



et

perron

Tijdschrift van het

Psychiatrisch Ziekenhuis
Onze-Lieve-Vrouw Brugge

en het

Psychotherapeutisch Centrum
Rustenburg Brugge

Colofon

Het Perron is het driemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de Westvlaamse huisartsen en de psychiaters en ggz-voorzieningen in Vlaanderen.

26e jaargang nr. 3, juli - augustus - september 2010

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2100 exemplaren

Redactieraad

Dr. Françoise Verfaillie, psychiater

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Piet Decoster, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijke uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Ontwerp, vormgeving en druk

Positief Beeld

Correspondentie



PTC Rustenburg
Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzjbj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050 31 81 65 fax 050 31 08 99



PZ Onze-Lieve-Vrouw
Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzjbj.be
www.pzolv.be
tel. 050 30 18 00 fax 050 30 18 01

Kwaliteit? Elke dag opnieuw!

Kwaliteit, elke dag opnieuw.

Eerst en vooral staan we voor doorgedreven kwaliteit. Van de geleverde producten tot het moment dat u de producten thuis op tafel zet: wij eisen en garanderen kwaliteit. We staan niet enkel garant voor de kwaliteit van onze producten, ook de bijhorende winkelervaring moet 100% in orde zijn. Daarom laten we ons controleren door onafhankelijke inspecteurs van de vereniging. Een goed controlerapport of het verkrijgen van een A-licentie is de kroon op ons werk.

Dit vormt de inleiding op de webpagina van een bekende Belgische voedingsproducent. Niets ongewoons hieraan: wanneer we iets kopen, willen we waar voor ons geld. We willen een goede prijs-kwaliteitsverhouding. Maar... hoe zit het met de kwaliteit binnen ziekenhuizen? Willen we meer betalen voor een betere kwaliteit van behandeling? En wanneer spreken we dan precies van een kwalitatieve behandeling?

Waar 'kwaliteit' vroeger als een opdracht voor en door de kwaliteitscoördinator gezien werd, is dit stilaan een taak van en voor iedereen geworden. Nog niet zolang geleden hoorde ik de uitspraak: "Alles is kwaliteit" en dit dekt volgens mij vrij goed de lading. Immers, alle doen en laten van alle personeel en artsen in een ziekenhuis heeft een invloed op de kwaliteit van zorg, op de kwaliteit van de behandeling, op de kwaliteit van het verblijf van patiënten. Kwaliteit is dus niet meer iets losstaand, maar inherent aan de dagelijkse werking in een ziekenhuis. "Alles is kwaliteit". Op kwaliteitsvlak (of beter: zieken-

huisvlak?) worden we sinds enige tijd geconfronteerd met een aantal uitdagingen. Uitdagingen waar op vrij korte termijn antwoorden op geboden moeten worden door onszelf, als ziekenhuis, maar ook door verschillende overheden. Ik beschrijf kort drie uitdagingen: het gebrek aan één definitie van 'kwalitatieve behandeling'; de roep om accreditering en het aan de vooravond staan van belangrijke ontwikkelingen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg...

De eerste uitdaging brengt me terug naar het begin van dit relaas, namelijk een antwoord bieden op de vraag: "Wat maakt dat we kunnen spreken van een kwalitatieve behandeling in ziekenhuizen?" Op deze vraag valt tot op vandaag geen eenduidig antwoord te geven. Er bestaan honderden definities. Blijkt ook dat het antwoord afhangt van de pet die de respondent draagt. Vanuit het oogpunt van de patiënt is een kwalitatieve behandeling een behandeling die leidt tot het subjectief gewenste resultaat. Probleem: wat ik een gewenst resultaat vind, is nog niet noodzakelijk uw gewenst resultaat...

Gebaseerd op deze 'tevredenheid van patiënten' beschikt België over de tweede beste gezondheidszorg van Europa. We beschikken ook officieel, op Malta na, over het hoogst aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners. En toch staat ons land officieel op de op vijf na laatste plaats tussen de West-Europese landen voor wat kindersterfte betreft. In de perceptie behoren we tot de top, maar bewijzen kunnen we het niet... Vergeleken met andere Europese landen hinkt België immers zwaar achterop wanneer het gaat om

de bekendmaking van recente, objectieve gezondheidszorggegevens. Zijn deze dan niet beschikbaar? Absoluut wel...

