

Odyssey House Victoria, Australië
"Horticultural Therapy in a residential drug and alcohol rehabilitation centre in Australia", (P. de la Motte)
Artikel betalend te bekomen via ISHS Acta Horticulturae

Rosecrance Griffin Williamson Campus, VS
Voorbeeld van een therapeutische tuin verbonden aan een residentiële instelling (80 bedden) voor verslavingszorg. De tuin is ingericht volgens de principes van Kaplan (belang van 'soft fascination').

Van binnenuit buiten herstellen

Mensen die een psychose ervaren, beleven de wereld geheel op hun eigen manier. Het is mogelijk dat de cliënt auditieve, visuele en sensorische hallucinaties ervaart. Hierdoor zien we binnen deze doelgroep een heel variërend beeld. Het laagdrempelige medium kan op verschillende niveaus toegepast worden. Het doormaken van een psychose is vaak een 'onvoorspelbare' gebeurtenis. Deze kan gepaard gaan met een heel aantal moeilijkheden: gekwetst zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen, moeilijke financiële situatie, klein sociaal netwerk, verliezen van dagbesteding, verlies van woonst … Door het ingrijpende karakter van de gebeurtenis zien we de zorgnoden en hulpvragen terug komen in al hun levensdomeinen (Tielens, J.).

Binnen psychosezorg werken we vanuit een herstelgerichte visie, waarbij de cliënt uitgenodigd wordt zelf het stuur in handen te nemen van zijn herstelproces. Soms is het maken van zo een weloverwogen keuze niet gemakkelijk. Rekening houden met verschillende variabelen in de tuin kan een aanzet zijn tot het ontwikkelen van de

nodige vaardigheden om keuzes te leren maken. Verder zien we dat cliënten met een psychose of psychosegevoeligheid vatbaar zijn voor stress. Tijdens een opname is het aangewezen om te zorgen voor een stressarme omgeving en hen leren om te gaan met stress en onvoorspelbare situaties. Wanneer men buiten kan werken met de cliënt kan dit op zijn tempo. Dit “buiten zijn” prikkelt de zintuigen op een zachte manier. Het verlaagt het stressniveau en hierdoor ervaren deze mensen minder snel het allesoverheersende angstige gevoel. Verder geeft het vertoeven in openlucht een gevoel van even ‘weg’ zijn.

De fysieke arbeid bevordert de lichamelijke gezondheid en zorgt voor een verbetering of in stand houding van het dag-nachtritme. Naast de positieve lichamelijke effecten worden er ook heel wat verscheidene vaardigheden aangesproken tijdens het tuinieren. Van executieve functies tot grove motoriek kan men de focus desgewenst verleggen. Dit naar de noden en haalbaarheid van patiënt en omgeving (Visie op herstelondersteunende zorg, 2015).

Casus Orion 2

C. is reeds vele malen opgenomen geweest binnen ons ziekenhuis. Deze opname was een gedwongen opname van minimum 40 dagen. C. kwam steeds vaker naar de therapiesessies maar had het moeilijk met het volhouden, de organisatie van een taak en hier de nodige motivatie voor te vinden. De aspecten verantwoordelijkheid opnemen en zorgen voor iets of iemand waren dingen die C. al een tijd uit de weg ging. Tijdens de sessies ‘vrije tijd’ komt er wekelijks een andere activiteit aan bod. Zo ook het zaaien van tuinkers en planten van radijsjes.

C. heeft het hele proces mee doorlopen. Van het maken van een zaaibakje tot het zaaien van het zaadje en het afwerken van de naamplaatjes. Zelfs het systematisch water geven deed C. vrijwillig. Hierin zag ik een echte verandering, waarbij ze zelf zorg droeg voor haar plantjes en het groeiproces nauwgezet in de gaten hield. Het buitengevoel toch even kunnen ervaren zorgde voor rust bij haar. Dit was een activiteit die andere kwaliteiten in haar naar boven haalde. Het slagen van dit (kleine) project liet haar weer proeven van een succeservaring.

Getuigenis hovenier Hex

Ik ben Gust Duchamps. Ik ben tuinbaas op het landgoed Hex. Ik ben niet geboren als tuinman - ik heb humaniora gedaan, waarna biologie en toen grafische vormgeving. Op zeker ogenblik kwam ik echter tot het inzicht dat ik voor mijn levensonderhoud een eerlijk, eenvoudig vak wilde doen in de buitenlucht.

Ik ben via een tewerkstellingsproject begonnen in natuurreservaten, waarna later als planter bij een internationaal tuinarchitect, om uiteindelijk vijf jaar als vaste tuinman te verblijven op een kasteeldomein in Frankrijk. Ik ben dus eigenlijk autodidact in mijn vak; ik heb veel geleerd door zelfstudie, reizen en uit de contacten die ik had met oudere tuinmannen.

In mijn werkwijze zoek ik aansluiting met het werk van de jardinier-maraîcher van de vorige eeuw. Ik tuinier zonder gif en ik probeer mijn werk fijn te stemmen op de directe natuurlijke omgeving. Het is nu 12 jaar dat ik in de tuinen van Hex werk.
Terwijl het landgoed zich onder leiding van graaf d’Ursel steeds meer ontwikkelt als een sterk landbouwbedrijf, wil men de historische tuinen meer en meer met vrijwilligers gaan onderhouden, naar het voorbeeld van Nederlandse buitenplaatsen.

In de voorbije jaren heb ik ervaring opgedaan met scholieren die stage kwamen doen, met lagere schoolklasjes, jongeren van een jeugdinstelling en time-out project.
Op zoek naar meer vrijwilligerswerking kwam ik via docent Kathleen De Clercq (PXL groen-management) in contact met de ergotherapeuten van Asster. Tweemaal per week komt nu een groepje patiënten met begeleiding bij mij meewerken in de oude ommuurde groentetuin.

Hoe ik zelf het tuinieren ervaar? De omgeving van Hex is er één zonder veel ruis en de moestuin is een heel zintuiglijke wereld. De geluiden van wind, vogels en insecten treden heel erg op de voorgrond. In de stille communicatie met de grond en de planten word ik mij heel bewust en het monotone ritme van het werk geeft mij de gelegenheid om met mijn gedachten bezig te zijn. Stadsdrukte of kantoorstress is aan mij niet besteed. Als kind zocht ik al de vrijheid en de relatieve eenzaamheid van de natuur op.

Het zien voorbij strijken van de seizoenen geeft een extra dimensie aan het werk in de tuin. Ik ben van dichtbij getuige van de processen van groei en verval, en het cyclische jaarritme biedt me structuur. Elke dag is er iets nieuws om me over te verbazen. Wie dagelijks buiten is staat bij elk klein natuurwonder op de eerste rij.

Kijken naar de toekomst

Bij nieuwbouw en renovatie van ziekenhuizen en zorginstellingen is een healing environment steeds vaker een uitgangspunt. Dat heeft te maken met veranderde inzichten in de kwaliteit van de zorg, maar ook met de toenemende verwachtingen van cliënten. Daglicht, een vriendelijke en rustige inrichting, goede luchtkwaliteit en natuur dragen bij aan stressvermindering bij de cliënt en bieden een positieve afleiding, waardoor het herstel sneller verloopt. Een healing environment draagt ook bij aan een positief werkklimaat voor het personeel en een toegankelijke, vriendelijke omgeving voor bezoekers. Het ontwerpen van een dergelijke omgeving gebeurt steeds vaker op basis van Evidence Based Design, waarbij keuzes gebaseerd worden op betrouwbare kennis uit de wetenschap en de praktijk.

Wij laten ons hiervoor onder andere inspireren door de zeven tuinontwerpen van het Radboudumc in Nederland (Bakker, 2018). Deze dragen bij aan het welbevinden van psychiatrische patiënten tijdens de verschillende stadia van hun herstelproces. Van mindfulness tot meewerken, van wegdromen tot in actie komen.

Bronvermelding

Bakker, W. Van mindfulness tot meewerken in healing gardens Radboudumc. *Groeneffect, 2018 (editie 2)*, p. 14.

Cobley, M. (2003). A place to delight the senses and refresh the soul. *Journal of Dementia Care*, July /August 2003, pp 20-23, London, Hawker Publications.

Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Myers, L. C., Kim, K. Y. (2008) Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* Volume 23, Issue 1, Pages 31–45.

Haller, R., & Kramer, C. (2006). *Horticultural Therapy methods: making connections in healthcare, human service and community programs.* Florida: CRC Press.

GR/RMNO (2004). Nature and Health; the influence of nature on social, psychological and physical well-being. *The Hague: Health Council of the Netherlands (GR) & Advisory Council for Research on Spatial Planning, Nature and the Environment* (RMNO).

Grahn, P. & Stigsdotter, U. (2003). Landscape Planning and Stress. Urban Forestry and Urban Greening, 2: 1-18.

Joye, Y., (2017). Groeien door groen: de welzijns- en gezondheidsbaten van groene omgevingen.

Kennard, C. (2006). Planning a garden for persons with Alzheimer's. *Verywellhealth*, 2003.

Lemmens, J., & Vereyken, H.(2018). Tuintherapie en therapeutische tuinen, een kennismaking. In Ergotherapie Vlaanderen vzw en Wilfriend Van Handenhoven (red.), *Jaarboek ergotherapie 2018* (pp. 195-209). Leuven: Acco.

Masashi, S.(2017). Gardening is beneficial for health: A meta analysis. *Prev med rep*.,5,92-99.

Sempik, J., Aldridge, J., & Becker, S. (2002). Social and therapeutic horticulture: Evidence and messages from research. CCFR Evidence Papers, 6. Geraadpleegd via http://dspace.lboro.ac.uk/2134/2928. Loughborough University.

Sternberg, E.,(2010). *Healing spaces: The science and place of well-being.* Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Tielens, J. In gesprek met psychose: Verbindende gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met mensen met een psychose.*Janssenacademy*., p10-11.

Visie op herstelondersteunende zorg: Bekrachtigd door comité art. 107 Reling op 15/05/2015., p 1.

Van Den Berg AE. (2005). Health Impacts of Healing Environments: A Review of Evidence for Benefits of Nature, Daylight, Fresh Air, and Quiet in Healthcare Settings. Groningen: Foundation 200 Years University Hospital Groningen, Van Eck & Oosterink, Dodewaard; 2005.

Van den Berg, A., Maas, J., & Teeling, D. (2014). Groene gezonde ziekenhuizen: een prestige programma rondom het belang van groen in en rond ziekenhuizen. Amsterdam: Vrije universiteit Amsterdam.
Geraadpleegd via http://www.groenegezondeziekenhuizen.nl/files/Startnotitie-Programma-Groene-Gezonde-Ziekenhuizen-ééaug2014.pdf.

Vereycken, H. Informatiebrochure: Tuintherapie & Therapeutische tuinen binnen de verslaafdenzorg. *Terra-Therapeutica*.
Wood, J.C., Pretty, J., & Griffin, M.(2015). A case control study of the health and wellbeing benefits of allotment gardening. J*ournal of public health*,1-9.doi:10.1093/pubmed/fdv146.

http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport_0096.pdf
http://www.sobriety.ca/addiction-recovery-horticultural-therapy.htm
https://www.britannica.com/science/biophilia-hypothesis
www.thrive.org.uk
www.terra-therapeutica.be

Integratieve GedragsTherapie (IGT)

“In sameness we connect, in diversity we grow” Virginia Satir

dr. Katrien Callens

De Lier is een cluster van afdelingen binnen Asster, met op het eerste zicht een divers doelpubliek. Breed benoemd richt De Lier zich tot patiënten die lijden onder stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, verwerkingsproblemen. De ervaring leert dat deze problematieken vaak gelijktijdig voorkomen. Dit stellen we ook vast op de Lier 4 - IGT, een van de twee dagafdelingen binnen de cluster De Lier. De uitwerking en start van het programma van De Lier 4 - IGT gebeurde in juni 2018, gelijktijdig met en complementair aan de opstart van het MBT-programma (Mentaliseren Bevorderende Therapie), de tweede afdeling voor dagbehandeling binnen de cluster De Lier.

Eerst de geschiedenis

De Lier 4 - IGT is ontstaan vanuit de integratie van verschillende behandelgroepen voor dagpatiënten die al vele jaren bestonden in het PC Ziekeren en het PZ Sancta Maria te Melveren. In de oorspronkelijke behandelgroepen werd vanuit uiteenlopende theoretische kaders gewerkt: het psychodynamisch denkkader, ACT (Acceptance and Commitment Therapy), de systeemtheorie. Verder was er expertise aanwezig op het vlak van oplossingsgerichte therapie, dialectische gedragstherapie, traumatherapie, gedragsactivatie ... Een indrukwekkend palet aan deskundigheid en invalshoeken.

Maar de afgelopen jaren vroeg niet alleen de fusie een extra investering vanwege de behandelaars. Ook de ernst en de complexiteit van de problematieken van de doorverwezen patiënten nam duidelijk toe. Dit hangt zeker samen met de vermaatschappelijking van de zorg en de hiermee samenhangende afbouw van hospitalisatieplaatsen. We hebben geen keuze meer. Enkel wie écht niet ambulant verder kan, krijgt een stoel of bed toegewezen.

Bijkomend lijkt er minder koudwatervrees te zijn voor dagopname dan voor volledige hospitalisatie, ook bij patiënten met ernstige problemen. Rechtstreekse opname in dagtherapie is intussen de regel geworden op de dagkliniek van De Lier. Ook een eerste “kennismaking” met de psychiatrie via daghospitalisatie komt vaak voor. Dit stelt heel wat bijkomende eisen aan het programma en de behandelintensiteit.

Uitdagingen

Door deze evoluties zagen we ons als behandelaars voor meerdere uitdagingen gesteld.

Er was nood aan een programma met een insteek die breed genoeg was om een antwoord te bieden op de grote diversiteit aan behandelvragen van het publiek van de cluster De Lier.

Anderzijds werd snel duidelijk dat patiënten én teamleden nood hadden aan voldoende concrete houvast om de behandeling van probleemgebieden vlot te laten verlopen. Het doelpubliek vroeg om een aanbod van interventies die meer boden dan algemene ondersteuning en activering.

Het leek ons verder in het belang van de patiënten dat de al verworven expertise van medewerkers niet verloren zou gaan, maar integendeel gebruikt zou worden bij de uitbouw van het behandelprogramma. Ook moesten we voorkomen dat de behandeling incoherent zou worden door een overdaad aan invalshoeken en interventies.

Om tot een goed behandelingsresultaat te komen is verder een aangepast behandelingskader nodig, waarbinnen de aangewende therapeutische technieken tot hun recht kunnen komen. De term behandelingskader verwijst naar thema’s zoals het hanteren van een adequate therapeutische houding als basisvoorwaarde voor het slagen van de behandeling, de aanwezigheid van een goed gestructureerd behandelingstraject waardoor de kans groter wordt dat de patiënt doelgericht aan de slag gaat, een organisatie die de zorgcontinuiteit mogelijk maakt die de patiënten nodig hebben, opleidingsvereisten …

Zeker voor patiënten met problemen op het vlak van persoonlijkheid - de meerderheid van onze patiënten - is dit belangrijk. Patiënten hebben het vaker wel dan niet moeilijk met emotieregulatie, zelfsturing, zelfbeeld, inzicht in belevingswereld van anderen en intimiteit. Dit beïnvloedt de omgang met de therapeutische situatie. Het therapeutisch proces is fragiel. Deze patiënten kunnen erg heftig reageren bij een onaangepaste houding van de therapeut. Ze komen moeilijker tot samenwerking en hebben het moeilijker om doelgericht te werken in de therapie. Een stevig behandelkader is nodig om niet constructieve processen te containen en ontsporing (“regressie”) te voorkomen.

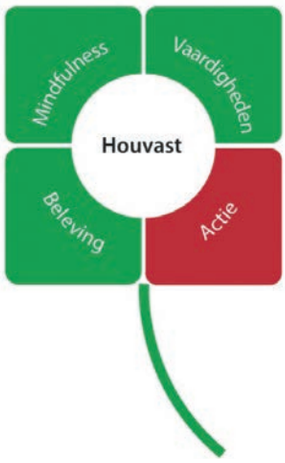
Vanzelfsprekend wensten we als behandelaars ons programma ook evidence-based uit te bouwen. Evidence-based handelen is een methode die verschillende stappen omvat. In de eerste plaats is er opzoekwerk nodig: een grondig nazicht van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Een tweede stap houdt de beoordeling in van de gevonden evidence op methodologische kwaliteit.

Maar “Wetenschap wordt gebouwd met feiten zoals een huis met stenen, maar een verzameling feiten is evenmin wetenschap als een hoop stenen een huis is”. De volgende stap in de evidence-based methode is dan ook het toetsen van de onderzoekresultaten op hun toepasbaarheid in de praktijksituatie.

Er rezen heel wat vragen. Was het wetenschappelijk wel te verantwoorden om effectenonderzoek rond specifieke interventies voor een geïsoleerd psychiatrisch probleem te extrapoleren naar onze populatie van patiënten met complexe problemen? Op welke evidence zouden we ons beroepen bij het behandelen van de patiënten die omwille van therapieresistentie naar onze dagafdeling werden doorverwezen? Ook de beschikbaarheid van middelen moest mee genomen worden in de afweging. We wensten immers

verder te bouwen op de reeds verworven deskundigheid bij onze medewerkers.

Onder andere verschillende richtlijnen van het Trimbos-instituut en “De Geïntegreerde Richtlijn-Behandeling” (GRB) van het Nederlandse Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen bleken erg inspirerend, waren algemeen genoeg en lieten voldoende ruimte voor flexibiliteit om bruikbaar te zijn.



Integratieve behandeling

Vanuit al deze overwegingen groeide de keuze voor een eigen behandelaanbod met een brede insteek. Verschillende therapiemodellen leken een aanvullende bijdrage te kunnen leveren tot het beter begrijpen en behandelen van onze doelgroep. Maar hoe deze inzichten te integreren?
Rond de integratie van therapiemodellen is er tegenwoordig heel wat wetenschappelijke literatuur te vinden. Er bestaan bijvoorbeeld twee gezaghebbende wetenschappelijke tijdschriften die volledig gewijd zijn aan de bestudering van dit onderwerp. Kansen en risico’s van integratie van uiteenlopende psychotherapiemodellen worden hierin wetenschappelijk onderzocht. Uitgangspunt is dat de potentiële winst voor de patiënt groot is. “Why choose among different treatments that do not differ in outcome when each contains effective treatment strategies and methods that could be combined to provide a more comprehensive treatment?” (John Livesley).