Maar België zou België niet zijn mocht de opdracht aan de ziekenhuizen om kwaliteitsgegevens te registreren niet vanaf verschillende beleidsniveaus en met verschillende doelstellingen gegeven worden. In België bestaat er geen eenvormig kwaliteitssysteem. Aan Vlaamse zijde werd in 1997 het 'kwaliteitsdecreet' in het leven geroepen. Dit decreet legt aan alle Vlaamse ziekenhuizen op hun intenties m.b.t. het leveren van kwaliteit en de wegen daar naartoe te formaliseren. Deze intenties horen in overeenstemming te zijn met het algemene beleid van het ziekenhuis en vormen samen een basis voor het formuleren van kwaliteitsdoelstellingen. Missie, visie, doelstellingen en strategie dienen te worden beschreven, alsook de procedures en de organisatorische structuur met een omschrijving van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Periodiek moeten er evaluaties van de performantie (via indicatoren) en ook evaluaties door personeel en patiënten zijn. Het voldoen aan deze bepalingen van het kwaliteitsdecreet is voor de Vlaamse ziekenhuizen een erkenningsvoorwaarde. Hoewel sancties in de realiteit veelal beperkt blijven tot geldboetes, mag de druk die ziekenhuizen ervaren om te slagen op deze 'kwaliteitstoets' niet onderschat worden.

Ons ziekenhuis beschikt, zoals verplicht, over een kwaliteitshandboek dat regelmatig geactualiseerd wordt (bv. bij beschikbaarheid van resultaten van metingen) en dat beschikbaar is

voor alle medewerkers via het intranet. De selectie van de op te volgen indicatoren werd gebaseerd op een bevraging van personeel en patiënten en op een door de overheid ter beschikking gestelde keuzelijst. Voor de analyse en evaluatie van de resultaten van metingen (indicatoren en tevredenheid bij personeel en patiënten) en voor het bepalen en uitwerken van verbeteracties n.a.v. deze resultaten worden werkgroepen samengesteld waar medewerkers altijd deel van uitmaken.

Sinds 2007 kunnen alle Belgische ziekenhuizen, op vrijwillige basis, contracten afsluiten met de federale overheid rond het thema 'kwaliteit en patiëntveiligheid'. Het percentage deelnemende Belgische ziekenhuizen bedraagt meer dan 98%. Er is voor de Vlaamse ziekenhuizen echter veel overlap tussen de eisen van het kwaliteitsdecreet en eisen uit de federale contracten. Gevolg: overlappende registraties en gegevens die niet uitgewisseld worden tussen het Vlaams en het federaal niveau, laat staan doorgespeeld naar Europa.

Het accent in de kwaliteitszorg is doorheen de jaren (voor een groot deel dankzij het kwaliteitsdecreet) verschoven van input- naar outputnormen, van een functioneringskader voor voorzieningen naar effecten op de gebruiker. Meer en meer wordt ook gekeken naar de organisatie van het zorgproces. We worden als ziekenhuis met andere woorden op tal van manieren met het aspect kwaliteit en kwaliteitsgarantie geconfronteerd. Zowel externe factoren (de zich steeds uitbreidende wetgeving, de alsmear toenemende concurrentiedruk, de verwachtingen van de

individuele patiënt en van patiëntenorganisaties) als interne actoren eisen een belangrijke rol op in het streven naar kwaliteitsgarantie. Deze kwaliteitsgarantie geldt in eerste instantie ten aanzien van de patiënt (onze rechtstreekse klant), ten aanzien van de externe verwijzers (bv. huisartsen), maar ook in steeds toenemende mate ten aanzien van verzekeraars en overheden. We worden bijna gedwongen tot een meer 'bedrijfsmatige' of 'management' – aanpak van onze zorgprocessen. Tot nog toe werden vooral de normen vanuit de industrie en ISO 9000 overgenomen en geïmplementeerd. Het gevolg is dat kwaliteitsbeleid in de dienstverlenende sector niet geheel aangepast is aan de noden van de sector en er vooral dreigt gestreefd te worden naar het behalen van een certificaat of het schrijven van dikke handboeken. Gelukkig komt hierin stilaan verandering en worden er normen ontwikkeld die het kwaliteitsbeleid specifiek voor de zorgsector bepalen. Op vandaag echter is er geen eenduidige norm, geen eenduidig Belgisch kwaliteitsstelsel. Er kan dus geen sluitend antwoord gegeven worden op de vraag wat een kwalitatieve behandeling is.

Dit brengt ons bij de tweede uitdaging: de roep om accreditering. Ziekenhuisaccreditering wordt door het KCE¹ gedefinieerd als volgt: "Initiatieven die gericht zijn op de externe evaluatie van een ziekenhuis tegen vooraf gedefinieerde, expliciete en gepubliceerde standaarden met het oog op het bevorderen van continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg." Zij informeert patiënten en verwijzers

globaal over de behaalde kwaliteitsresultaten (goed, zeer goed, excellent) en de aan de gang zijnde inspanningen (matig, sterk, zeer sterk) en dit voor bepaalde zorgprogramma's, voor bepaalde diensten of voor de ganse zorgvoorziening. Accreditering geeft dus de mate aan waarin een klant erop kan vertrouwen dat er kwalitatief werk (in onze context: een kwalitatieve behandeling) geleverd wordt binnen de beschikbare middelen. Accreditering ontstond in de eerste helft van de 20ste eeuw uit het engagement van ziekenhuizen en zorgverleners voor continue verbetering. Halverwege de jaren 90 is accreditering steeds meer geëvolueerd naar mechanismen ter verantwoording naar het publiek, de regulerende en financierende instanties toe.

Hoewel in België relatief onbekend, bestaat accreditering van zorgvoorzieningen al enige tijd in heel wat Europese landen. Daar is het vaak ingebed in een gestructureerd kader via wetgeving of via een ander overheidsbeleid. De beslissingen worden gepubliceerd, dus bekend gemaakt aan het grote publiek en gelden voor een periode van minimum 3 jaar.

De kans is reëel dat er op vrij korte termijn een Europese accreditering aankomt. Vlaanderen bereidt zich hier stilaan op voor... Waar vroeger de erkenning van ziekenhuizen uitsluitend op basis van een kwantitatief nazicht van de wettelijke, structurele erkenningscriteria gebeurde, werd de laatste jaren reeds een beperkt aantal kwalitatieve proceselementen in rekening gebracht. Daarnaast staat het thema 'accreditering' ook ingeschreven in het Vlaams regeerakkoord en in het Pact 2020 'Vlaanderen in Actie'.

Ook minder ver van ons (ziekenhuis) bed merken we dat patiënten mondiger zijn geworden en dat ze veel verwachten. Zeker op het gebied van kwaliteit van de behandeling. Wie kent niet het voorbeeld: "Voor operatie X ga je best naar ziekenhuis Y". Maar... dit brengt ons opnieuw bij de eerste uitdaging beschreven in deze bijdrage: *Wat is een kwalitatieve operatie?*

Accreditering vooronderstelt dat er een 'norm' is voor wat een 'kwalitatieve operatie X' is en kan ervoor zorgen dat een patiënt in de toekomst wél een gegronde keuze (dit is gebaseerd op objectieve gegevens) kan maken voor een bepaalde ingreep in een bepaald ziekenhuis. Daarnaast biedt accreditering ook een goede garantie op een optimale prijs-kwaliteitsverhouding en is het de beste verdediging bij negatieve (media-)aandacht... Het aanbieden van kwaliteitsvolle zorg of behandeling – en vooral: het als ziekenhuis kunnen staven dat men dit doet – wint met andere woorden steeds meer aan belang.

Derde en laatste uitdaging die ik hier wil aanstippen is dat er ook in de gezondheidszorg geen zekerheden bestaan. De gezondheidszorg is niet statisch, voortdurend in verandering maar... morgen misschien toch iets meer dan vandaag. De geestelijke gezondheidszorg is de laatste decennia steeds op zoek gegaan naar kwaliteitsvolle manieren om het bestaande zorgaanbod nog beter af te stemmen op de noden en behoeften van personen met psychische problemen. Naast een residentieel aanbod in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzor-

gingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen werd een ambulant en thuiszorgondersteunend aanbod uitgebouwd (centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische zorg in de thuissituatie, ...). In al deze diverse ggz-vormen worden begeleiding, behandeling en rehabilitatie van personen met psychische problemen aangeboden door multidisciplinaire teams van zorgverleners. Via een wettelijke basis (artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen) wil men naar een (kwalitatief) betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en -netwerken. In landen waar de geestelijke gezondheidszorg verder is uitgebouwd is immers vastgesteld dat, bij minder residentieële behandelingen in de tijd, psychische problemen hoe langer hoe meer met succes worden behandeld.