Patrick Luyten, een auteur met een psychodynamische achtergrond, beschrijft in het “Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology” dat er een groeiende convergentie is tussen verschillende theoretische benaderingen binnen de psychologie: onder andere tussen het psychodynamisch denken, de cognitieve psychologie, de neurowetenschappen ... Er zijn bij psychotherapie meerdere wegen naar Rome, maar de meest gekozen paden lijken meer en meer parallel te verlopen. Deze convergentie houdt verband met het voortschrijdend inzicht in de manier waarop therapeutische processen verlopen. Hierdoor is integratie van psychotherapeutische modellen vandaag meer denkbaar dan vroeger.

Combinatie van verschillende therapiemodellen kan pragmatisch gebeuren door een clinicus die een techniek kiest die het best aansluit bij wat de cliënt lijkt nodig te hebben. Dit wordt ook benoemd als eclectisme.
Maar integratie kan ook verder gaan. Modellen kunnen eveneens geïntegreerd worden op basis van het onderzoeken van de gemeenschappelijke factoren, die dan gebruikt kunnen worden om de basale structuur vast te leggen.

De Geïntegreerde RichtlijnBehandeling van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen is hier een mooi voorbeeld van. De factoren die gemeenschappelijk zijn in de specialistische behandelingsmodellen voor patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis (DGT (dialectische gedragstherapie), TFP (Transference Focused Psychotherapy), MBT (Mentaliseren Bevorderende Therapie), SFT (Schema Focused Therapy), …) werden onderzocht. Er is een duidelijke convergentie binnen deze modellen wat betreft conceptualisatie van het algemene behandelkader. In alle modellen gaat veel aandacht naar de kwaliteit van de therapeutische relatie. Deze gedeelde kenmerken worden in De Geïntegreerde RichtlijnBehandeling gebruikt om een algemeen geldend behandelkader te schetsen voor patiënten die lijden onder een persoonlijkheidsproblematiek.

Binnen het kader dat beschreven wordt in de GRB kunnen diverse klinische strategieën gebruikt worden. De verschillende bewezen effectieve behandelmodellen kunnen volgens de auteurs van de GRB opgevat worden als concrete operationaliseringen van de generieke principes. Maar dit kader kan ook ingevuld worden met andere interventies. Uitgangspunt bij de GRB is dat dit leidt tot behandelingen die goede resultaten behalen bij veel patiënten zonder de grote investeringen die nodig zijn om een specialistisch behandelmodel te installeren.
Nog ambitieuzer is integratie via het ontwerpen van een metatheorie. De theoretische uitgangspunten van verschillende denkscholen worden hierbij op een logisch coherente manier met elkaar in verband gebracht. De aanpak wordt verantwoord in een overkoepelende theorie en zo mogelijk empirisch ondersteund.

Een voorbeeld van een dergelijk integratief denkkader is het transdiagnostische model rond emotieregulatie dat in de TEC-methode (Training Emotionele Competenties) van Matthias Berking wordt gebruikt, gebaseerd op uitgebreid fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. De verschillende factoren die een invloed hebben op emotieregulatie worden gespecificeerd en kunnen een ingangspoort bieden voor interventies uit uiteenlopende therapiemodellen. Problemen op vlak van emotieregulatie spelen een centrale rol bij ontstaan maar ook bij onderhouden van stemmingsproblemen, angst, verwerkingsproblemen, persoonlijkheidsproblematiek.

Een behandelingsmethode vertrekkend vanuit transdiagnostische modules binnen een behandelingskader dat geschikt is voor patiënten met persoonlijkheidsproblemen - en dus zeker voor patiënten die geen problemen hebben op dit vlak - leek ons als team “een oplossing op maat” van het brede patiëntenpubliek van De Lier 4 - IGT.

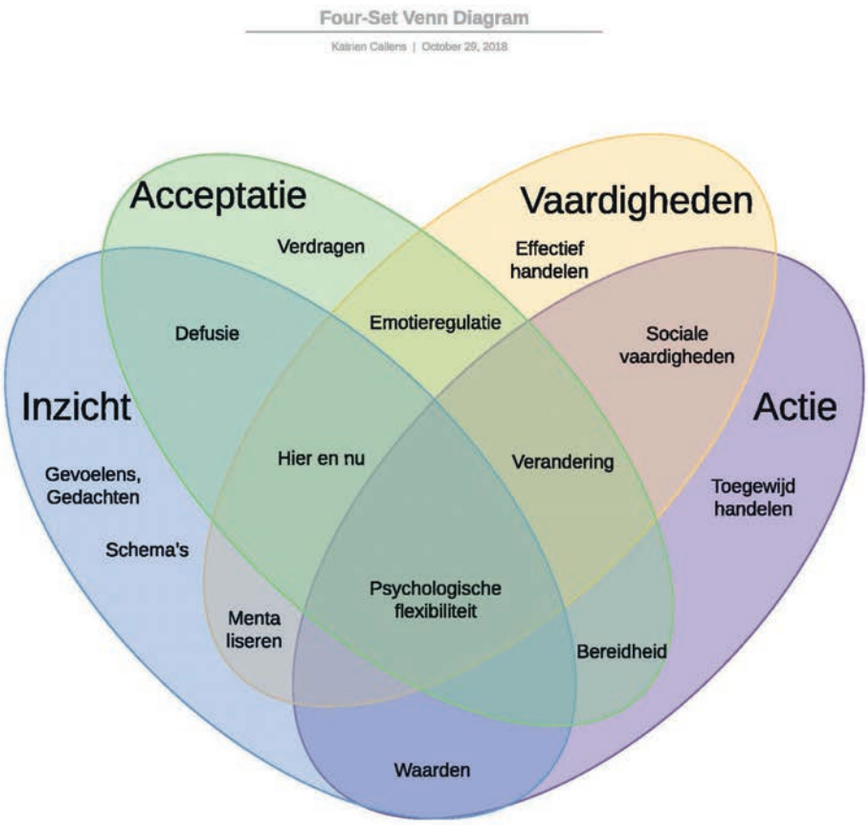
Derde generatie gedragstherapie

Praktisch gezien is het natuurlijk niet mogelijk om een deskundigheid op te bouwen in een groot aantal therapiestromingen. Een té groot aantal denksporen zou geen houvast meer bieden, noch aan het team, noch aan de patiënten.

Er werd dan ook gekozen om het terrein af te bakenen, rekening houdend met de meest actuele expertise en ervaring van teamleden. Om het accent te leggen op inzichten en methodieken die behoren tot de derde generatie gedragstherapie: ACT, DGT, gedragsactivatie, MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) ... Schematherapie wordt soms zelfs gerekend tot de derde generatie gedragstherapie, op basis van de nadruk op experiëntiële technieken.

Ook al regent het nu afkortingen en termen, de praktijk is minder complex dan deze woorden laten uitschijnen. Er is immers een grote overlap tussen de therapeutische methoden die hierboven benoemd worden. Ze delen een aantal kenmerken en basisprincipes.

Veel aandacht wordt er bijvoorbeeld binnen deze



methodes aan “mentale processen” besteed: hoe patiënten omgaan met hun belevingswereld. Doel hierbij is het leren verdragen van belastende gevoelens en gedachten, en het bewaren van voldoende afstand tot deze belevingen. Hierdoor ontstaat ruimte om “effectiever te handelen”, op basis van persoonlijke waarden. Een dialectisch spanningsveld tussen acceptatie en verandering wordt zowel in ACT als DGT expliciet benoemd.

Verder is typerend dat niet zozeer cognitief/emotioneel inzicht wordt gebruikt als ingangspoort tot gedragsverandering maar wel training van vaardigheden. Vaardigheden onder de knie krijgen vereist actief oefenen. Vanuit de therapiemodellen die behoren tot de derde generatie gedragstherapie worden hierbij concrete handvaten aangereikt die goed bij elkaar aansluiten.

Deze verwantschap maakt het eenvoudiger om modules aan te bieden die gebaseerd zijn op inzichten uit de onderscheiden therapiemodellen. ACT en mindfulness, ACT en DGT, maar ook schematherapie en ACT blijken elkaar goed aan te vullen.

Soms blijft het toch belangrijk om ook uitgebreider aandacht te besteden aan de “mentale inhouden”. Sommige patiënten hebben weinig zicht op de eigen belevingswereld: gedachten, gevoelens, behoeften, onderliggende motivaties en intenties, en hoe deze samenhangen met uitlokkende gebeurtenissen en daaropvolgend gedrag. Ook dit komt aan bod, onder andere binnen de groepstherapie en de emotieregulatietraining.

In de praktijk

Er worden momenteel drie groepsprogramma’s aangeboden op De Lier 4 - IGT. In groep 1 wordt de nadruk gelegd op omgaan met sterk wisselende en heftige emoties. Groep 2 richt zich tot de behandeling van patiënten met angstproblemen en depressieve stoornissen. Het programma van groep 3 is vooral gericht op ondersteuning en verbetering van omgaan met de externe realiteit.

In alle groepen beginnen we met een gemeenschappelijk basisproces, dat uit verschillende stappen bestaat die elkaar telkens opnieuw opvolgen tijdens het verloop van de behandeling.

We vertrekken steeds vanuit de belevingswereld van de patiënt: eerst exploratie van mentale inhouden, daarna aandacht voor mentale processen. Pas nadien wordt de focus gelegd op het gedrag: vaardigheden leren en eventueel exposure, en uiteindelijk in actie komen en het leven terug een zinvolle richting geven.

Hoeveel aandacht elke stap krijgt is vanzelfsprekend afhankelijk van de noden van de betrokken patiënt. Voor patiënten die emotioneel ontregeld zijn (verwerkingsproblemen, persoonlijkheidsontwikkeling) lijkt de eerste stap van het proces, waarin ze meer inzicht verwerven in hun soms chaotische binnenwereld, van bijzonder belang. Voor depressieve en angstige patiënten zal het erg belangrijk zijn deze gevoelens te leren accepteren en toch tot actie te komen. In de derde groep ligt vanaf het begin de nadruk op het tot actie komen in de externe wereld.
Maar psychotherapie is natuurlijk een complex proces dat niet te vatten is in één lineaire beweging. We beogen als behandelaars een zelfversterkend circulair proces waarin de verschillende stappen elkaar positief beïnvloeden.

Zo wordt het stellen van ander gedrag bereikbaarder via het werken aan de belevingswereld: als negatieve belevingen niet voortdurend weggedrongen moeten worden is er meer mentale ruimte om tot effectief handelen te komen. Maar ook: door zich anders te gedragen verandert de belevingswereld. De zelfbeleving kan verbeteren, de reactie van anderen is toch positiever dan verwacht …
Verder wordt het natuurlijk gemakkelijker om belevingen te exploreren als deze beter verdragen worden. En wat de gedragscomponent betreft: patiënten zullen vlotter nieuwe vaardigheden leren of samenwerken rond exposure als ze een duidelijk doel voor ogen hebben dat voor hen waardevol is.

Hierdoor wordt verdieping mogelijk en komen nieuwe thema's aan bod in de loop van de therapie.

Bijvoorbeeld bij het werken rond de inhoud van belevingen is het eerste doel dat de patiënt zich gehoord en begrepen voelt. Naarmate de therapie vordert verschuift de focus. Valideren en samen belevingen benoemen eisen minder aandacht op. Het wordt mogelijk terugkerende patronen te herkennen: hoe beleeft de patiënt zichzelf?, hoe beleeft hij/zij anderen in relatie tot zichzelf? Na wat langere therapiedeelname worden ook vaak de strategieën zichtbaar die de patiënt gebruikt in het omgaan met deze patronen.

Of nog: bij de stap "in actie komen" proberen patiënten eerst kleine doelstellingen te bereiken om het dagdagelijkse functioneren te verbeteren. Tegen het einde van de behandeling komen acties aan bod die hun leven zinvoller en rijker maken.

En als het goed is kan de therapie op die manier in een positieve spiraal verlopen.

Contactgegevens
Voor bijkomende vragen kan je contact opnemen met:

dr. Katrien Callens, afdelingspsychiater
011 78 83 04

Benny Tiri, afdelingshoofd
011 78 83 40

Referenties

- Acceptance & Commitment Therapy, Theorie en praktijk, red. Jacqueline A-Tjak
- Acceptance and Commitment Therapy for Interpersonal Problems, Matthew McKay e.a.
- Behavioral Activation, Jonathan W. Kanter e.a.
- Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Marsha M. Linehan
- Emotieregulatie, Training voor psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters, Matthias Berking
- De Geïntegreerde RichtlijnBehandeling, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen
- Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology, ed. Patrick Luyten e.a.
- Integrated Treatment for Personality Disorder, a modular approach, ed. W. John Livesley
- Mindfulness and Acceptance, Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition, ed. Steven Hayes e.a.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, Trimbos-instituut
- Multidisciplinaire richtlijn depressie, Trimbos-instituut
- Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, Trimbos-instituut
- Systems of Psychotherapy, Dialectical Tensions and Integration, Donald K. Fromme

Mentaliseren Bevorderende Therapie in Asster

Ronny Vandermeeren
psycholoog De Lier 4 - MBT

Hanne Schoofs
zorgmanager De Lier

We kunnen de gedachten van andere mensen niet lezen. Daarom gaan we mentaliseren. Wat is dit? We denken na over waarom iemand iets zegt, doet of voelt. We proberen dit te begrijpen door ons een idee te vormen van wat er zich binnenin de andere persoon afspeelt. We richten ons op mentale toestanden zoals gedachten, overtuigingen, gevoelens, behoeften, fantasieën, wensen. Waarom stelt iemand die vraag of dat gedrag? Mentaliseren over jezelf betekent jezelf actief bevragen: wat voel ik, wat denk ik, vanwaar komt dat? Tenslotte willen we via het mentaliseren onze relatie met anderen begrijpen. Wat roepen de reacties van de ander bij ons op?

Sinds het voorjaar 2018 zijn de teamleden van afdelingen De Lier 3 en De Lier 4 onder impuls van Ronny Vandermeeren binnen zorgcluster De Lier gestart met het aanbieden van een MBT dagklinische behandeling. MBT staat voor Mentalisation Based Treatment, een behandeling voor volwassen mensen met persoonlijkheidsproblemen waarbij het herkennen en hanteren van gevoelens moeizaam verloopt. We trachten het sociaal en interpersoonlijk functioneren te verbeteren om betekenisvolle relaties te ontwikkelen met mensen waarop vertrouwd mag worden. Dit trachten we te doen door hen te leren beter te mentaliseren. Dit zal hen helpen om beter met zichzelf en anderen om te gaan. Hieronder brengen we informatie en trachten we de belangrijkste ingrediënten van deze behandeling weer te geven.

Over de MBT behandeling

Anthony Bateman en Peter Fonagy ontwikkelden een tiental jaren geleden een behandeling voor mensen met persoonlijkheidsproblemen die ze wetenschappelijk hebben onderzocht (Bateman & Fonagy, 2016). Zij legden een theoretische basis die het fundament is van het model dat een effectieve behandeling is voor het reduceren van klachten die te maken hebben met persoonlijkheidsproblemen. Hierbij denken we aan een laag zelfbeeld, depressieve gevoelens, het moeilijk stabiele relaties kunnen aangaan met andere mensen, identiteitsonzekerheid en impulscontrolemoeilijkheden (o.a. Löf et al., 2018). Ook zelfbeschadigend gedrag vermindert na een MBT behandeling (o.a. Löf et al., 2018; Robinsons, 2013; Rossouw & Fonagy, 2012).

Binnen een MBT behandeling gaan we ervan uit dat persoonlijkheidsproblemen in belangrijke mate samenhangen met problemen bij het mentaliseren. Mensen met persoonlijkheidsproblemen krijgen het erg moeilijk om te blijven mentaliseren wanneer zij een toegenomen emotionele spanning ervaren in hun relaties met anderen omdat hun gehechtheidssysteem dan geactiveerd wordt. Ze schakelen over naar een niet-mentaliserende denkwijze en hebben het dan moeilijk om eigen gevoelens te herkennen en hanteren. Ze ervaren hun gevoelens en gedachten dan als werkelijk en waar, of ze leiden intenties van anderen af uit het gedrag dat ze stellen (m.a.w. anderen moeten iets 'doen'). Gevoelens van afwijzing kunnen hen dan ook gemakkelijk overspoelen. Soms leidt dat tot impulsief reageren en worden relaties met anderen daardoor steeds problematischer. Soms leidt het tot het vermijden van contacten met anderen. Het gevolg is dat het zelfbeeld negatiever wordt gekleurd.

Vanuit de theoretische basis van MBT wordt geprobeerd op een milde en begripvolle manier naar de problemen van deze patiëntengroep te kijken. Het gedrag wordt in verband gebracht met het lijden en de mentale en emotionele leefwereld van de patiënt. Zo kan zelfbeschadigend gedrag een poging zijn om terug veiligheid en vat op emoties te krijgen. Het afwijzen van anderen kan een poging zijn om het eigen zelfbeeld te handhaven.

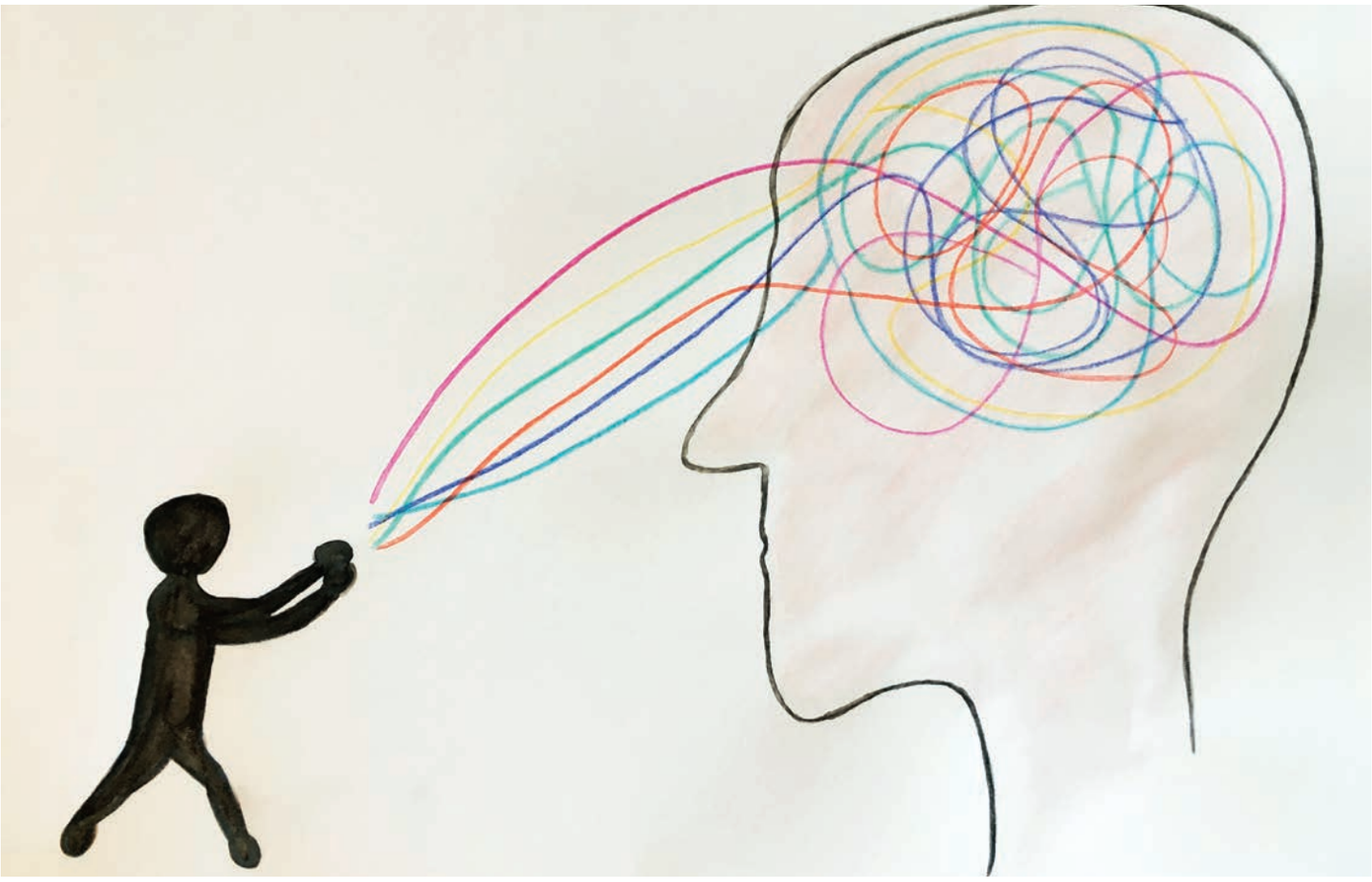
Wat is mentaliseren?

Mentaliseren is een vorm van verbeeldingsrijke mentale activiteit, namelijk het waarnemen en interpreteren van menselijk gedrag als verbonden met intentionele mentale toestanden, zoals behoeften, wensen, verlangens, overtuigingen, doelen, noden en redenen (Bateman & Fonagy, 2011 en 2016). Het gaat dus om het actief aandacht schenken aan mentale toestanden bij zichzelf en anderen, en dit gekoppeld aan het impliciete of expliciete besef dat deze mentale toestanden representaties van de werkelijkheid zijn die tot stand zijn gekomen vanuit een van de vele mogelijke perspectieven. Holmes (2009) verwoordt dit mooi als anderen begrijpen vanuit hun binnenkant en jezelf begrijpen vanuit je buitenkant. In de meest brede zin gaat het om denken en voelen over denken en voelen bij jezelf en anderen. Mentaliseren gaat dus niet louter over hoe ons denken functioneert. De affectieve focus is van bijzonder belang in elke MBT interventie. Het gaat verder ook over hoe gedachten en gevoelens van mensen elkaar onderling beïnvloeden.

Mentale toestanden beïnvloeden ons gedrag en zorgen er voor dat we afgestemd geraken op de ander. Soms zijn we ons bewust van onze mentale toestanden maar op andere momenten vallen deze buiten ons bewustzijn. Wanneer we proberen om ons eigen gedrag of dat van een ander te verklaren in termen van mentale toestanden moeten we wel vaststellen dat zulke verklaringen heel wat kwetsbaarder zijn dan verklaringen die verwijzen naar de fysieke omgeving (Bateman & Fonagy, 2006). De mentale wereld is nu eenmaal meer ambigu en ook meer veranderlijk dan de fysieke wereld. Het louter in overweging nemen van een alternatieve verklaring kan al leiden tot een verandering in die mentale toestanden. Een focus op de mentale wereld (mind) leidt daarom tot minder zekere conclusies dan een focus op fysische toestanden.

Stel je bijvoorbeeld voor dat je partner op een avond wanneer jullie samen tv kijken plots begint te geeuwen. Je voelt opeens verwarring en spanning. Je begint je af te vragen wat er toch zou schelen. Iemand die slecht kan mentaliseren, kan dan gaan denken dat haar partner haar niet langer graag ziet, dat hij haar maar niets vindt, dat vindt zij trouwens zelf ook. Zij wordt dan erg angstig om door hem verlaten te worden en kan zelfs gaan denken dat niets nog zin heeft omdat ze er

▶



niet langer aan twijfelt dat de liefde tussen hen gedaan is. Slecht mentaliseren levert gedachten die zich aandienen met een groot gevoel van zekerheid: wat ik denk, zo is het.
Iemand die goed kan mentaliseren, kan bij het zien van de geeuw van haar partner ook andere dingen denken. Zij kan zich voorstellen dat hij een zware dag had op het werk met een veeleisende baas. Dan heeft die geeuw wellicht niet meteen met haar te maken maar met het verloop van zijn dag. Maar het zou ook kunnen dat hij haar lievelingsprogramma op tv gewoon oninteressant vindt en liever de voetbal had willen zien. Goed mentaliseren levert ons verschillende perspectieven maar levert geen rotsvaste zekerheden omdat we dan weten geen rechtstreekse toegang te hebben tot de innerlijke wereld van de ander. Als we daar meer over willen weten, moeten er ons voor openstellen en er met een zekere nieuwsgierigheid naar vragen.
Met onze behandeling helpen we mensen met persoonlijkheidsproblemen dus om zichzelf en anderen beter te begrijpen vanuit ieders mentale toestand. We zetten voortdurend in op het herstellen en bevorderen van mentaliseren. Maar hoe doen we dat nu?

Mentaliseren is nauw verbonden met veiligheid. Een veilige gehechtheidsrelatie is een heel belangrijke voorwaarde opdat mentaliseren tot stand kan komen. Gehechtheidsonderzoek heeft ons geleerd dat binnen een veilige hechting een kind zich op momenten van spanning of onrust tot een gehechtheidsfiguur zal wenden. De gehechtheidsfiguur voorziet het kind van een veilige haven gekenmerkt door zekerheid en rust. Het is die veilige haven die het mogelijk heeft gemaakt dat kinderen die veilig gehecht zijn met meer vertrouwen en vlotter hun omgeving exploreren.

Door deze veilige basis en het exploreren van de buitenwereld en anderen leren we later in onze ontwikkeling ook onze binnenwereld met onze gedachten, gevoelens en behoeftes te verkennen. Het is pas via de anderen in onze omgeving dat we ons ten volle bewust worden van onze eigen mentale toestanden. Kinderen ontwikkelen dit doordat hun hechtingsfiguur zich afstemt op diens emoties en deze spiegelt door middel van een weerspiegeling van diens gelaatsuitdrukkingen in de eigen gelaatsuitdrukking. Het kind ziet zijn spanning, onrust of blijheid in het gelaat van moeder of vader waardoor het de ervaring heeft dat moeder of vader begrijpen wat het voelt. Vader of moeder ondersteunen dit ook door hun stemkleur, toonhoogte en volume aan te passen aan de emotie van het moment. Bij spanning en onrust ervaart het kind bij afstemming dus enerzijds een geruststelling en begrip en anderzijds leert het om zijn eigen gevoelens te begrijpen. We leren dus mentaliseren doordat anderen over ons mentaliseren. Dit vormt de kern van deze behandeling: doordat wij als hulpverleners proberen een band op te bouwen met onze patiënten en over hen mentaliseren, leren we hen te mentaliseren.

Mentaliseren in breder perspectief

Om de plaats van mentaliseren binnen het brede psychotherapeutische veld te verduidelijken, kunnen we een parallel trekken met de muur van wasproducten in de supermarkt. Wasproducten neigen zichzelf aan te prijzen als beter dan de andere en gaan daarbij verwijzen naar een of ander specifiek ingrediënt. Maar het centrale ingrediënt dat er voor zorgt dat al die producten werken en ervoor zorgen dat de was terug proper wordt, is zeep. Met psychotherapieën is dit in zekere zin ook zo. Ook deze neigen zich wel eens te presenteren als nieuw of beter. Maar wetenschappelijk onderzoek vindt weinig verschil wat betreft effectiviteit. Ze werken allemaal maar dat lijkt slechts in beperkte mate toe te schrijven aan een of ander therapiespecifiek ingrediënt. Onderzoek lijkt in de richting te wijzen van een centraal ingrediënt in psychotherapieën dat de werkzaamheid van al die verschillende behandelvormen kan verklaren. Mentaliseren lijkt geschikt om die plaats in te nemen. Mogelijk speelt in elke effectieve therapie een vorm van mentaliseren mee. MBT is dus in feite de minst innovatieve psychotherapie (dixit Fonagy) maar wel eentje die het therapeutisch effect van het mentaliserend vermogen wil optimaliseren.

Onze keuze voor het MBT model

Binnen de tendens naar vermaatschappelijking van zorg en de daarmee gepaard gaande afbouw van psychiatrische bedden, hebben we binnen zorgcluster De Lier nagedacht over manieren om ons op deze ontwikkelingen voor te bereiden en daarin eigen ideeën rond een gespecialiseerd behandelprogramma voor onze patiënten een plaats te geven.

De interesse voor het op mentaliseren gebaseerde behandelmodel kent al een lange traditie binnen het psychiatrisch ziekenhuis Asster vooral dan van voor de fusie, met name in het toenmalige psychiatrisch ziekenhuis Sancta Maria (nu campus Melveren). De toenmalige dagkliniek (Afdeling 8) hield in 2006 een studiedag met als titel “De borderline patiënt in dagbehandeling”

met als hoofdspreker prof. dr. Anthony Bateman. Aansluitend werd een traject opgezet met theoretische en praktische bijscholingsdagen rond het werken vanuit een MBT benadering. Gedurende meer dan dertig jaar vindt er binnen het ziekenhuis ook een maandelijks psychoanalytisch literatuurseminarie plaats waarbij de laatste jaren de basisliteratuur rond MBT grondig is gelezen en kritisch besproken.

Doelgroep van MBT Asster

Ons uiteindelijke doel is om te komen tot een gecertificeerd en evidence-based MBT zorgprogramma voor patiënten met persoonlijkheidsproblemen, variërend van low-level tot high-level borderline persoonlijkheidsorganisatie. Hiervoor ging Asster een samenwerking aan met Liesbet Nijssens (trainer en supervisor voor MBT Nederland, eveneens verbonden aan de KU Leuven).

De doelgroep voor deze gespecialiseerde dagbehandeling zijn volwassenen van 23 tot 65 jaar met persoonlijkheidsproblemen. Meer bepaald gaat het om mensen met:

- langdurige problemen met het herkennen en hanteren van gevoelens
- identiteitsproblemen
- een negatief zelfbeeld
- intense emotionele spanning
- neiging naar impulsief gedrag
- moeite om betekenisvolle relaties te ontwikkelen met mensen die ze kunnen vertrouwen.

Exclusiecriteria zijn stoornissen die ernstig interfereren met het vermogen om te mentaliseren (autisme spectrum, psychotisch spectrum, organische aandoeningen), stoornissen die ernstig interfereren met de mogelijkheid om in dagbehandeling te kunnen zijn, een IQ lager dan 80, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal en geen vaste woon- of verblijfplaats hebben.

Nog iets meer over mentaliseren

Over mentaliseren wordt niet langer gedacht als een bepaald vermogen dat aan- of afwezig is, maar veeleer als een mentale capaciteit die over (minstens) vier dimensies moet worden gezien. Zo is er de dimensie met aan de ene pool automatisch mentaliseren (razend snelle interpretaties over wat er zich rondom ons afspeelt en met een uitgesproken gevoel van zekerheid over wat we denken en voelen) en aan de andere pool gecontroleerd mentaliseren (traag verlopend met meer onzekerheid vanuit het besef dat meerdere interpretaties mogelijk zijn). Maar de aard van ons mentaliserend vermogen kan ook worden afgezet tegenover een dimensie tussen de polen intern versus extern gericht, zelf- versus andergericht, en cognitief versus affectief gericht.
Het vermogen om soepel over en tussen deze dimensies heen te bewegen maakt dat mensen zich veilig kunnen hechten aan een ander, dat het onderscheid tussen schijn en werkelijkheid wordt bevorderd, dat goede communicatie mogelijk wordt, dat we betekenisvolle verbanden kunnen ervaren tussen innerlijke en uiterlijke realiteit en dat onze relationele wereld en ons gedrag voorspelbaarder worden.

Natuurlijk kan er heel wat mislopen in dit mentale proces van denken en voelen, meer bepaald in de manier waarop we de relatie tussen innerlijke en uiterlijke realiteit gaan ervaren in situaties van verhoogde spanning. We komen dan tijdelijk terecht in één van de drie pre-mentaliserende modi van ervaren. Voor meer uitleg daarover verwijzen we naar de betreffende literatuur (Bateman & Fonagy, 2016).

Mentalisatie als kompas in de behandeling

Het concept mentalisatie kan binnen een behandeling op drie niveaus worden gehanteerd. Ten eerste kan het op diagnostisch niveau worden gebruikt om na te gaan over welke dingen de patiënt al dan niet kan nadenken op een reflectieve manier. Hoe ligt zijn mentaliserend vermogen verspreid over de vier reeds genoemde dimensies? Daarnaast wordt mentaliseren ingezet als behandeltechniek namelijk door de patiënt te helpen, vaak op een expliciete manier, bij het bedenken van alternatieve perspectieven die kunnen worden ingenomen bij problematische onderwerpen of situaties. Op die manier vormt mentaliseren ook een rode draad doorheen alle contacten en activiteiten waartoe we de patiënt in de loop van een behandeling uitnodigen. Tenslotte kan mentaliseren ook worden ingezet als uitkomstmaat om na te gaan in welke mate de capaciteit tot mentaliseren is verbeterd.

Kenmerken van een MBT werking

De drie C's van effectieve therapie lopen als belangrijkste maatstaf doorheen elk overleg en elke werking binnen een MBT behandeling. De eerste C is die van consistentie waarmee bedoeld wordt dat een behandeling die effectief wil zijn, moet zorgen voor een duidelijk omschreven visie met een innerlijk samenhangend geheel van hypothesen rond wat er innerlijk aan de hand is met de patiënt en wat daar in therapeutisch opzicht tegenover dient te worden gesteld.

Coherentie is de tweede C en verwijst naar het belang dat alle onderdelen binnen een behandeling in dezelfde richting werken. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan want in de praktijk kennen we wel valkuilen van waaruit teamleden of behandelonderdelen elkaar tegen spreken, of erger nog, tegenwerken.

De derde C tenslotte is die van continuïteit. Effectieve therapie zorgt voor een beperking van onderbrekingen in het therapeutisch proces vanuit het standpunt van de patiënt. Er dient dus te worden gezorgd dat alle therapiesessies doorgaan, zonder onderbreking om welke reden dan ook. Daarnaast moet ook worden gezorgd voor continuïteit tussen de verschillende therapiesessies waarbij teamleden thema's uit een sessie kunnen meenemen naar een volgende sessie om verder rond te werken. De concrete toepassing van de drie C's maakt van wat op het eerste zicht een eenvoudig programma kan lijken, toch een vrij complexe en intensieve onderneming.

Een MBT behandeling vertrekt vanuit een psychodynamische formulering die samen met de patiënt wordt uitgeschreven. Dit is een werkhypothese die een samenhangende verklaring biedt voor de huidige klachten van de patiënt in termen van mentale toestanden en processen. Een individueel behandelplan omvat vijf basisdoelstellingen. Deze zijn (1) het commiteren aan de behandeling, (2) het verminderen van psychiatrische symptomen, (3) het verbeteren van sociaal en interpersoonlijk functioneren, (4) het verminderen van zelfdestructief gedrag en suïcidepogingen en (5) het verbeteren van sociaal-maatschappelijk functioneren. Deze doelstellingen worden in eerste instantie samen met de patiënt uitgewerkt in een individueel behandelplan en vormen de leidraad doorheen alle therapeutische activiteiten en besprekingen.

Werkt het?

MBT is een bewezen effectieve behandeling met lage drop-out percentages (zie o.a. Bateman & Fonagy, 2008). Patiënten in deze behandelvorm kennen een significante afname in depressieve symptomen, algemene psychiatrische symptomen, zelfverwondend gedrag en suïcidepogingen. Niet onbelangrijk is dat voor deze patiënten na afloop van behandeling de gezondheidszorgkosten ook afnemen. Verder zorgt de behandeling voor een verbeterd sociaal en interpersoonlijk functioneren. Bij 18 maanden follow-up behielden patiënten deze verbeteringen niet alleen, maar verbeterden ze nog verder op de meeste uitkomsten. We zouden dus kunnen zeggen dat patiënten leren om beter voor zichzelf te zorgen in potentieel problematische omstandigheden. Zelfs bij 8 jaar follow-up bleven MBT patiënten het beter doen dan gebruikelijke behandeling (treatment as usual).

MBT Asster

Sinds 15 maart 2018 werd gestart met het organiseren van intakes voor patiënten die werden verwezen of aangemeld voor het nieuwe MBT programma binnen Asster. Er werd van dan af ook een geregeld planningsoverleg georganiseerd om de nieuwe aanmeldingen samen te overdenken, waarna er ook plaatsings- en adviesgesprekken

volgden. Het voortraject ging van start op woensdag 16 april 2018. Het tweedaags en driedaags behandelprogramma zijn gestart begin juni 2018. Het vierdaags behandelprogramma werd begin september 2018 opgestart.