De geestelijke gezondheidszorg wil zich in de (nabije) toekomst nog meer baseren op de behoeften en de zorgvragen van personen met psychische problemen en zal op continue wijze aangeboden worden in of zo dicht mogelijk bij het thuismilieu van de zorgvrager.

Uiteraard zal, in specifieke omstandigheden en gevallen, residentieële behandeling en begeleiding nodig blijven. Deze zal gekenmerkt worden door een intensiever karakter dan nu het geval is. Deze vooropgestelde wijzigingen worden binnen diezelfde ziekenhuiswet financieel mogelijk gemaakt door het artikel 107. Dit omvat een specifieke financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van financiële middelen (BFM) van ziekenhuizen te *realloceren* zodat middelen en macht in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande ggz-aanbod voor personen

met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen. Men wil dit bekomen door de creatie van ambulante intensieve behandelteams (voor acute en chronische ggz-problemen), revalidatieteams (gericht op herstel en sociale inclusie) en intensieve residentiële behandelunits (voor acute en chronische ggz-problemen). Er werd in juni door de gezamenlijke overheden van ons land (het federaal niveau, de gewesten en de gemeenschappen) een projectoproep gelanceerd voor alle ggz-actoren waardoor momenteel gesprekken aan de gang zijn tussen deze diverse ggz-partijen. Wordt vervolgd...

Deze evoluties, de aanloop naar een accreditering en de uitwerking van het artikel 107 leiden ertoe dat alle ggz-actoren hun kwaliteitsbeleid nog meer zullen moeten integreren in alle lagen en aspecten van hun organisatie. Ook in thuissituaties moet een kwalitatieve behandeling gegarandeerd worden... "Alles is kwaliteit". Indicatoren die vandaag opgevolgd worden en bestaande procedures zullen – afhankelijk van de verdere evoluties – blijven bestaan, gewijzigd of vervangen worden. Hoewel de opvolging van de spelregels van de overheid almaar strikter wordt, zal er in het kader van de *vermaatschappelijking* van de zorg ook ruimte zijn voor autonomie van de ggz-actoren.

Ondanks de vele inspanningen in de geestelijke gezondheidszorgorganisaties om een goede kwaliteit van zorg aan te bieden, ondanks de overtuiging dat we het goed doen en ondanks alle registraties die gebeuren, kunnen we onvoldoende bewijzen dat we effectief

goed bezig zijn. Dit komt doordat er geen eenduidige norm of kwaliteitsstelsel is in België.

De druk vanuit Europa om gegevens publiek beschikbaar te stellen en er verantwoording voor af te leggen wordt dan ook (terecht) steeds groter. Een Europese accreditering, die een bepaalde norm vooronderstelt kan hiertoe een oplossing bieden. Maar we moeten ook het volgende in het achterhoofd houden: de vooropstelling van kwaliteitscriteria om de gezondheidszorg te financieren, zoals nu het geval is, vloeit voort uit bezorgdheid voor de doeltreffendheid van zorg- en dienstverlening aan de patiënt. Het is echter belangrijk dat de consequenties van dergelijke beslissingen voor de kwaliteit van zorg geëvalueerd worden, want ook goedbedoelde initiatieven kunnen perverse effecten hebben zoals bijvoorbeeld het weren van patiënten die niet meteen in het (ziekenhuis)plaatje passen. Er moet eveneens in de gaten gehouden worden dat dit alles ook geen excuus wordt om therapieën te uniformiseren... In een wereld vol veranderingen, moeten we ons hoeden voor het ontmenselijken van de zorg, van de behandeling. Kwaliteit: elke dag opnieuw... en morgen nog meer dan vandaag.

Katrien Sorgeloos
medewerker kwaliteitszorg
PTC Rustenburg

Meer informatie over accreditering?
Cahier 'Kwaliteit kenbaar maken in de zorg' – Zorgnet Vlaanderen
(<http://www.zorgnetvlaanderen.be>)

¹KCE: Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg van de federale overheid



Bristol-Myers Squibb Belgium

Durf je dans!