Eens de patiënt de behandelovereenkomst heeft ondertekend start het voortraject. Dit kan tot 12 weken duren en in die tijd neemt de patiënt deel aan een wekelijkse MBT introductiecursus, wordt er een huisbezoek georganiseerd en worden er meerdere individuele afspraken vastgelegd met een psychotherapeut in functie van het opstellen van een gedetailleerd individueel behandelplan en met een sociotherapeut voor het opmaken van een houvastplan. Het hoofdtraject loopt over een periode van maximaal 12 maanden. De behandelprogramma's bestaan telkens uit één therapiesessie in de voormiddag en één in de namiddag. Therapiesessies werken spanningsverhogend waardoor overvolle therapieprogramma's het gevaar lopen om patiënten in een pre-mentaliserende modus te duwen. Binnen MBT wordt de garantie gegeven dat iedere patiënt naast de groepssessies ook wekelijks een individuele psychotherapie krijgt aangeboden met daarnaast geregeld overleg met zijn sociotherapeut, contact met de psychiater en op indicatie met een maatschappelijk werkster.

Therapiesessies worden steeds geleid door twee teamleden en worden telkens voorafgegaan door een kort moment van overdracht van informatie uit de voorgaande sessie of andere belangrijke informatie. Na elke sessie volgt een reflectie door de twee teamleden die de sessie leidden samen met een ander teamlid die als het ware op afstand mee mentaliseert over wat er zich in de sessie heeft afgespeeld. Ook teambesprekingen staan in het teken van het mentaliseren over de patient. Op regelmatige tijdstippen wordt de patiënt op een teambespreking uitgenodigd om mee na te denken over zijn behandeling en het verloop daarvan.

Naast implementatie van het MBT model, wil ons team ook een MBT kwaliteitssysteem implementeren zodat de kwaliteit van het behandelprogramma gewaarborgd is en blijft. Onderdeel hiervan is de implementatie van een Routine Outcome Monitoring (ROM). Op termijn is er de ambitie om het zorgprogramma te koppelen aan wetenschappelijk onderzoek.

Besluit

Mentaliseren Bevorderende Therapie is een eigentijdse gespecialiseerde behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. MBT is ontstaan in het Verenigd Koninkrijk maar kreeg intussen stevig voet aan wal in de Verenigde Staten, Nederland, Denemarken, Noorwegen, Australië en Nieuw-Zeeland. Samen met collega's van Multiversum (fusie van psychiatrisch ziekenhuis Mortsel en psychiatrisch ziekenhuis Boechout) is Asster in Vlaanderen pionier van deze wetenschappelijk onderbouwde en bewezen effectieve behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Het innovatieve van deze behandeling ligt misschien niet zozeer in de specifieke interventies als wel in de manier waarop vorm wordt gegeven aan de behandeling en de behandelafdeling aan de hand van de drie C's van effectieve therapie. Ons team heeft zelf kunnen ondervinden hoeveel inspanning het vraagt om het therapeutisch werken binnen een klimaat van consistentie, coherentie en continuïteit te waarborgen. Daarvoor volstaat het niet om de nodige literatuur door te nemen. Het vraagt van teamleden heel wat inspanningen om zich actief bij te scholen en zich te laten begeleiden en superviseren in deze werking. Soms moeten daarvoor therapeutische reflexen die we doorheen de jaren hadden opgebouwd aan een herziening worden onderworpen en in sommige gevallen ook losgelaten. Maar laat dat nu net het mooie en uitdagende zijn van dit werk: voortdurend openstaan voor het nieuwe zonder het oude meteen overboord te gooien maar een weg zoeken om beide met elkaar te verzoenen zodat we de mensen die zich aan onze zorg toevertrouwen steeds beter helpen om zichzelf te leren helpen.

Literatuur

Allen, J. (2013). *Restoring mentalizing in attachment relationships. Treating trauma with plain old therapy.*

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice.*

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *A practical guide.*

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry,165, 631-638.*

Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). *Handbook of mentalizing in mental health practice.*

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide.*

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2005). *Affect regulation, mentalization and the development of the self.*

Holmes, J. (2009). *Exploring in security. Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy.*

Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V. & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study. *BMC Psychiatry, 18, 185.*

Robinsons, P.H. (2014). Mentalization-based treatment of non-suicidal self-injury and eating disorders. In: Claes, L. & Muehlenkamp, J. (Eds.) *Non-suicidal self-injury and eating disorders.*

Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J AM Acad Child Adolsec Psychiatry, 51(12)*, 1304-1313.

Het team van MBT

psychiater	dr. Marc Hebbrecht, dr. Sarah Janssens
afdelingshoofd	Benny Tiri, Melanie Welsch
psychotherapeut	Sylvia Claes, verpleegkundige Ronny Vandermeeren, klinisch psycholoog Inès Vallina Griera, klinisch psycholoog
sociotherapeut	Gerda Billen, Geert Ceulemants, Marnicq Demeur, Sofie Magon Deborah Tinè
creatief therapeute	Aurélie Vanheel
maatschappelijk werkster	Tilly Menjoie

Verslavingszorg in Asster

Lien Vanherwegen
psychologe Libra 2

Nathalie Rosier
psychologe Libra 2

dr. Emmanuel Maes
beleidsarts Libra

Geregeld kopt er wel een Vlaamse krant over het middelengebruik van de gemiddelde Belg. In september 2018 verscheen in Het Laatste Nieuws nog 'Belg bij de grootste drinkers van Europa: gemiddeld twintig pinten per week'. Op de VRT nieuwssite lazen we 'De Belg blijft steeds meer pillen slikken' (2017). Onderzoek door het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) geeft aan dat 84% van de Vlamingen van 15 jaar of ouder alcohol drinkt. Ruim 13% drinkt dagelijks alcohol. Alcohol is sterk ingeburgerd in Vlaanderen. Er is niets mis met eens een glaasje drinken of eens een pilletje nemen. Er is een breed spectrum in het gebruik van alcohol of medicatie, waarbij dit kan variëren van beperkt tot problematisch gebruik. In overleg met onze partners, trachten wij binnen Libra een antwoord te bieden op de hulpvraag van deze personen waarbij het gebruik van alcohol of medicatie problematisch is.

De lijn tussen 'iets' drinken, overmatig drinken en een alcoholprobleem is niet altijd even duidelijk te trekken. Zo heeft gewoon alcoholgebruik aanvankelijk een remmende werking op het centraal zenuwstelsel. Hierdoor vermindert onze controle en komen er in ons hoofd chemische stoffen vrij die ons een roeseffect bezorgen. We worden losser en voelen ons opperbest. Bij overmatig alcoholgebruik neemt de motoriek en het beoordelingsvermogen af, waardoor we soms in problemen raken (vallen, verkeer, omgang met anderen, ...). Extreem alcoholgebruik kan dan weer leiden tot bewustzijnsverlies ('comazuipen') en overlijden. Het gebruik van psychoactieve medicijnen, zoals slaapmiddelen en pijnstillers, kent een gelijkaardig verloop.

Bij langdurig gebruik van alcohol en deze medicijnen treden er in ons lichaam een aantal veranderingen op die het alcohol- en medicatiegebruik in stand houden. Hierdoor is het niet meer mogelijk om met alcohol- of medicatiegebruik (zonder hulp) te stoppen. Door de continue remmende aanwezigheid van het middel treden er in onze hersenen een aantal beschermingsmechanismen op die het remmend effect van de middelen tegengaan, waardoor onze hersenen toch goed kunnen functioneren. Helaas zorgt dit voor een afname van het roeseffect, (waardoor men meer van het middel moet innemen om dezelfde 'high' te voelen) en raken hersenen bij nuchterheid door het wegvallen van de alcohol of medicatie overprikkeld, wat kan leiden tot ernstige ontwenningssymptomen. Deze ontwenningsklachten zorgen bijkomend voor nieuw en meer middelengebruik. Onbehandeld vormen ontwenningssymptomen een groot risico op medische complicaties (epilepsie en delirium).

Naast hogervermelde adaptatiemechanismen in het kader van homeostase vinden er nog bijkomende aanpassingen plaats in de neurale circuits van de beloningscentra in onze hersenen. Deze leiden onder meer tot het steeds op zoek moeten gaan naar een roes, het gevoel niet zonder een stof te kunnen (afhankelijkheid) en/of geen bewuste controle meer hebben over het middel (controleverlies).

Al deze veranderingen in onze hersenen zijn onderwerp van wetenschappelijk onderzoek dat steeds meer aantoont dat 'verslaving' een échte hersenziekte is. Bovendien gaat men er stilaan van uit dat tolerantie- en ontwenningstekens geen noodzakelijke voorwaarden zijn voor een ernstig middelenprobleem.In de vijfde versie van de Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders spreekt men dan ook niet meer over 'overdreven alcoholgebruik' en 'alcoholafhankelijkheid' maar over één 'stoornis in het gebruik van een middel' met elf kernsymptomen. Met andere woorden ook zonder ontwenningsklachten kan er sprake zijn van een ernstig middelen gebonden probleem.

Dit scala aan middelen gebonden problemen met verschillende ontstaansmechanismen en uitgebreide gevolgen op biopsychosociaal vlak nopen tot een gevarieerd behandelaanbod. In wat volgt wordt een overzicht geschetst van de hernieuwde modulaire werking van Libra 1 & 2, als semi-residentieel onderdeel van dit aanbod. In 2017 werden hier meer dan 475 mensen succesvol behandeld.

Behandeling op Libra 1 & 2: modulewerking

De zorgcluster Libra voor personen met primair middelen gebonden problemen is één van de zes grote zorgclusters van het PZ ASSTER te Sint-Truiden. Deze cluster omvat drie afdelingen. Libra 1 & 2 behandelen personen met primair een alcohol-, medicatie- en gokproblematiek.

Informeren en ondersteunen familie
Een goede familiebetrokkenheid en –bejegening hoort bij het behandeltraject van de opgenomen patiënt. Er wordt getracht om de naasten mee te betrekken in het behandelverloop van hun familielid, door onder andere koppel- en familiegesprekken. Driemaandelijks organiseren we een infoavond voor naastbetrokkenen. Het hoofddoel van zo'n avond is educatie rond verslavingsproblematiek maar daarnaast zien we ook dat het samenkomen van lotgenoten erg verbindend en ondersteunend werkt. De talrijke opkomst (sinds 2013) toont ons dat de nood naar correcte en heldere informatie en (h)erkenning erg groot is.

Libra 3 legt zich toe op personen met primair een drugsproblematiek. De focus van dit artikel ligt op de afdelingen Libra 1 & 2. Deze twee afdelingen werken zeer nauw en dynamisch samen, waarbij wij steeds streven naar het optimaliseren van de geboden zorg. Daar waar vroeger sprake was

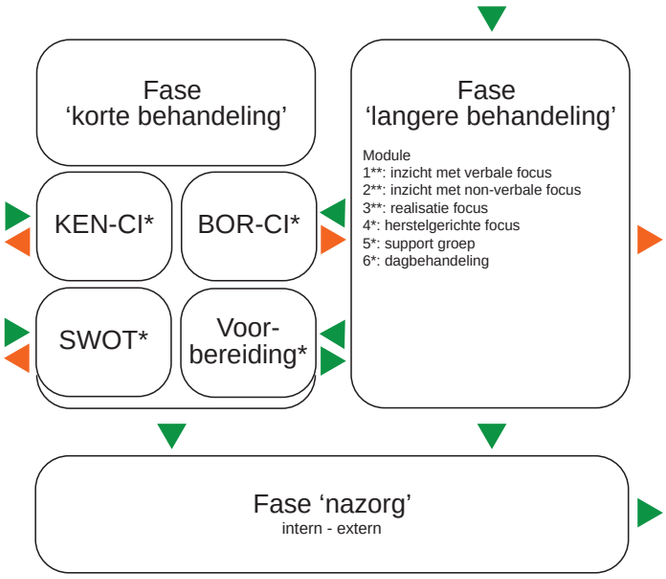
van één bepaald behandeltraject, proberen wij nu meer te differentiëren en hierbij zorg op maat, centraal te stellen.
Via onze modulewerking (zie figuur 1) zetten we meer in op een doelstellingsgerichte werking met systematische evaluatie en opvolging van het behandelverloop. De zorg op maat wordt ook verwezenlijkt door ons ruim aanbod **module-overschrijdende sessies**, diverse werkgroepen (bijvoorbeeld **familiewerking, gokken**) en de connectie met onze partners.
De **ingangspoort** voor de behandeling is de **fase**

Programma op maat
Via het module-overschrijdend programma trachten we een specifiek op maat gemaakt en gevarieerd programma aan te bieden. Voorbeelden van zo'n sessies zijn mindfulness, sociale vaardigheidstraining of extra sport.

'korte behandeling'. Deze fase kan gezien worden als crisisopname en is gericht op ontnuchteren, ontwennen en het doorbreken van de crisis. Na deze fase doorlopen te hebben, is er de mogelijkheid tot doorschuiven naar de **fase 'langere behandeling'**. Deze fase is opgebouwd uit **zes modules** en is gericht op verdere behandeling: module 1 inzicht met verbale focus, module 2 inzicht met non-verbale focus, module 3 realisatie,

Gokproblematiek
De behandeling van een gokproblematiek vergt een iets andere aanpak. Dit werd mee ingebouwd in het behandelprogramma door het parallel voorzien van individuele begeleiding. Hiertoe werd een specifieke werkmap ontwikkeld.

module 4 herstelgerichte focus, module 5 supportgroep en module 6 dagbehandeling (in ontwikkeling). Modules 1 tot 5 kunnen aangevat worden in residentiële opname, en waar geïndiceerd, ook verder gezet worden vanuit dagbehandeling. De **fase 'nazorg'** is gericht op het bestendigen van een nuchter, voldoening gevend leven en het bespreekbaar blijven maken van de hindernissen die dit in de weg zouden kunnen staan.
Het algemeen principe van de modulewerking is samen met de patiënt kijken naar voorop te stellen doelen. Afhankelijk van de doelstelling zet men de behandeling verder in een bepaalde module. Indien doorheen het behandeltraject de doelstellingen wijzigen, is het mogelijk om door te schuiven naar een andere module. Vanuit de terugvalmanagement visie geven we de patiënt concrete handvatten mee in het veranderingsproces.



*:Libra 1, **: Libra 2

Figuur 1: Overzicht van de modulewerking

Houvastplan
Een houvastplan is een persoonlijk werkinstrument. Het geeft een beeld van onderliggende emoties, gedachten, lichamelijke gewaarwordingen en gedragingen in zowel comfortabele situaties als in risico-situaties, alsook handvatten om hiermee om te gaan. Het is een handig werkmiddel om op te nemen binnen zowel de residentiële zorg, de verdere ambulante nazorg als met de naastbetrokkenen.

Doorheen de behandeling bundelen we samen met de patiënt al de informatie in een persoonlijk uitgewerkt **houvastplan**.

Fase korte behandeling

In de fase korte behandeling maken we onderscheid tussen vier soorten opnames: (1) Kennismaking – Crisisinterventie (KEN-CI), (2) Bed Op Recept – Crisisinterventie (BOR-CI), (3) SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats) en (4) Voorbereiding.

Een **KEN-CI** is voor patiënten die nog niet gekend zijn op Libra 1 en die twijfelen over een langere opname of opteren voor een kort programma. Hierbij krijgen patiënten, indien nodig, een lichamelijke detox, kunnen ze kennismaken met onze dienstverlening en krijgen zij een introductie omtrent stoornissen in middelengebruik. Een KEN-CI duurt standaard een drietal weken. Tijdens deze korte opname wordt er uitgekeken naar een mogelijks verlengde opname of naar een aanvaardbaar (ambulant) alternatief. Uiteraard kunnen patiënten hier ook nadien terug terecht voor een (semi-)residentieel vervolgaanbod.
Een **BOR-CI** is een opname gericht op het doorbreken van de crisis voor patiënten die reeds gekend zijn op Libra. Bij een BOR-CI kunnen patienten (op vraag van externe partners) maximaal 10 dagen verblijven voor een lichamelijke detox en een crisisinterventie met het oog op (her-)inschakeling in een ambulante setting. Zij kunnen niet automatisch doorstromen naar een langer residentieel psychotherapeutisch programma. In het geval er een wachtlijst is, zullen zij tijdelijk naar huis moeten terugkeren.

Zowel een BOR-CI als een KEN-CI kunnen verlengd worden indien de arts dit nodig acht omwille van fysieke en/of psychische toestand van de patiënt, of indien de patiënt gedurende deze KEN-CI of BOR-CI de vraag stelt voor een langere opname, waarbij rekening gehouden met de reguliere wachtlijst.

Een **SWOT** opname is een, in overleg besloten, opname waarbij mensen - die eerder een (semi-) residentieel psychotherapeutisch programma binnen Libra volgden - maximaal 10 dagen verblijven voor een herevaluatie van hun huidige toestand en ambulante zorg. Hierbij wordt, binnen het bredere kader van terugvalmanagement, zowel gelet op zwaktes en eventuele

bedreigingen, als op de sterktes en opportuniteiten binnen de patiënt en zijn (behandel-)omgeving. Dit programma onderscheidt zich van het BOR-CI programma door het preventieve karakter, het niet noodzakelijk zijn van een crisis- en/of hervalscenario en de mogelijkheid om deze gepersonaliseerde opname in de (verre) toekomst te plannen bij wijze van tijdelijk ankerpunt.

De **voorbereiding op langere** opname is voor personen die een langer behandeltraject aangaan, en dit op vraag van de patiënt zelf, van de behandelende arts of van andere instanties indien de patiënt hiermee akkoord gaat (bijvoorbeeld beschutte woonvorm, familieleden). De opnamefase binnen de reguliere opname duurt enkele dagen tot één week, afhankelijk van het toestandsbeeld van de patiënt.

Fase langere behandeling

In **module 1 en 2** richten we ons op personen die nood hebben aan inzichtelijk werken rond de afhankelijkheidsproblematiek en (inter)persoonlijk functioneren. Binnen module 1 wordt de focus meer gelegd op het verbale aspect, daar waar in module 2 de ervaringsgerichte feedback meer op de voorgrond wordt geplaatst. **Module 4** vertrekt vanuit herstelgericht werken. Hier richten we ons op het versterken van zelfvertrouwen en autonomie om zo leren om te gaan met faalervaringen en leren zichzelf te zijn met de problematiek in de maatschappij. **Module 5** richt zich op het behouden van de nuchterheid, het bieden van een vaste weekstructuur en onderhouden van de aanwezige vaardigheden. **Module 3 en 6** zijn doorgaans een vervolg op voorgaande behandelmodules. Binnen module 3 wordt de focus gelegd op de realisatie van een aantal specifieke doelstellingen als voorwaarde voor een nuchter leven. **Module 6** biedt de mogelijkheid om na een residentieel traject, de behandeling verder te zetten in de vorm van dagtherapie. Deze richt zich op mensen die nood hebben aan ondersteuning in het nuchter functioneren bij de nieuwe uitdagingen van het 'hier buiten leven'. Dagtherapie faciliteert de overgang van residentiële opname naar de thuissituatie.