Op 1 maart 2010 werd in het PTC Rustenburg een thema-avond met drie workshops rond dans georganiseerd door de VVPMT¹. Werkzaam als psychomotorisch therapeut in PTC Rustenburg gaf ik de workshop met als thema “Durf je dans!” Dit bood mij een uitgelezen kans om het *bewegingskader van Laban*² te combineren met mijn eigen danservaringen, waardoor ik mijn eigen therapeutische werkwijze kon verduidelijken.

Dansen wordt vaak geassocieerd met het zo perfect mogelijk uitvoeren van een aantal vaststaande dansbewegingen, -passen en figuren. Dit vraagt een zekere motorische vaardigheid, waar veel mensen op afhaken. “Dat kan ik niet” of “Dat durf ik niet” is dan het argument om niet te hoeven dansen. Intelligentie, ervaring met dansen of met zich bewegen op muziek, ritmegevoel, artistieke aanleg zijn prettige bijkomstigheden, maar zijn geen vereisten voor danstherapie. Allereerst moeten nogal wat mensen over een bepaalde drempel heen, die gevormd is door gevoelens van schroom en schaamte. Gedachten als “Zullen anderen mij niet gek vinden?” of “Iedereen kijkt naar mij” heeft vrijwel iedereen in het begin. Er zijn ook vooroordelen en taboes die cultureel of religieus gekleurd en bepaald zijn: “Dansen is alleen voor vrouwen”, “Dansen is immoreel” enz.

Via bewegingsimprovisaties kan je je innerlijke belevingswereld uitdrukken zonder iets te moeten bereiken of daarbij met anderen te worden vergeleken. Je gebruikt hierbij je lichaam als middel

om wat in je leeft tot expressie te brengen, met eigen inhoud en op je eigen manier.

Tijdens de danssessies komen vrijwel steeds emoties los, zowel positieve als negatieve, omdat deze therapie rechtstreeks op de gevoelens en de emotionaliteit inwerkt. Dit hangt samen met de directheid van de therapie.

Zowel voor de patiënt als voor de therapeut is het comfortabeler om een kapstok of houvast te hebben die meer structuur biedt, zodat binnen een veilig en vertrouwd kader kan gewerkt worden. Ikzelf als psychomotorisch therapeute én als danser vind vertrouwen en een bepaalde structuur belangrijk omdat die tegelijk ook plaats maken voor vrijheid en beleving. Hierbij kan de **Laban Beweging Analyse** (Rudolf von Laban, danspedagoog en choreograaf 1879–1958) een zinvol *bewegingskader* bieden in de dans- en bewegingstherapie. R. Laban ontwikkelde een methode waardoor een groter publiek kon aangesproken worden om de stap te zetten naar het dansen. Laban zocht naar de wetten van de natuurlijke beweging van mensen, daarbij vooral lettend op het aangeboren ritmegevoel.

Deze theorie geeft een overzicht van de vier componenten, waaruit een beweging bestaat. Elke beweging gebeurt met het **lichaam**, legt een weg af in de **ruimte**, speelt zich af in de **tijd** en wordt uitgevoerd met een bepaalde **kracht**. Ze gaat ervan uit dat alle componenten in ons aanwezig zijn, maar dat we soms enkel doen wat we kennen of wat voor de hand ligt. Dit bewegingskader geeft ons de kans nieuw materiaal te ontdek-

ken bij onszelf.

De verschillende bewegingsaspecten (lichaam – ruimte – tijd – kracht) kunnen ook gecombineerd worden. Bovendien kan de danser zelf dansstukjes creëren via een aaneenschakeling van bewegingen in “dansfrasen”. Bij Laban stond dans als **uitdrukking** en **beleving** van innerlijke gevoelens, gedachten en wensen centraal (*de uitdrukking- of expressiedans*). Dit biedt ook een grote verscheidenheid aan thema's. Zo neemt hij je mee op ontdekkingstocht naar je eigen bewegingsvocabularium, expressiemogelijkheden en innerlijke wereld en verrijkt deze. De begeleidende muziek zelf is niet essentieel maar heeft vaak wel een ondersteunende functie.