Fase nazorg

De fase nazorg kan zowel intern als extern georganiseerd worden. Intern werken we vanuit verschillende disciplines poliklinisch, waarbij opvolgingsgesprekken mogelijk zijn met bijvoorbeeld de psychiater of de persoonlijke begeleider van tijdens de opname. Daarnaast is er de mogelijkheid tot een herevaluatie van hun huidige toestand en ambulante zorg in een SWOT opname.

Extern betreft het verdere opvolging door een ambulant netwerk. Dit kan onder andere inhouden: het deelnemen aan zelfhulpgroepen (die zich tijdens de behandeling ook op de afdeling voorstellen), gesprekken bij het CAD, CGG, of bij een ambulante psychiater of psycholoog. Al tijdens de opname stippelen we, samen met de patiënt, een gepast nazorgtraject uit en kan de patiënt dit reeds opstarten, zodat de overgang tussen (semi-) residentiële behandeling en ambulante opvolging vlot verloopt.

Tot slot

In de toekomst willen we onze dagbehandelingsmodule verder uitwerken en meer inzetten op de verdere ontwikkeling van een behandelprogramma voor niet-middelen gebonden problemen (bijvoorbeeld gamen, gokken). Verder wensen wij ook nog meer in te zetten op outreach en intensifiëring van zorg.

Dit alles is slechts mogelijk door intense samenwerking met ons netwerk. Graag benadrukken wij dan ook de goede samenwerking met onze intra- en extramurale partners: andere afdelingen PZ ASSTER, Reling & Noolim, PAAZ Jessa-SFZ, CAD Limburg, TEPSI & PAAZ ZOL, CGGZ, DACC, CAW, EPSI Leuven, PAAZ & ZA Tienen, vzw Bewust, vzw Basis, …

Contactgegevens

Voor bijkomende informatie met betrekking tot ... kan je contact opnemen met:

beleids- en klinische vragen	dr. Emmanuel Maes (beleidspsychiater)	011/78 85 01
de cluster (organisatie, vacatures, …)	Rinaldo Cavatorti (zorgmanager)	011/78 85 00
afdelingen Libra 1 & 2	Jimmy Hendrikx (afdelingshoofd)	011/78 85 10
het bovenstaande artikel	Lien Vanherwegen (psycholoog)	011/78 85 50

Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden

Bewerking van een voordracht in het kader van de Leerstoel Medische Ethiek dr. Jules Knapen 2017-2018, aan de UHasselt, campus Diepenbeek op 1 februari 2018.

Mark Hebbrecht
psychiater, psychotherapeut en
opleidingsanalyticus
beleidsarts De Lier

Een bekende casus

In haar boek ‘Hoe men van een klaproos een monster maakt’ (De Schutter, 2016) getuigt Amy over haar ziektegeschiedenis en het ondraaglijk psychisch lijden dat ondanks vele opnames in de psychiatrie nog niet tot een duurzaam en voldoende herstel heeft geleid. Ze maakt duidelijk dat de mogelijkheid bieden van euthanasie aan uitbehandelde psychiatrische patiënten soms een menswaardig perspectief biedt. Is het niet op een draaglijker leven, dan toch op waardig sterven. Dit is haar standpunt.

Ik doe een poging om haar verhaal samen te vatten.

De problemen van Amy zijn begonnen toen ze amper 6 jaar was. Kort nadat haar broertje wordt geboren, sterft haar grootvader voor wie ze het favoriete kleinkind is geweest. Ze kan niet om met haar verdriet. Amy is een uiterst gevoelig meisje dat enorm enthousiast kan zijn maar ook snel naar het andere uiterste kan omslaan en dan heftig en buiten proportie reageert. Al van kinds af is zij een slechte slaper, heeft veel last van nachtmerries, vraagt voortdurend aandacht van haar ouders en zoekt telkens de grenzen op. Ze kan moeilijk heftige gevoelens verdragen en beheersen. Amy is een heel intelligent meisje maar ook faalangstig en perfectionistisch. In de klas voelt ze er zich niet bij horen en blijft een buitenbeentje. Als ze zes jaar is schrijft een leerkracht in haar rapport dat Amy vaak agressief reageert. Ze kan ook niet om met genegenheid en intimiteit: als vrienden elkaar een zoen geven, dan weet ze niet wat te doen. Omdat ze met haar innerlijke spanning en onrust geen weg kan, gaat ze overmatig sporten.

Als ze veertien jaar wordt verliest ze haar oma met wie ze een heel goede band had. Kort na het overlijden van oma ontstaat er ruzie in de familie rond de erfenis. Amy voelt zich emotioneel niet opgevangen en begint zichzelf te verwonden. Ze voelt zich eigenlijk haar hele kindertijd en puberteit slecht in haar vel. Ze schaamt zich ten aanzien van haar ouders omdat ze hen ongerust maakt en voelt zich een slechte dochter. Mogelijks om van het schuldgevoel verlost te zijn door straf te zoeken, raakt ze in een vicieuze cirkel: ze steelt uit haar moeders portemonnee, spijbelt op school, blijft zichzelf krassen terwijl niemand weet wat er met haar aan de hand is. Ze vindt geen rust in haar hoofd. Nadat ze thuis wegloopt en een zelfmoordpoging met pijnstillers onderneemt, raken de ouders gealarmeerd en organiseren begeleiding bij een psychologe. Omdat het wegloopgedrag blijft aanhouden, worden de politie en het comité voor bijzondere jeugdzorg ingeschakeld wat leidt tot een opname van Amy in een crisisdienst waarna ze in een jeugdinstelling wordt geplaatst.

Op dat moment is ze pas 14 jaar. Deze gebeurtenis maakt Amy nog opstandiger. Ze laat zich negatief beïnvloeden door leeftijdsgenoten die er verblijven: ze gaat stiekem roken, cannabis gebruiken en alcohol drinken. Ook haar schoolresultaten gaan achteruit. Tevens slaat haar fantasie op hol en vertelt ze verhalen die niet met de waarheid stroken onder andere dat ze seksueel is misbruikt. Dit laatste zal haar en ook haar ouders achteraf miserie opleveren. Omdat ze moeilijk handelbaar blijft, wordt ze overgeplaatst naar de jeugdpsychiatrie maar ze moet echter heel lang wachten vooraleer ze daar terecht kan. Blijkbaar komt ze niet op de juiste afdeling terecht. Ze ontmoet er mensen die veel ouder zijn en haar verhalen vertellen die emotioneel niet te dragen zijn.

Op 15 jaar krijgt ze de diagnose van borderline, eigenlijk te vroeg want psychiatrisch gezien stelt men deze diagnose pas in de vroege volwassenheid. In het ziekenhuis blijft ze destructief gedrag stellen: in haar polsen snijden en na de heelkundige hechting de draadjes uittrekken zodat de wonde opnieuw begint te bloeden. Ze weigert medicatie. Ook slaat ze haar kamer kort en klein waardoor ze naar de isolatiecel moet. Deze vrijheidsberoving ervaart ze als traumatisch omdat ze slecht eenzaamheid en verlating kan verwerken. De begeleiding probeert grenzen aan te geven maar Amy luistert niet wat uitmondt in een fixatie in de isolatiecel. Ze schrijft: “Ik voelde me een monster en gedroeg me als een monster (p. 43)”. Omdat het niet werkbaar meer was op de open afdeling wordt ze overgeplaatst naar een gesloten dienst. Daar komt ze met zeer ontregelde en gedragsgestoorde patiënten in contact, waardoor ze zich toenemend onveilig voelt.

Op een keer loopt ze weg, gaat liften en wordt meegenomen door dronken mannen die haar ontvoeren en verkrachten. Als gevolg daarvan raakt ze in een dissociatieve toestand: ze staart voor zich uit, voelt zich gedrogeerd, innerlijk leeg.

Tussen haar 14 en 16 jaar wordt ze meer dan tien keer psychiatrisch opgenomen, na de elfde opname is dit voor het eerst gedwongen door toedoen van de jeugdrechter. Maar het blijft ontzettend moeilijk om voor haar de juiste plek te vinden. Meer en meer is ze met de dood bezig, ze beleeft de bemoeienissen van het verplegend personeel als frustrerend terwijl ze ook kan zien dat ze een moeilijke patiënte is die negatieve gevoelens in behandelaars opwekt en verwerping uitlokt. Ook als ze ouder wordt, blijft ze snijden, drinkt veel en zoekt seks met mannen wanneer ze de afdeling mag verlaten.

Als ze bijna 18 jaar is, komt ze in een therapeutische gemeenschap terecht, waar ze beter aansluiting vindt. Ze heeft er veel last van eenzaamheid en kan de zware verhalen van de anderen niet aanhoren. Hoewel ze een erg verstandig meisje is, denkt de begeleiding aan beschut wonen of aan werken in een beschutte werkplaats. Alsof deze aanbeveling haar wakker schudt wil ze koste wat kost haar middelbaar diploma halen wat ook lukt via tweedekansonderwijs. Dit zorgt voor een keerpunt: ze gaat erna fysica studeren aan de universiteit. Gelukkig slaagt ze in haar studies door hard te werken. Tijdens haar studententijd wordt ze verliefd, wordt zelfs verkozen tot preses van een studentenvereniging in het eerste masterjaar.

Vanaf nu lijkt ze op de goede weg, ze maakt reizen, gaat doctoreren en lukt er ook in. Haar kwetsbaarheid komt opnieuw aan het licht wanneer haar vriendin de relatie beëindigt: Amy kan de verlating zeer slecht dragen en begint opnieuw te drinken en te snijden. Op het werk functioneert ze minder goed en ze wordt ontslagen. Ondanks de regelmatige begeleiding door een psycholoog en haar huisarts wordt ze suïcidaal, voelt zich moe gevochten en denkt constant aan de dood.

Als ze 28 jaar is, spreekt ze voor de eerste keer de wens uit naar euthanasie omdat ze niet wil kiezen voor de eenzame en pijnlijke dood via zelfdoding. Ze wil haar familie en vrienden niet ontzettend pijn doen en op een waardige manier afscheid nemen. In het boek is het niet duidelijk of de idee van euthanasie door de huisarts is gesuggereerd dan wel van Amy komt. Amy ziet verschrikkelijk op tegen de procedure want ze zal door meerdere onafhankelijke psychiaters die haar nooit hebben behandeld, worden gezien.
Ik ben op zijn minst verwonderd door het feit dat ze tijdens het proces van de aanvraag tot euthanasie nog bevredigende contacten heeft met haar ouders, goed omringd is door vrienden, reizen maakt, naar festivals gaat, een betere relatie opbouwt met haar psychiaters en zich gesteund voelt door haar psycholoog en door haar huisarts. Het lijkt alsof er twee evoluties plaatsvinden: ze kan genieten van vriendschap, verbondenheid, kleine dingen zoals lekker eten, muziek, een tattoo laten zetten, kijken naar bloemen, skiën met haar vader. Terwijl ze met euthanasie bezig is, komt ze ook tot grootse projecten: ze legt contacten met een uitgever, schrijft haar boek en leest wetenschappelijke artikelen over haar psychiatrisch probleem. Tezelfdertijd vindt een destructief proces plaats met alcoholmisbruik, zelfverwonding, terugkerende zelfdodingspogingen en toenemende vereenzaming.

De hele procedure rond euthanasie brengt hoop op erkenning. Voor haar is autonomie en controle enorm belangrijk. Ze wil zowel het leven opgeven als het voortzetten: ze is leergierig, een echte doorzetter. Om die reden wordt ze als heel tegenstrijdig ervaren; er is sprake van een ernstige identiteitsverwarring waarin ze voortdurend verkeert. Rond haar dertigste krijgt ze meer inzicht in haar psychisch functioneren. Ze beseft hoe moeilijk ze mensen kan vertrouwen, hoezeer ze zich vastklampt aan een verkeerd woord dat iemand gezegd heeft, hoezeer ze dit voortdurend wikt en weegt, hoe ze uitspraken van mensen verkeerd interpreteert en onterecht denkt dat mensen iets negatiefs hebben gezegd en daarover blijft piekeren. Ze begrijpt dat haar filter voor prikkels slecht werkt: ze is hypersensitief en vlucht voor elke heftige emotie.

Het positieve van de euthanasieprocedure is dat ze met nieuwe initiatieven in contact komt, waar niets nog moet en waar afscheid nemen kan besproken worden. Ze vindt een buddy, iemand waarmee ze kan mailen en bellen of afspreken. Dit is voor haar een nieuwe, goede ervaring.

Uiteindelijk deelt de huisarts haar mee dat haar euthanasieverzoek is ingewilligd. Ze heeft twee positieve adviezen gekregen. Dit biedt haar rust. Maar er komen ook nieuwe vragen: hoe moet ze dit zeggen aan de omgeving? En wat moet ze nu gaan doen met deze laatste maanden van haar leven? Ze hoeft zichzelf niet te doden, er zijn terug opties: ofwel leven ofwel kiezen voor euthanasie.

Amy heeft dit verhaal gebracht op de herfstvergadering van de Vlaamse psychiaters op 1 december 2017. Ik was zeer onder de indruk van deze intelligente vrouw, een jonge dertiger, die op een aangrijpende wijze haar verhaal bracht met een levendigheid en een kracht die ik zelden heb mee gemaakt. Amy is de tegenpool van een uitgebluste psychiatrische patiënte. Overigens zijn chronische patiënten vaak niet met euthanasie bezig. Ze leven gewoon verder, ook al kan de omgeving zich soms vragen stellen bij hun levenskwaliteit.

Na afloop van de studiedag stelde ik me veel vragen. Hoe zou haar draagkracht om met psychische pijn om te gaan kunnen groeien? Dit moet toch mogelijk zijn! Moet ze niet leren te lijden, haar lijden op te nemen en langer te dragen waarbij ze kan open staan voor het onverwachte, het onbekende, het nieuwe, het onvoorspelbare? Zoals we vaak bij andere patiënten zien, kan een plotse ontwikkeling, die niemand verwacht, nieuwe kansen bieden. Nu heeft ze de vrijheid om voor euthanasie te kiezen en hoeft ze niet tot zelfdoding over te gaan.

Op grond van meer dan dertig jaar ervaring heb ik vaak meegemaakt dat patiënten zoals Amy met ouder worden minder destructief reageren. Ze is nog zeer jong. Ik volg enkele patiënten met een gelijkaardige problematiek al vele jaren, hun leven blijft moeilijk maar het doodsverlangen neemt geleidelijk af.

Enkele persoonlijke reflecties

Hoeveel begrip ik ook heb voor haar situatie, ik zou zelf nooit euthanasie bij haar kunnen uitvoeren en dit om persoonlijke ethische redenen. Als psychodynamisch georiënteerde psychiater stel ik me vooral de vraag hoe we kunnen begrijpen dat deze levendige en getalenteerde vrouw zo destructief is ten aanzien van haarzelf. Hoe is dit te begrijpen vanuit haar geschiedenis? Is er een trauma uit de vorige generatie dat nooit verwerkt is geweest, onbewust in haar is geplaatst en om verwerking vraagt? Hoe was de kwaliteit van de vroege hechting met haar ouders? Heeft ze gerouwd over het verlies van haar grootouders? Is dit verlies genoeg met haar besproken? Heeft ze haar ouders krampachtig samen willen houden? Over de vroege geschiedenis en de relatie tussen haar ouders en hun scheiding, komen we in haar boek niets te weten. Vermoedelijk heeft ze haar familie niet willen kwetsen. Ik blijf met veel vragen achter die in het boek niet worden beantwoord. Ze lijkt zo weinig in contact met haar eigen geschiedenis en niet genoeg bewust van

haar innerlijke ambivalentie. Verwijst een vraag naar euthanasie niet ook naar een andere vraag die niet gehoord en begrepen is?
Bij Amy probeer ik deze vraag aldus te parafraseren: “Luister alstublieft want ik weet geen raad met mijn innerlijke onrust, ik doe gevaarlijke dingen opdat je zou zien hoe radeloos ik ben. Erken mij, zie mij, hoor mij! Luister naar mijn onmacht en mijn wens om bevrijd te zijn. Soms haat ik het leven en wil ik rust. Kom niet te dichtbij want dan voel ik me overrompeld en verlies ik mijn autonomie, maar wees ook niet te veraf want dan ik voel ik me verlaten en ik wil mij verbonden blijven voelen. En alle gevoelens in mij maar ook prikkels van buiten af komen te krachtig binnen. Ik vertrouw mezelf en anderen niet.”

Als psychiater zou ik samen met haar onderzoeken waarom ze blijft vastzitten in haar boosheid, waarom ze haar visie zo moeilijk kan verschuiven naar een ambivalente houding ten aanzien van mij waarbij ruimte kan gemaakt worden voor gevoelens van vijandigheid maar ook voor wederzijdse waardering in een sfeer van samenwerking. Dus voor deze beide gevoelens die op hetzelfde moment kunnen bestaan. Ik zou dus haar negatieve overdracht verder exploreren tenminste indien ze mij daarvoor de kans zou geven. Het probleem is dat sommige patiënten ons al verwerpen nog voor ze hun woede bespreken.

Tevens zou ik in voeling blijven met mijn eigen onmacht. Op een vriendelijke manier euthanasie bespreken kan een signaal zijn dat de arts aangestoken wordt door de wanhoop van de patiënt en dit niet langer verdraagt. Dit is tegenoverdracht. Ik zou de beperkingen van de psychiatrie erkennen: gesloten psychiatrische afdelingen zijn prikkelende omgevingen en kunnen best kleinschaliger gemaakt worden met grotere ruimtes in een groene omgeving. De psychiatrie heeft te weinig middelen en deze middelen worden zelfs ingeperkt. Is het niet de kerntaak van de psychiatrie om langdurig en ondraaglijk psychisch lijden te verlichten? Is dit niet onze job? Euthanasie is niet het eerste antwoord op ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden.