Uit mijn danstherapie sessies stel ik mij nu een vrouw voor. Ze komt binnen in de ruimte met veel schroom, gaat aan de kant zitten in een ineengedoken houding, gehuld in een dikke coltrui en fleece. Ik begin samen met haar alle lichaamsdelen in beweging te zetten met een rustig muziekje op de achtergrond. Ik imiteer haar stereotiepe bewegingen, zij de mijne. Op die manier groeit het vertrouwen en kan ik haar bevestigen in wat ze doet. Ze ontdooit langzaam. Onze bewegingen worden steeds rijker en minder gecontroleerd. Als ik haar vraag om in de ruimte te bewegen, valt op hoe ze steeds tegenwijzerzin in een cirkel rondstapt, als in haar vicieuze cirkel. Ik stap naast haar. Als ik vraag om mij te volgen, in de verschillende richtingen, ontdekt ze ook de andere mogelijkheden. We blijven experimenteren met het bewegen volgens het vloerpatroon. Het vloerpatroon blijkt voor haar een belangrijk houvast waarbinnen ze spelenderwijs haar creatieve

mogelijkheden ontdekt. Haar enthousiasme groeit en ze krijgt het er warm van. De truien gaan uit als bij het afpellen van de huid van een vervelde slang. Als ze in het midden van de ruimte halt houdt en even uitgenodigd wordt om stil te staan bij haar gevoel daar in het midden te mogen staan, beseft ze hoe moeilijk het voor haar is om in het middelpunt van de belangstelling te staan, hoe vlug ze zichzelf wegcijfert in haar ineengedoken houding aan de kantlijn. Als ik haar de opdracht geef eens te bewegen op halve kracht, beseft ze hoe moeilijk het is om hierin te doseren. In haar dagelijks leven gaat ze altijd voluit, vaak over haar fysieke en emotionele grens. Om af te ronden vraag ik haar vanuit haar huidige ritme te bewegen. Uit de ervaring van de voorgaande opdracht kan ze zichzelf toelaten om stil te blijven zitten zonder iets te moeten doen. Iets wat ze niet kent maar ervaart als heel deugd-doend. Hier durft ze even de controle los te laten...

Vanuit dit bewegingskader heb ik ook tijdens de workshop de bewegingstherapie de verschillende bewegingscomponenten aangeboden en ermee geoefend aan de hand van voorbeeldopdrachten. De geleidelijke opbouw van de oefeningen verlaagde de drempel. Beginnend met de focus op het lichaam (ons referentiekader met de buitenwereld), vervolgens experimenterend met bewegen in de ruimte om zich ten slotte meer bewust te worden van de verschillende ritmes en krachten. De deelnemers lieten zich graag meenemen in een stroom, een proces. Ze dansten alleen en samen. En er was naast schroom veel durf en veel beleving. Jammer dat de tijd te kort was

om nog meer ervaringen te delen. Dit vraagt duidelijk om meer!

Marjan Daems
psychomotorisch therapeut
PTC Rustenburg

Bron:
Luc Bombeke.2003. Durf je dans!
Mechelen: Wolters Plantyn.

¹ VPMPT: Vlaamse Vereniging voor Psychomotorisch Therapeuten

² Rudolf (von) Laban (1879 – 1958) wordt beschouwd als één van de belangrijkste figuren uit de dansgeschiedenis. Hij is een Duitse danspedagoog en choreograaf. Hij legde de fundamenten voor de Laban Beweging Analyse, een bewegingskader met de verschillende bewegingsaspecten (lichaam – ruimte – tijd – kracht). Hij ontwikkelde ook de uitdrukkingsdans. Bij Laban stond dans als uitdrukking en beleving van innerlijke gevoelens, gedachten en wensen centraal. Daarnaast was hij ook de grondlegger van de Labanotatie, een typisch notatiesysteem voor de dansbewegingen en was hij ook een verdediger van de bewegingskoren, waarin grote aantallen mensen samen dezelfde choreografische dansbewegingen maken met vrijheid voor ieders eigen persoonlijke uitdrukking. Zie ook het schema van het bewegingskader in het boek van Luc Bombeke "Durf je dans!". Wolters Plantyn, Mechelen. 2003, pagina 30

met de steun van



JANSSEN-CILAG

5 jaar Psychiatrische Intensieve Zorg in het PZ Onze-Lieve-Vrouw Waarheen leidt de weg ?