Gelukkig beschikt de moderne psychiatrie over vele, diverse behandelmethoden zoals medicatie, gesprekstherapieën, gespecialiseerde psychotherapie, non-verbale behandelvormen waarvan de waarde nog te weinig erkend wordt, het betrekken van de familie, opname in een ziekenhuis, soms ECT en vooral multidisciplinair teamwerk. De psychiater is meer en meer een deskundige die een gans team aanstuurt en erover waakt dat ernstig psychisch zieke mensen door een groep van hulpverleners op een consistente, coherente en continue wijze opgevangen en behandeld worden. Want als hulpverlener alleen kan je het massaal psychisch lijden van Amy niet aan. De psychiatrie vraagt om nieuwe ontwikkelingen op het vlak van psychofarmaca. De mogelijkheid dat er langdurige inzichtgevende en ondersteunende therapie kan worden geboden voor dergelijke ernstige problemen, blijft een noodzaak. Ernstige persoonlijkheidsmoeilijkheden zoals die van Amy kunnen niet snel worden opgelost met kortdurende therapieën.

Er is nood aan kleinschalige initiatieven waar hulpverleners vooral met patiënten bezig zijn en niet voortdurend afgeleid worden door onproductief overleg, obsessioneel bezig zijn met allerhande verplichte maar niet altijd zinvolle kwaliteitscontrole (wat spijtig genoeg vaak neerkomt op toenemende administratie) en tijdsverlies door computersystemen die niet adequaat werken. Op dat vlak kan veel verbeterd worden en een grotere efficiëntie gehaald worden.

Euthanasie bij uitzichtloos psychisch lijden

Sinds 2002 is er in België een euthanasiewet. In datzelfde jaar werd de wet patiëntenrechten gestemd alsook de wet palliatieve zorg, waardoor België tot de absolute wereldtop behoort op het vlak van levenseindezorg (Distelmans, 2017 p. 23). Sinds 2014 werd de oorspronkelijke euthanasiewet van 2002 uitgebreid naar wilsbekwame minderjarigen maar de voorwaarden zijn strenger dan bij volwassenen. De euthanasiewet bepaalt duidelijk dat het ondraaglijk psychisch en fysiek lijden door de euthanasieverzoeker zelf- en dus door niemand anders- wordt bepaald. Uit de rapporten van de Federale Commissie Euthanasie blijkt dat bij de meeste lichamelijke ziekten vooral het psychisch lijden als reden voor het euthanasieverzoek wordt opgegeven (Distelmans, 2017 p. 50-52).

Ook uitbehandelde psychiatrische patiënten hebben recht op een goede dood maar dan moeten we precies aangeven wat een goede dood juist inhoudt (Distelmans, 2017 p. 99-100).

Concreet betekent euthanasie een opzettelijke levensbeëindiging door een arts op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene. Bovendien moet de verzoeker aan een aantal grondvoorwaarden voldoen en moet er een wettelijke procedure worden gerespecteerd.

Is het niet de kerntaak van de psychiatrie om langdurig en ondraaglijk psychisch lijden te verlichten? Is dit niet onze job?

De vier grondvoorwaarden zijn de volgende:
- de volwassen verzoeker is wilsbekwaam
- er is een vrijwillig, herhaald en volgehouden verzoek
- de verzoeker lijdt aan een ernstige, ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval
- de verzoeker lijdt ondraaglijk fysiek en/of psychisch door de aandoening. Bovendien kan dit lijden niet voldoende worden behandeld.

Er moet een procedure gevolgd worden o.a. het op schrift stellen van het euthanasieverzoek, de raadpleging van één of meerdere LEIF-artsen, het informeren van de verzoeker over alle resterende behandelingsmogelijkheden inclusief palliatieve zorgen, het bespreken van het euthanasieverzoek met het verplegend team en het overleggen met familieleden mits uitdrukkelijke toelating van de patiënt.

Sinds de wet van kracht is gegaan in 2002 neemt het aantal euthanasieaangiften gestaag toe. In het zesde verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie dat een overzicht geeft van 2012-13 waren er 120 uitgevoerde en geregistreerde euthanasieaanvragen omwille van neuropsychiatrische aandoeningen: hier van waren er 50 voor ernstige depressie, 7 voor borderline persoonlijkheidsstoornis en 14 voor ziekte van Alzheimer. Ook het aantal uitgevoerde euthanasies bij neuropsychiatrische aandoeningen neemt duidelijk toe over de jaren (Callebert, 2015 pp. 31-32).

Er zijn maatschappelijke tendensen in de richting van groeiende autonomie en zelfbeschikkingsrecht van het individu wat betreft het levenseinde. Denk maar aan actiegroepen in Nederland om het leven te kunnen beëindigen in geval van levensmoeheid of het voltooide leven. In België zijn we nog steeds van oordeel dat psychosociaal lijden niet mag gemedicaliseerd worden en dat de maatschappij andere antwoorden moet kunnen bieden wanneer mensen vinden dat hun leven geen nut meer heeft of wanneer ze hun generatiegenoten één voor één zien sterven.

In de psychiatrie gaan we zeer behoedzaam en zorgvuldig om met euthanasieverzoeken. We stellen vast dat teveel euthanasievragen en -uitvoeringen door telkens dezelfde artsen plaatsvinden. Vermoedelijk hebben in ons land de voorbije jaren een aantal patiënten te gemakkelijk en te snel euthanasie gekregen. Euthanasie omwille van ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden is erg problematisch en bijzonder complex. Het gaat immers om mensen die niet terminaal zijn en in principe nog vele jaren zouden kunnen leven.

In de jaren negentig heb ik gedurende tien jaar iemand behandeld die extreem depressief was. Telkens ze zich iets beter voelde ondernam ze gevaarlijke zelfdodingspogingen door in vijvers te springen onder invloed van alcohol en medicatie. We hebben alle denkbare behandelingen

uitgevoerd, meerdere kuren van ECT toegepast en kregen gedurende jaren niet de indruk dat het baatte. Zij vroeg herhaaldelijk om euthanasie wat toen niet wettelijk was geregeld. Na zes jaar begon het iets beter te gaan, in het zevende jaar van haar geschiedenis heeft ze iemand in het ziekenhuis ontmoet die attent en zorgzaam voor haar was. Nu is ze al bijna twintig jaar stabiel en niet meer hervallen in depressies. Soms wordt ze nog kort gehospitaliseerd wanneer de stress in haar leven hoog oploopt. Globaal ervaart ze een behoorlijke levenskwaliteit en is niet overmatig met de dood bezig. Als ze haar vroegere toestand nu zou meemaken en een euthanasieverzoek zou indienen, zou de kans groot zijn dat op haar verzoek wordt ingegaan.

Toch ben ik zeer benieuwd hoe deze maatschappelijke ontwikkelingen zich zullen doorzetten de komende vijftig jaar. Toen ik student was, nu zo'n dertig jaar geleden, leerden we dat het levensbegin heilig is en dat alleen periodieke onthouding christelijk-ethisch en deontologisch veroorloofd was terwijl de gangbare praktijk ver vooruit liep op wat er gepredikt werd. Abortus en contraceptie zijn nu grotendeels verdwenen uit het maatschappelijke en politieke debat. Het debat is nu eerder opgeschoven naar wat ethisch nog aanvaardbaar is naar het starten van een leven cfr. in-vitrofertilisatie en andere behandelingen. Ik vermoed dat we ons mogen verwachten aan een trend waarbij het individu toenemend autonomie en zelfbeschikkingsrecht zal opeisen wat het levenseinde betreft. Sommige ideologische discussies lopen de feitelijke situatie achterna zoals veertig jaar geleden ook al merkbaar was bij het debat rond het levensbegin.

Het standpunt van de Vlaamse psychiaters

Meerdere psychiaters staan achter de mogelijkheid van euthanasie in de psychiatrie maar pleiten voor een grote zorgvuldigheid en terughoudendheid waarbij euthanasie alleen kan in die gevallen als allerlaatste optie, als alle redelijke behandelperspectieven zijn uitgeput. Er is geen consensus onder Vlaamse psychiaters over de wenselijkheid van euthanasie in de psychiatrie: er zijn psychiaters die de mogelijkheid sterk verdedigen, aan de andere kant zijn er psychiaters die ervoor pleiten om euthanasie in de psychiatrie wettelijk onmogelijk te maken. Onze arts-assistente dokter Shana Wouters (2017-18) deed een masterthesis en bevroeg anoniem 111 psychiaters en psychiaters in opleiding, verbonden aan het UPC KU Leuven. Hieruit bleek dat 64% van de respondenten zich kon vinden in euthanasie bij een psychiatrische ziekte. Maar die groep is mogelijks niet representatief voor de hele Vlaamse psychiatrie.

De adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

Kort samengevat komt de adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten op het volgende neer:

1. De vraag voor euthanasie moet van de patiënt komen en mag niet worden gesuggereerd door een hulpverlener. In geval Amy kan de vraag gesteld worden of de euthanasievraag gesuggereerd is door haar hulpverleners.
2. Er is een gepaste terughoudendheid. De patient moet ingelicht worden dat het proces van evaluatie van zijn euthanasieverzoek veel tijd en meerdere contacten met artsen en naasten zal vragen. Bij Amy kon meer terughoudendheid aan de dag worden gelegd.
3. Op de achtergrond van een euthanasieverzoek en de vraag naar iemands bekwaamheid spelen altijd eigen waarden, normen en emoties mee (Stockman, Calmeyn, Eneman & De Dijn, 2017). Dit geldt zowel voor de behandelende arts, de geraadpleegde artsen als de uitvoerende artsen. Processen van overdracht en tegenoverdracht kunnen het evaluatieproces kleuren en vragen therapeutische expertise, reflectie, transparantie en vooral teamwerk in een open sfeer van intervisie.
4. Er is een blijvende gerichtheid op het leven en op herstel. Contacten in het kader van een euthanasieverzoek dienen altijd gericht te zijn op de dood en het leven. Dus een tweesporenbeleid dient gevolgd te worden waarbij er enerzijds exploratie van en evaluatie van het euthanasieverzoek is en anderzijds als voorwaarde stellen dat de patiënt zijn hulpverlening voortzet of hervat tijdens de evaluatie van het euthanasieverzoek (Broeders van Liefde, 2017).
5. Er is bijzondere aandacht voor de wilsbekwaamheid: we kunnen ons de vraag stellen of een ernstig depressief iemand, iemand met een autisme-spectrumstoornis of een suïcidaal iemand wilsbekwaam is. Vaak zit de patiënt gevangen in een tunnelvisie.
6. De onderliggende persoonlijke en interactionele betekenissen van het euthanasieverzoek dienen geëxploreerd te worden. Bij het opstellen van het medisch-psychiatrisch dossier moet er bijzondere aandacht zijn voor de voorgeschiedenis en de levenscontext.
7. Tijdens het evaluatieproces worden alle kansen aangegrepen om het leven terug draaglijker te maken.
8. De familie en de naaste omgeving worden in overleg met de patiënt betrokken. Er moet ook beoordeeld worden of er al dan niet druk wordt uitgeoefend op de patiënt.
9. De lat voor de criteria 'medische uitzichtloosheid', 'onbehandelbaarheid' en 'onlenigbaarheid van het lijden' wordt hoog gelegd. De evaluatie van het euthanasieverzoek is een proces waarin voldoende tijd wordt genomen met veelvuldige contacten. Een euthanasieverzoek mag nooit een reden zijn om de patiënt zorg te ontzeggen of te weigeren voor bepaalde therapieprogramma's.
10. Op grond van diagnosespecifieke richtlijnen wordt nagegaan of elk redelijk behandelperspectief wordt (is) uitgeput. Alle in aanmerking komende behandelmogelijkheden zijn toegepast en ineffectief gebleken. Elke wetenschappelijk onderbouwde behandeling (geïndiceerde biologische en psychotherapeutische behandelingen, sociale interventies) voor de aandoening moet op een herstelgerichte en deskundige manier geprobeerd zijn, inclusief aandacht voor een palliatieve benadering. Als tijdens het evaluatieproces een nieuwe diagnose wordt gesteld dan moet deze eerst onderzocht worden en volgens de gepaste expertise behandeld worden (bijvoorbeeld in het geval Amy waar tijdens de evaluatieprocedure de diagnose van een autisme-spectrumstoornis wordt overwogen).
11. Drie betrokken artsen dienen zich elk ten gronde uit te spreken over alle wettelijke criteria en zorgvuldigheidsvereisten, na meerdere gesprekken die over een redelijke periode worden gespreid. Er moeten minstens twee psychiaters betrokken worden. De behandelende psychiater kan niet de positie van geraadpleegde arts innemen. De geraadpleegde artsen nemen geen behandelrol op tegenover de patiënt tijdens het evaluatieproces. De geraadpleegde artsen mogen geen langdurige behandelrelatie gehad hebben met de patiënt. Er mag geen hiërarchische relatie bestaan tussen de verschillende betrokken artsen. Van de drie betrokken artsen moeten er dus minstens twee psychiater zijn. De zorgvuldigheidsvereiste houdt eigenlijk in dat er vier artsen betrokken zijn: de behandelende psychiater, de uitvoerende arts en twee onafhankelijk geraadpleegde artsen. Er moeten minstens twee positieve adviezen zijn en eventuele negatieve adviezen moeten mee in overweging genomen worden. De patiënt heeft recht op inzage van de adviezen.
12. De uitvoerende arts moet vroeg genoeg in het proces betrokken worden. De geraadpleegde arts wordt in advies gevraagd en brengt schriftelijk verslag uit aan de uitvoerende arts.
13. Steeds moeten de betrokken artsen en, indien van toepassing, de multidisciplinaire teams tot de overtuiging komen dat er geen redelijk behandelingsperspectief meer is bij een patiënt die ondraaglijk lijdt ten gevolge van een psychiatrische aandoening en zelf euthanasie vraagt (weloverwogen, herhaald, duurzaam, schriftelijk, wilsbekwaam).
14. De twee geraadpleegde psychiaters voeren een volledige evaluatie uit van alle wettelijke criteria. Ze rapporteren uitgebreid en

zorgvuldig met een onderbouwd en gemotiveerd advies. Dit wordt neergelegd in een gedetailleerd verslag.

15. Vooraleer euthanasie wordt uitgevoerd is een overleg tussen alle betrokken huidige en vroegere artsen en hulpverleners aangewezen, desgevallend aangevuld met andere experten. Dit gebeurt best via een ronde-tafelbespreking. Indien de patiënt dit weigert, kan de uitvoerende of geraadpleegde arts besluiten dat hij zijn taak niet naar behoren kan vervullen en de evaluatie niet kan uitvoeren.
16. Na een eventuele uitvoering is er bijzondere aandacht voor de opvang van de nabestaanden en de zorg voor het eigen betrokken personeel.
17. Indien er meer dan een jaar verloopt tussen het formuleren van de twee adviezen en de eventuele uitvoering dient er opnieuw een consultatie bij de geraadpleegde artsen plaats te vinden.

De visie van de Broeders van Liefde (2017)

In maart 2017 is door de groep Broeders van Liefde in België ook een visietekst verspreid betreffende euthanasie bij psychisch lijden in een niet-terminale situatie.

Er wordt gevraagd om drie fundamentele waarden in acht te nemen zoals de beschermwaardigheid van het leven, de autonomie van de patiënt en de zorgrelatie. Er wordt een tweetrajectenbegeleiding voorgesteld: enerzijds dient men een levensperspectief voorop te stellen en tezelfdertijd het verzoek tot euthanasie ernstig te nemen. Een zelfde zorgverlener is vaak niet in staat beide trajecten te combineren. In het traject van het levensperspectief wordt de bestaande behandeling verder uitgebouwd en verbeterd, wordt er gewerkt aan herstel en psychiatrische rehabilitatie en wordt er verder geijverd voor de uitbouw van psychiatrische palliatie en begeleiding op het vlak van zinbeleving. Wanneer sprake is van euthanasie worden de zorgverleners ook specifiek ondersteund. Er wordt een centrale supportgroep levenseinde ingericht waaraan men advies kan vragen. Een tweede initiatief is de lokale supportgroep levenseinde die werkt voor één of meerdere voorzieningen uit dezelfde omgeving waaraan teams advies en ondersteuning kunnen vragen. Of men kan beroep doen op LEIFartsen (LevensEinde InformatieForum).

Specifiek voor de groep Broeders van Liefde is dat de arts een advies aan de centrale of de lokale supportgroep levenseinde vraagt. Dit advies is richtinggevend maar niet bindend voor de behandelende arts. De arts en de patiënt bepalen samen welke de meest aangewezen plaats is voor de uitvoering van de euthanasie en houden er rekening mee dat dit geen traumatiserende impact heeft op de medepatiënten.

Wanneer euthanasie uitgevoerd wordt in de voorziening van de Broeders van Liefde moet er rekening worden gehouden met een aantal factoren: de arts moet dit schriftelijk en omstandig motiveren en dit aan de hoofdarts voorleggen. Deze laatste roept vervolgens een evaluatiecommissie bijeen die interdisciplinair is samengesteld en bestaat uit leden van drie geledingen: uit de eigen voorziening, medewerkers met expertise die behoren tot de groep Broeders van Liefde maar niet werken in de betrokken voorziening en minstens twee mensen van buiten de groep Broeders van Liefde die expert zijn in de materie. Deze commissie oordeelt of er voldoende zorgvuldigheid in acht werd genomen.

Besluit

Mensen met langdurig en uitzichtloos psychisch lijden in een context van een uitbehandelde psychiatrische stoornis hebben vooral nood om beluisterd (en gehoord?) te worden. Daarbij is het essentieel dat de onbewuste en niet onderkende vraag achter het euthanasieverzoek gehoord wordt waarbij we voortdurend beseffen dat het menselijke subject fundamenteel verdeeld is. De patiënt kan in woorden duidelijk maken dat hij echt dood wil, maar zijn gedrag en zijn manier van contact nemen kan een totaal andere boodschap uitdrukken. Dit proces vraagt tijd. Tijd die in de psychiatrie nog nauwelijks lijkt te bestaan. Het moet allemaal snel gaan. De psychiatrie kan hierin nog op veel vlakken verbeteren en vooruitgaan. De geneeskunde heeft onvoldoende antwoord op diepgaand en langdurig psychisch lijden. We raken immers aan een existentiële dimensie die vraagt om zingeving en betekenisverlening. Daarvoor dienen we de dialoog te blijven aangaan met de filosofie, de ethiek, de religies, de psychoanalyse en met specialisten in zingevingsproblematiek. De toename van vragen rond het levenseinde, signaleert ons dat we als maatschappij te weinig in voeling zijn met systemen van zingeving. Daar waren vorige generaties veel meer van doordrongen, weliswaar soms te naief. Het probleem van onze tijd is dat kwetsbare mensen geen toegang meer hebben tot een dragende basis van zingeving en tot een dragende/verdraagbare maatschappij.

Literatuur

Behaegel, J., Vercoutere, S. & Matthys, D. (2015). Euthanasie bij psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 71, 1086-1089.

Callebert, A. (2015). *Euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden*. Leuven: Acco.

Callebert, A. (2017). *Herstel als antwoord op euthanasie*. Leuven: Acco.

Canetti, E. (2014). *Het boek tegen de dood.* Amsterdam: De Uitgeverspers.

De Bondt. W. (2004). De wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 174-181.

De Laat, M. (2008). Farmaca gebruikt als euthanatica. *Tijdschrift voor Geneeskunde,* 64, 799-802.

De Schutter, A. (2016). *Hoe men van een klaproos een monster maakt.* Tielt: Witsand Uitgevers.

Desmet, M. (2015). *Euthanasie: waarom niet?* Tielt: Lannoo.

Distelmans, W. (2017). *Palliatieve sedatie. Trage euthanasie of sociale dood?* Antwerpen: Houtekiet.

Distelmans, W. (2017). *Een waardig levenseinde*. Antwerpen: Houtekiet.

Keizer, B. (2017). *Euthanasie bij gevorderde dementie*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 161 D:2117.

Nijs, H. (2006). *Levensbeëindiging en dementie. Wat is juridisch mogelijk? Wat is juridisch wenselijk?* Tijdschrift voor Geneeskunde, 62, 1687-1692.

Stockman, R, Calmeyn, M., Eneman, M. & De Dijn, H. (2017). *Euthanasie bij psychisch lijden.* Antwerpen: Garant.

Thienpont, L. (2015). *Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden.* Tielt: Witsand Uitgevers.

Van Den Noortgate e.a. (2016). *Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen.* Tijdschrift voor Geneeskunde, 72, 145-154.

Met dank aan Hanne Schoofs voor haar bemerkingen bij een eerste versie van dit artikel.

Dokter Marc Hebbrecht is psychiater, psychotherapeut en opleidingsanalyticus. Hij is beleidsarts van de cluster DE LIER van ASSTER campus Stad. Hij is verbonden aan de postgraduate opleiding in de psychoanalytische therapie van de KU Leuven en aan de opleiding in de integratieve psychotherapie van de UI Antwerpen. Hij is deeltijds werkzaam in het UPC KU Leuven, campus Kortenberg.

Van verbinden en loslaten, cluster Orion psychosezorg zoekt de herstelbalans

Ann Van Ormelingen
verpleegkundige Orion 3

Therapie, het einde is inzicht
Michelle van Duijn

Binnen de cluster Orion - psychosezorg is de toestroom van cliënten met een dubbeldiagnose 'ernstige psychose met een verslavingsproblematiek' doorheen de jaren gestaag toegenomen. Vandaar begon onze zoektocht naar de best mogelijke gepaste zorg voor deze populatie.

Meerdere studies tonen aan dat 50 tot 65% van de cliënten met een psychotische stoornis ooit een middelen gebonden stoornis had (Boevink, et al., 2009). Wanneer we terugkijken in de geschiedenis was er ook al sprake van psychotici met middelenmisbruik. Bryssinck (2009) schreef hierover. Hij had het over Antonin Artaud (1896-1948), een gekende toneelschrijver en –criticus, dichter, acteur en regisseur uit Marseille. Artaud, gekend met zijn diagnose schizofrenie zou in 1937 voor heel wat tumult hebben gezorgd in een psychiatrische instelling nadat hij een narcotisch analgeticum eiste, meer specifiek morfine, om zijn lijden te verminderen. Hieruit blijkt, dat men in die tijd al naar genotsmiddelen zocht, in het omgaan met positieve en/of negatieve symptomen van de ziekte.

Uit onderzoek blijkt dat dubbeldiagnose patiënten over het algemeen gezien worden als manipulerend, agressief en weinig gemotiveerd (Brouwers et al., 2015). Vanuit mijn ervaring merk ik dat, wanneer je consequent investeert in het opbouwen van een vertrouwensband met je cliënt, hem niet veroordeelt wanneer er een herval plaatsvindt, je kan relativeren, je ook een completer beeld krijgt. We zien dan ook een loyaal, respectvol persoon met talloze kwaliteiten. Het is een ware uitdaging om dit beeld vast te kunnen houden, zeker op momenten van herhaaldelijk herval.

Echte succesverhalen binnen deze doelgroep zijn misschien niet zo dik gezaaid, maar ze zijn er wel. Zo kreeg ik de kans om Pedro (*) te leren kennen tijdens zijn behandeling in PZ Asster. In dit artikel wil ik aantonen dat onvoorwaardelijke acceptatie van de persoon, als mens, een wezenlijke bijdrage betekent voor zijn herstel.

Een 40-jarige man met een behoorlijke rugzak. Als tiener merkten zijn ouders zijn psychotische kwetsbaarheid op. Dit werd steeds acuter en uitte zich in paranoïde waangedachten. Eén van de uitlokkende factoren waren hier de multiple drugs. Hij begon ooit met cannabis, al snel volgden amfetamines en cocaïne. Het gevolg was meerdere opnames in verschillende psychiatrische ziekenhuizen. Pedro raakte meermaals in contact met de politie ten gevolge van het onder invloed zijn van en in bezit zijn van drugs, verbale en fysieke agressie, voornamelijk naar familieleden.

Jules Tielens adviseert dat we in verbinding moeten gaan met deze cliënten (2014), met als doel een vertrouwensband op te bouwen en zo via open communicatie meer inzicht te verkrijgen. Binnen de cluster Orion hanteren we deze visie: we gaan in verbinding met onze cliënten. Tielens (2014) geeft aan wat het belang van luisteren is. We verzamelen feiten en leren zo de cliënt kennen, verkeerde informatie kan gecorrigeerd worden en we bouwen het vertrouwen op of herstellen het. Zo gaan we op zoek naar het lijden van onze cliënt en tonen we empathie. Op die manier kunnen we, wanneer de cliënt er klaar voor is, 'samen', haalbare doelen opstellen. De motiverende gespreksvoering is een techniek die we hanteren om het in verbinding gaan met onze cliënten te bevorderen. We hebben heel wat verwachtingen naar onze cliënten: medicatie tijdig innemen, geen middelenmisbruik, geen weerstand bieden, ...

Wat hebben onze cliënten nodig? Motivatie!

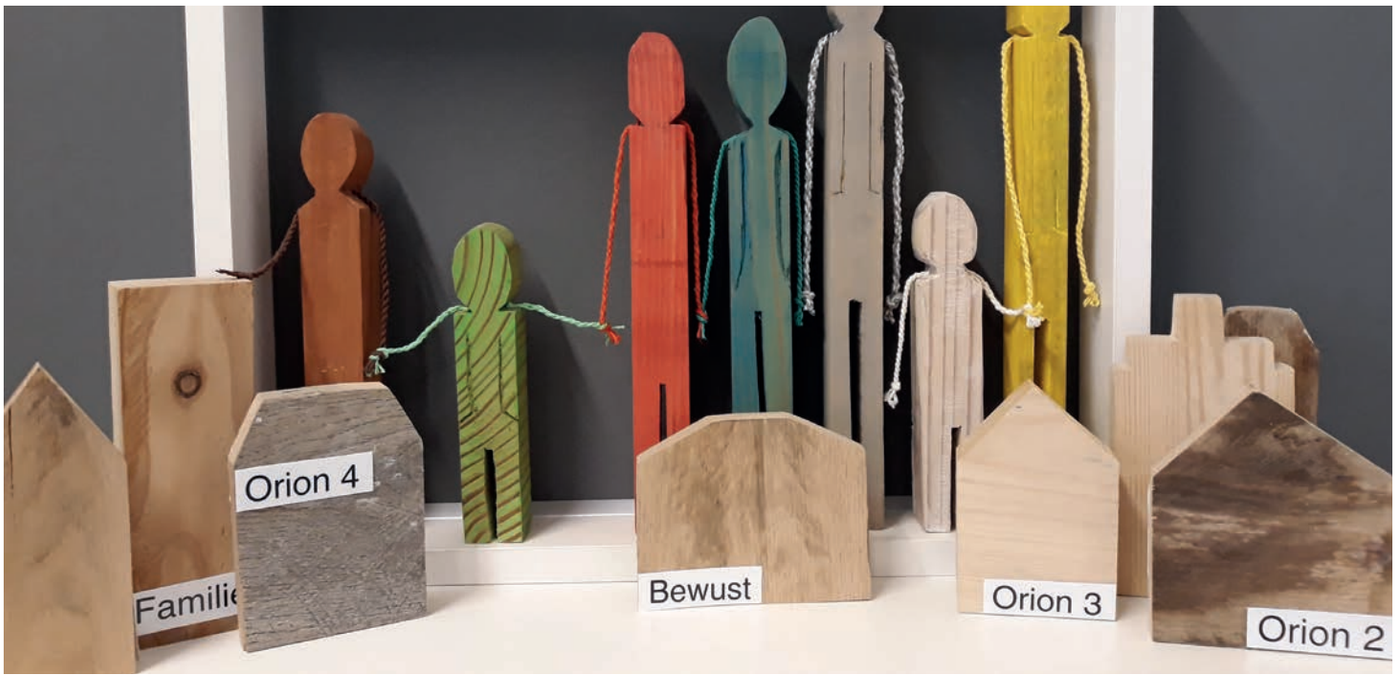
In de praktijk merken we dat dit gemakkelijker gezegd dan gedaan is. Wat hebben onze cliënten nodig? Motivatie! De cliënt is gemotiveerd om zijn medicatie in te nemen, hij is gemotiveerd om zijn middelenmisbruik achterwege te laten,... De intrinsieke motivatie is hier van groot belang. De cliënt heeft een interne drijfveer om zijn gedrag te willen veranderen. Zeker in de eerste fase van een behandeling lijkt motiverende gespreksvoering een meerwaarde te zijn. De aandacht zal dan vooral uitgaan naar de opbouw van een vertrouwensband, exploreren en oplossen van ambivalentie voor verandering in gebruik (Barrowclough, 2010).

"Motiveren is niets anders dan het naar boven krijgen van de overtuigingen en beweegredenen die in de persoon zitten" (Jules Tielens, 2014).

Als hulpverlenersteam, proberen we zo laagdrempelig mogelijk te zijn naar onze cliënten. Zo staat onze deur van de verpleegpost altijd open, cliënten hebben de mogelijkheid om een praatje te komen slaan, verpleegkundigen zijn altijd terug te vinden in de leefruimtes, tuin of in de wandelgangen. Op deze manier creëren we heel wat contactgelegenheid. Daarnaast blijven we ook oog houden voor de nood van onze cliënten aan 'eigen-ik' momenten, de veilige cocon en privacy. Samen met het aanbieden van een voorspelbare dagstructuur, ontstaat er een veilig leefklimaat en een open sfeer, als voedingsbodem voor het opbouwen van een vertrouwensband.

Zo ook voor Pedro. Het begon met hem op te zoeken tijdens het roken van een sigaret in de tuin, een losse babbel aangaan wanneer hij televisie keek in de leefruimte, een schouderklopje wanneer hij een week clean was, hem de ruimte geven om te ventileren tijdens een geagiteerd moment tot samen na een wandeling stilzwijgend op een bank zitten. In onze vertrouwensband met Pedro is dat schouderklopje wat het verschil kan maken, naast een "vuistje geven". We geven elkaar "een vuistje" wanneer we elkaar tegenkomen in de wandelgangen, maar "het vuistje geven" betekent ook "het is oké" na een moeilijk, confronterend gesprek. Een vorm van communicatie die voor beiden, verbindend werkt.

▶



Uit studies van Drake (2010) blijkt dat de psychotische stoornissen evenals de middelenafhankelijke stoornissen een chronisch fluctuerend verloop kennen. Hij raadt aan dat deze een langere tijd behandeld worden. De goede therapeutische alliantie is hierin cruciaal, wetend dat … deze clienten er zelden in slagen om een goede relatie met de omgeving, in het bijzonder de familie, kunnen onderhouden.

Pedro koos voor een langdurig traject te volgen binnen het lokale GGZ-netwerk met als terugval basis PZ Asster. Na een opname *van 2 jaar op een gesloten opname afdeling is Pedro gemuteerd naar de herstelgerichte behandelafdeling voor verdere rehabilitatie. Een jaar later deden we een aanvraag beschut wonen (vzw Bewust) te Sint-Truiden. Het traject* hebben we doorlopen met ups en downs. Voor zowel Pedro als de hulpverleners was dit een nieuw proces met uitdagingen, maar ook een proces wat de vertrouwensband nog sterker heeft gemaakt. We hebben geleerd om te blijven geloven en het vertrouwen te hebben in onze cliënt. We accepteren Pedro zoals hij is, met het risico dat een herval plaatsvindt en trachten onze focus te leggen op de, soms kleinste vorderingen die er zijn.

Momenteel woont Pedro al meer dan 1 jaar in vzw Bewust. Waar eerst de rehabilitatie- afdeling de begeleiding op zich nam, heeft Pedro nu een uitgebreid netwerk. Tussen Pedro, de afdelingen van de cluster psychosezorg en Bewust hebben we een nauwe samenwerking kunnen creëren. We hebben ons hard ingezet op participatie: Pedro staat aan het stuur van zijn traject, de afdelingen binnen de cluster Orion en vzw Bewust zijn de passagiers. Pedro neemt deel aan elk overleg, in samenspraak met de hulpverleners van Orion en Bewust bepaalt hij bijvoorbeeld hoe hij zijn dagen invult, hoe we omgaan met een herval enzovoort. We merken dat dit zijn verantwoordelijkheidsgevoel versterkt en zijn motivatie verhoogt.

In samenwerking met de begeleiding van Bewust en begeleiding van Orion heeft Pedro een signaleringsplan uitgewerkt, wat hij op zak heeft. De momenten dat er zucht optreedt of er zijn tekens van psychisch minder functioneren kan Pedro ingrijpen. Met Bewust is er een nauw contact. Dat betekent dat we wekelijks telefonisch contact hebben en maandelijks trachten samen te komen voor een overleg. Het telefonisch contact is om elkaar te laten weten hoe het huisbezoek is verlopen of eventuele aandachtspunten en bezorgdheden door te geven. Pedro wordt telkens door beiden op de hoogte gebracht wanneer er telefonisch contact is geweest. Tijdens een maandelijks overleg is Pedro aanwezig. Hij geeft aan dat dit voor hem erg stressvol is, vandaar maken we dit overleg telkens zo kort mogelijk. Zo'n overleg heeft eerder het doel om een afspraak nog eens grondig te bekijken en eventueel aan te passen, een bezorgdheid open te trekken, maar zeker ook om de positieve evolutie te benadrukken. Op vraag vindt er overigens een overleg plaats met andere instanties zoals de bewindvoerder of justitieassistente. Het is dus niet enkel de verpleegkundige of de begeleiding van Bewust maar alle partijen, inclusief Pedro, werken samen aan het herstel.

Begin jaren 90 kwam het begrip 'herstel' naar voren. Deegan (1993) concludeerde "Herstel is een proces van de cliënt zelf, terwijl rehabilitatie datgene is wat de hulpverlener doet om de cliënt te helpen in zijn herstelproces." Tegenwoordig wordt er eerder van uitgegaan dat zowel herstel, als rehabilitatie dezelfde grondslag heeft." (Van Weeghel, 2013). Daar waar 'rehabilitatie' eerst stond voor bestrijding of stabiliseren van symptomen, leren omgaan met crisissen en 'herstel' stond voor vermaatschappelijking van de cliënt (Van Weeghel, 2013), merken we dat we beiden nu integreren. Rehabiliteren stimuleert het herstel, maar we moeten blijven aandacht besteden, dat de regie bij de cliënt blijft (Boevink et al., 2009).

(*) Pedro is een fictieve naam

Bronnen

Boevink W., Prinsen M., Elfers L., Dröes J., Tiber M. & Wilrycx, G.K.M.L. (2009). *Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling*. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 18, 42-52.

Brouwers E.P.M, Garretsen H.F.L., Van Boekel L.C. en Van Weeghel J. (2015). *Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek.* Tijdschrift voor psychiatrie 57, 489-497.

Bryssinck D. (2009) *Psychose en toxicomanie.* Eeklo.

Cantor-Graae E., Nordström L., McNeil T. (2001), Gearon J., Bellack A., Rachbeisel J., Dixon L. (2001), (Green A. 2000)

Carey K., Purnine D., Maisto S., Carey M., Simons J. (2000).

Deegan P.E. (1993). *The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our own lives.* Psychiatric Rehabilitation Journal, 15 (3): 5-19.

Drake R.E., Fox L., Mueser K.T., Noordsy D.L. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose: een richtlijn voor een effectieve behandeling.* Utrecht: De Tijdstroom.

Tielens J. (2014). *In gesprek met psychose.*

Van Weeghel J. (2013). Voordracht op het symposium Filosofie van herstel op 23 januari *2013.* Hoogeschool Leiden.

Ilse Vriens
Spika, Asster

Marijke Houben
CKP

Nele Alders
KPC

Annelien Vande Broek
K-Delta

Van taboe naar verbinding #metoo

Een Limburgs project rond seksualiteit en grensoverschrijding

#MeToo heeft het jaar 2018 maatschappelijk erg gekleurd. Men kon in de media, op sociale media en in de gesprekken niet meer naast het thema. Er komt op alle fronten een duidelijk signaal dat grensoverschrijding op alle vlakken ingedijkt moet worden en zowat elke sector kent zijn verhalen waarin er excessen zijn (geweest).

De zorgsector is hierin geen uitzondering. Begin 2015 werd een omzendbrief verstuurd vanuit Agentschap Zorg & Gezondheid aan de directies van alle gezondheids- en woonzorgvoorzieningen inzake het interne beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Vanuit de constatatie dat kinderen en jongeren, maar ook volwassenen binnen de zorgverlening extra kwetsbaar (kunnen) zijn, dringt de overheid aan op een duidelijk kader rond seksualiteit en grensoverschrijding binnen voorzieningen. Vanuit de leidinggevenden van de vier K-diensten in Limburg ontstond een initiatief om dit thema overkoepelend aan te pakken. Alle diensten staan immers voor eenzelfde uitdaging binnen een gelijkaardig kader. Het leek daarom zinvol om niet ieder op z'n eigen eiland het warm water uit te vinden, maar vanuit uitwisseling en samenwerking te komen tot een breder gedragen kader. Op die manier kan zowel de visie als aanpak meer gelijklopend zijn, zonder daarbij de eigenheid van elke K-dienst uit het oog te verliezen.

Samenwerking met Sensoa

Om deze samenwerking mee te coachen werd ondersteuning gevraagd vanuit Sensoa (www.sensoa.be), gezien hun ruime ervaring en expertise rond het thema én in het begeleiden van voorzieningen in het uitwerken van een beleidskader. Men ging van start met een workshop door Sensoa, toegankelijk voor alle personeelsleden, om nader kennis te maken met het vlaggensysteem.

Drie inhoudelijke sessies werden georganiseerd, één voor elke leeftijdsgroep (peuters/kleuters - lagere school - pubers). Meteen een eerste voorzichtige aftrap naar een overkoepelende uitwisseling. Binnen de vier voorzieningen werden referentiepersonen gezocht die zich rond het thema wilden engageren. Elke voorziening selecteerde ook één 'AanspreekPersoon Integriteit' (API) als sleutelfiguur binnen de organisatie en de overkoepelende werkgroep over de K-diensten. Over een periode van drie jaar kwamen de API's een aantal keer per jaar samen om met begeleiding van Sensoa een aantal thema's inhoudelijk uit te werken of te verdiepen. Aanvankelijk werd gestart met het opstellen van een gezamenlijke missie - visie tekst. Als we samen koers wilden zetten, was het immers belangrijk om eerst de richting te bepalen. Daarnaast werd binnen elke voorziening een bevraging gedaan bij jongeren, personeel en ouders om beter in kaart te brengen waar er verder op ingezet moet worden.

Hieruit werden zes grote thema's gedistilleerd die over de K–diensten heen extra ondersteuning of aandacht vroegen. Deze thema's werden stelselmatig aangeraakt en uitgediept binnen de werkgroep. Het uitwerken van een handelingsprotocol bij grensoverschrijdende incidenten was één van de eerste thema's. Dit omdat er vanuit de overheid een duidelijk beleid rond gevraagd werd, maar anderzijds ook vanuit een gevoel van noodzaak. Een handelingsprotocol geeft immers houvast aan teams en afdelingen in de moeilijke confrontatie met grensoverschrijding. Daarnaast stonden thema's als communicatie, educatie en aanbod relationele en seksuele vorming, privacy en omgangsregels, competentie en deskundigheid bij personeel en seksualiteit in het zorgplan op de agenda. Het proces dat doorlopen werd binnen de werkgroep was er aanvankelijk één van zoeken en aarzelen. Wie neemt welke rol op zich? Welk mandaat hebben we overkoepelend en binnen de eigen voorziening? Hoeveel uitwisseling is mogelijk? En wat is ook noodzakelijk? Waar moet overlap zitten, maar waar primeert de eigenheid van de eigen dienst? Aanvankelijk was het wandelen in de mist, maar na drie jaar is de route helder en is er een duidelijk kompas.

Bron: Vlaggensysteem, Sensoa

Toekomst

De inhoudelijke uitwisselingen op niveau van de K-diensten zal de komende jaren verder vertaald worden naar de werkvloer en de dagdagelijkse praktijk. Ook referentiepersonen uit de verschillende leefgroepen krijgen een opleiding van zes halve dagen om met dit thema aan de slag te kunnen gaan. Er zal worden ingezet op drie domeinen: preventief beleid, kwaliteitsbeleid en (waar nodig) reactiebeleid. Het thema zal ook de komende jaren nog de nodige aandacht krijgen binnen de verschillende voorzieningen, waarbij we hopen stap voor stap te werken aan een goed zorgbeleid waar relationele en seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren nog meer zijn

Eigen Kracht Wonen - de lijm tussen de ‘’zorgwekkende zorgmijder’’ en de reguliere hulpverlening

Anne de Vries,
teamleider EKWo

De Vlaamse minister van Welzijn, Jo Vandeurzen, heeft 1,2 miljoen euro beschikbaar gesteld voor hulpverlening aan sociale huurders met psychische problemen. Netwerk RELING is één van de zes geselecteerde netwerken die van start gaat met een spiksplinternieuw aanklampend team. De doelstellingen zijn contact maken, indicatiestelling en naar reguliere hulpverlening leiden.

Het Eigen Kracht Wonen team (EKWo) probeert, op allerlei creatieve manieren, contact te krijgen met de zogenaamde ‘’zorgwekkende zorgmijders’’. Dit is niet altijd even gemakkelijk omdat de medewerkers zich in meer of mindere mate ongevraagd komen aanbieden. Gesprekken via de brievenbus, boze reacties en dichte voordeuren zijn voor hen niet vreemd. Als teamcoördinator hoor ik regelmatig wat mijn collega’s allemaal uit de kast moeten halen om binnen te mogen komen. Zij moeten zichzelf en hun diensten in zekere zin ‘verkopen’ aan de voordeur. Ik ben ervan overtuigd dat ze niet zullen misstaan in een ‘sales job’, mochten ze ooit een carrièreswitch ambiëren.

Gesprekken via de brievenbus, boze reacties en dichte voordeuren zijn voor hen niet vreemd

Het team ontvangt aanmeldingen vanuit sociale verhuurkantoren en sociale huisvestingsmaatschappijen binnen de zorgregio van het netwerk Reling. Huurbegeleiders raken namelijk vaak nog binnen waar niemand anders (meer) mag komen. Zij melden huurders aan waarbij zij een ‘niet pluis gevoel’ hebben en hem of haar niet gemotiveerd krijgen voor het zoeken naar hulp. In de regel gaat het over personen die thuis of op straat in de war zijn, te veel middelen gebruiken, niet voor zichzelf kunnen zorgen, vervreemden van hun omgeving, geïsoleerd leven, eenzaam kunnen zijn en soms voor veel onmacht en overlast in de omgeving zorgen.

Wat zich achter de voordeur schuilhoudt

Zo ging ik op bezoek bij Tom, een 40-jarige man met een verleden van zwaar drugsgebruik. Hij werd aangemeld als verward en erg achterdochtig. Zijn gehele appartement was volgetekend met ‘psychedelische’ figuren en voorstellingen. Tom zelf bracht een chaotisch verhaal en was erg zenuwachtig. In mijn hoofd categoriseerde ik Tom direct in het hokje ‘psychotisch’ en ‘heeft medicatie nodig’. Wat bleek? Tom heeft erg veel kennis, is super zelfredzaam en veroorzaakt geen overlast. Hij heeft, naast een betrokken huisarts en het OCMW, een uitgebreid informeel netwerk waarop hij terug kan vallen.

Tot die tijd hou ik wijselijk mijn mond wanneer hij tijdens het huisbezoek een fles wodka aan zijn lippen zet, ik ben tenslotte te gast

Na enkele huisbezoeken was Tom al een stuk relaxter en daarmee minder chaotisch. Terwijl ik nooit iets over zijn huishouden heb gezegd, heeft mijn aanwezigheid an sich er voor gezorgd dat hij zijn woning beter onderhoudt. Hij sprak over zijn ambitie om weer te gaan werken. Ik bleef op de achtergrond aanwezig terwijl hij de nodige stappen ondernam. Ondertussen werkt hij bij een vuilnisbedrijf. Tom en ik bekijken nu verder welke meerwaarde hulpverlening voor hem zou kunnen betekenen. Misschien dat ik Tom in de toekomst kan aanmoedigen om op een andere manier met zijn stress om te gaan. Tot die tijd houd ik wijselijk mijn mond wanneer hij tijdens het huisbezoek een fles wodka aan zijn lippen zet, ik ben tenslotte te gast.

Bezig zijn met wat mensen wél willen

Tijdens een begeleiding vertrekken we vanuit wat de cliënt wél wil en niet vanuit het gesignaleerde ‘probleem’. Zoals bij Tom, bekijken we samen met de persoon in kwestie wat hulpverlening kan betekenen in de gegeven situatie. Dit maakt dat we in eerste instantie veel tijd investeren in het luisteren naar het verhaal van de persoon zelf. Zijn er doelen die zij willen behalen, maar weten ze misschien niet hoe? Zijn er moeilijkheden waartegen ze aanlopen? Is er een bepaald lijden? Ondertussen steken we een handje toe bij de dagelijkse problemen. Zeker in het winnen van vertrouwen is de uitspraak ‘niet lullen maar poetsen’ onmisbaar in de EKWo werking. Wanneer er vertrouwen is, is er ook meer mandaat om het te hebben over minder leuke dingen zoals klachten uit de buurt, medicatie, middelenmisbruik, enzovoort.

Waar het schoentje wringt

Het doorverwijzen naar reguliere zorg is nog een uitdaging op zichzelf. Daar waar EKWo enerzijds ‘‘zorgwekkende zorgmijders’’ leidt naar zorg, moeten wij de zorg ook leiden naar de cliënt. Wanneer het tot een zekere hulpvraag komt, vergt het soms aardig wat overtuigingskracht om deze vraag beantwoord te krijgen door hulpverleningsinstanties.

‘‘Zorgwekkende zorgmijders’’ blijven namelijk vaak onaangepaste cliënten met een complexe problematiek en idem dito hulpvraag. Hulpverleners zijn sneller geneigd te investeren in ‘‘goede’’ patiënten waarbij de interventies en de goede bedoelingen ‘‘effect’’ hebben. Tevens wordt er nog altijd te veel aanbodgericht gewerkt en zijn er bijna overal wachtlijsten. Dat zorgverstrekkers daardoor hun doelgroep meer afbakenen en sneller doorverwijzen is begrijpelijk, maar doodzonde omdat juist deze kwetsbare doelgroep uit de boot valt.

Zo formuleerde Tom recent de wens om te werken aan zijn woedeaanvallen. Hij zei: ‘Ik word boos op het verkeerde moment en op de verkeerde persoon’. Met zijn vraag kan hij echter niet terecht bij een agressietraining aangeboden door een zorgpartner uit het netwerk. Volgens hen moet Tom eerst aan zijn afhankelijkheidsproblematiek werken, iets wat Tom niet als probleem ervaart en waar hij zeker geen hulp voor gaat vragen. Vervolgens wordt Tom weggezet als ‘‘zorgwekkende zorgmijder’’, een term waarmee ik, om deze redenen, steeds meer moeite krijg. Misschien is er meer sprake van een ‘‘zorgvuldige zorgzoeker’’ en ligt de geïmpliceerde ‘schuld’ niet alleen bij de zogenaamde ‘‘zorgmijder’’ zelf.

Misschien is er meer sprake van een ‘‘zorgvuldige zorgzoeker’’ en ligt de geïmpliceerde ‘schuld’ niet enkel bij de zogenaamde “zorgmijder” zelf

Hoe dan ook, met het EKWo project ambiëren we in het netwerk Reling een fijnmaziger vangnet te creëren rond deze uiterst kwetsbare groep. In de toekomst hopen wij niet alleen aan de slag te gaan met aanmeldingen vanuit de sociale verhuur, maar met alle meldingen vanuit het netwerk. Tot die tijd zijn we met ons team van vijf (2,5 VTE) zoet met de 60-tal aanmeldingen die wij sinds augustus ontvangen hebben.

Mogelijk vloeien hier evenveel interessante en uitdagende hulpvragen uit voort. Zijn jullie, netwerkpartners, er klaar voor?

Voor verdere informatie en vragen:
anne.devries@cawlimburg.be

Team EKWo. Van links naar rechts: Anneleen Eerdekens (gedetacheerd vanuit PZT West), Greet Vandebroek (gedetacheerd vanuit Bewust), Anne de Vries, Bjorn Van de Wiele (gedetacheerd vanuit Beschut Wonen Noord Limburg) en Patricia Delcourt (gedetacheerd vanuit Bewust)

Psychiatrisch Ziekenhuis Asster — versie augustus 2017

Doelgroep kinderen en jongeren

Cluster kinderen en jongeren — **campus Melveren**

psychiaters	Dr. Jan De Corte (beleidsarts)	
	Dr. Lieve Kiebooms	
	Dr. May Vrijens	

Doelgroep jongvolwassenen

Cluster jongvolwassenen — **campus Melveren**

psychiater	Dr. Marie-Paule Clerinx (beleidsarts)	
	Dr. May Vrijens	
	Dr. Tamara Falconieri	

Doelgroep volwassenen

Cluster psychose — **campus Stad**

psychiaters	Dr. Nele Delahaye (beleidsarts)	
	Dr. Louise Brokking	
	Dr. Geraldine Einfinger	
	Dr. Johan Kusters	

Cluster angst-, stemmings-, persoonlijkheids- en somatoforme stoornissen — **campus Stad**

psychiaters	Dr. Marc Hebbrecht (beleidsarts)	
	Dr. Olivier Bollen	
	Dr. Katrien Callens	
	Dr. Sarah Janssens	
	Dr. Tamara Falconieri	

Cluster afhankelijkheid — **campus Stad + campus Melveren**

psychiaters	Dr. Emmanuel Maes (beleidsarts)	campus Melveren
	Dr. Inge Jeandarme (SGS)	campus Stad
	Dr. Elke De Heyn	campus Melveren
	Dr. Karina Van Kaam (Drugs)	campus Melveren

Cluster volwassenen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking — **campus Melveren**

psychiater	Dr. Marie-Paule Clerinx (beleidsarts)	

Doelgroep ouderen

Cluster ouderen — **campus Melveren**

psychiaters	Dr. Vincent Schreurs (beleidsarts)	
	Dr. An Hulstaert	

campus Melveren t 011/78 80 11 (onthaal); **campus Stad** t 011/78 80 11 (onthaal); info@asster.be

Binnen het netwerk Reling (West-Limburg-subregio Zuid)

Mobiel A-team Reling-Zuid: zorg aan huis bij crisis (niet urgentie)

psychiater	Dr. Olivier Bollen	Reling Zuid
	011/69 33 80	ateamzuid@reling.be

Mobiel B-team Reling-Zuid: zorg aan huis bij gekende chronisch psychiatrische patiënten

psychiater	Dr. Nele Delahaye	Reling Zuid
	011/69 33 70	bteamzuid@reling.be

Binnen het netwerk Reling (subregio Noord)

Mobiel A-team Reling-Noord: zorg aan huis bij crisis (niet urgentie)

psychiater	Dr. C. De Raedt	Reling Noord
	011/56 96 80	ateamnoord@reling.be

Mobiel B-team Reling-Noord: zorg aan huis bij gekende chronisch psychiatrische patiënten

psychiater	Dr. M. Timmermans	Reling Noord
	011/56 96 85	bteamnoord@reling.be

In West- en Midden-Limburg is een team Psychiatrische Zorg in de thuissituatie actief

PZT Reling West	011/44 74 70	pztwest@reling.be
PZT Reling Midden	011/26 25 20	pztmidden@reling.be

Voor meer info over Asster: www.asster.be en over Reling: www.reling.be

Dr. Karina Van Kaam

Dr. Karina Van Kaam (1981) behaalde in 2017 haar diploma als volwassen psychiater (KU Leuven). Dit jaar beëindigde zij haar post-graduaatopleidng in de psychoanalytische psychotherapie (UPC Leuven).

Dr. Van Kaam was vanaf augustus 2017 werkzaam op de dienst Volwassen Psychiatrie van het ZOL (PAAZ en TEPSI). Sinds het najaar versterkt zij het artsenkorps in Asster.

Dr. Van Kaam werkt
- deels op de afdeling Libra 3, voor de doelgroep drugafhankelijkheid (de SGS-groep van Libra staat nog steeds onder de medische leiding van dr. Inge Jeandarme);
- deels op de afdeling Orion 2, voor de doelgroep dubbele diagnose: psychose en afhankelijkheid.

51.000 euro nederlandse steun voor wetenschappelijk onderzoek

Prof. dr. Inge Jeandarme, verbonden aan onze afdeling Libra 3, doet een onderzoek met het oog op het uitwerken van een zorgpad voor hormonale farmacotherapie bij seksuele geweldplegers. Voor dit onderzoek heeft Asster een financiële steun toegezegd gekregen van de Stichting ter bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek in Nederland en Suriname.

Met dit onderzoek tracht men onduidelijkheden en tegenstrijdigheden in de praktijk weg te werken en de effectiviteit van de behandeling te verbeteren. Dit zal gebeuren via literatuuronderzoek, maar ook door expertise te halen bij psychiaters en endocrinologen in forensische behandelingssettings in Nederland en Vlaanderen die relevante ervaring hebben met libidoremmende medicatie.

Door een goed uitgewerkt zorgpad betracht men meer uniformiteit in de behandeling en opvolging van libidoremmende medicatie te bekomen bij seksuele delinquentie.

Het onderzoek vraagt veel werk. Hiervoor werd criminologe/seksuologe Sophie Verschueren aangetrokken. Zij voert het onderzoek uit o.l.v. prof. dr. Inge Jeandarme, prof. dr. Luk Gijs en prof. dr. Dirk Vanderschueren.

Het project wordt mee ondersteund door de Wetenschappelijke Adviescommissie van het Provincialaat der Broeders van Liefde en door Asster.

Rechtzetting

In de vorige Masster (editie juni 2018) ontbrak er een stuk van het artikel ‘Gezocht: draaideuren van hoop en perspectief voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)’ (pagina 11).
Het volledige artikel kan je lezen via http://www.asster.be/epa

Colofon

Leden van het redactieteam masster

Dr. Jos Bollen, psychiater
Dr. Marie-Paule Clerinx, psychiater, hoofdgeneesheer (eindredacteur)
Dr. Marc Hebbrecht, psychiater
Nadine Joris, hoofdapotheker
Karel Mampuys, klinisch psycholoog
Jaak Poncelet, algemeen directeur
Erwin Reyskens, fotografie
Hans Vandermolen, coördinatie
Ine Wanten, klinisch psycholoog
Hilde Wirix, apotheker
Véronique Appeltans (correcties)

Opmaak en drukwerk: Wendy Schuppen, Broeders van Liefde, dienst communicatie

Verantwoordelijke uitgever: Jaak Poncelet

vzw asster
maatschappelijke zetel
halmaalweg 2
3800 sint-truiden
011 78 80 11
www.asster.be

V.U. Jaak Poncelet, p.a. Halmaalweg 2, 3800 Sint-Truiden