*What we call the beginning is often the end
And to make an end is to make a beginning.
The end is where we start from.*

TS Elliot, Four Quartets, nr. 4:
Little Gidding

De residentiële psychiatrische zorg is al enkele jaren onderwerp van gesprek in de beleidskringen van dit land. Vooral de lange duur van psychiatrische opnamen en de weinig expliciet geformuleerde doelstellingen tijdens een opname doen beleidsmakers fantaseren over een kortere hospitalisatieduur en een intensiever georganiseerd behandelaanbod op de afdeling. Deze gedachten worden trouwens meestal begeleid door het streven naar een vermindering van het totale aantal bedden in de geestelijke gezondheidszorg, om zo op gelijk niveau te komen met omliggende landen. Een en ander heeft natuurlijk tot gevolg dat er een grotere aanwezigheid van geestelijke gezondheidszorgproblemen en bijhorende crisissituaties in de maatschappij zal zijn. Tegelijkertijd neemt de druk toe vanuit de maatschappij, hierin gevolgd door justitie, om naar een behandeling te zoeken binnen de geestelijke gezondheidszorg voor acute psychosociale en psychiatrische crisissituaties. De jaarlijkse – zeer uitgesproken – toename van het aantal verwijzingen in het kader van de spoedprocedure van de wet op de gedwongen opname (in observatiestelling) toont dit mooi aan.

Vanuit de twee hierboven aangehaalde vaststellingen is het duidelijk dat er in de volgende jaren een grotere opname- en ontslagdruk zal ontstaan in de overblijvende psychiatrische bedden. Deze zullen in aantal verminderd zijn (hopelijk ten voordele van een ondertussen verhoogde capaciteit “langdurige begeleiding” in de maatschappij) maar tegelijk meer opdrachten krijgen om intensievere behandelpakketten te voorzien voor steeds meer acute situaties. Bovendien zullen een aantal wettelijke maatregelen specifieke veiligheidsverplichtingen (zoals bv. bepaald in de wet op de gedwongen opname) opleggen aan ziekenhuizen. Het idee om psychiatrische intensieve zorg aan te bieden is uiteraard niet nieuw. Een snelle zoekactie op “Google” leverde 49600 hits op die aantonen dat deze vlag vele ladingen dekt.

Zo is er bijvoorbeeld de intensieve zorg waarmee men specifiek deze psychiatrische patiënten probeert te bereiken die meer lichamelijke zorg nodig hebben boven op hun chronische psychiatrische aandoening (“new chronics”, PVT). Maar er is ook de intensieve zorg in intensieve behandel eenheden (IBE, voorheen SGA). In deze laatste afdelingen, de enige tot nu toe die door de overheid van een erkenningsletter zijn voorzien, doet men ook aan een vorm van intensieve behandeling maar het vertrekpunt is anders, het criterium voor de duur van het verblijf hier wordt bepaald door de duur van het totale voorziene therapeutische programma, klassiek zes maanden.

Een psychiatrische intensieve zorgafdeling (PICU¹) levert haar intensieve zorg aan de patiënt tot de stabilisatie van het

klinische beeld is bereikt (gemiddeld vier weken in onze PICU) en de patiënt doorverwezen wordt naar een ambulante of residentiele vervolgbehandeling. Uiteraard kan men gelijkaardige patiëntenprofielen vinden in de drie beschreven types "intensieve zorg" maar het is duidelijk dat de doelstelling en de functie in de ggz-organisatie voor alle drie verschillend is.

Psychiatrische Intensieve Zorg in het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw

Ons ziekenhuis anticipeerde 6 jaar geleden op deze evoluties met de beslissing om een psychiatrische intensieve zorgafdeling, type PICU, op te richten. De afdeling moest in eerste instantie tegemoetkomen aan maatschappelijke en wettelijke vereisten tot beveiliging van ernstig en instabiel zieke patiënten (de bewakingsfunctie) maar bovendien ook voorzien in een diagnostisch instrumentarium dat snel en op symptoomniveau een inschatting kan maken van de benodigde therapeutische interventies (de risicotaxatie). Bovendien moest kunnen voorzien worden in kortdurende crisisdissolutieprogramma's (de behandelingsfunctie). Een intensieve samenwerking tussen directie, hulpverlening en architecten resulteerde in een moderne en transparante vormgeving die voldoende de veiligheid en het dagelijkse toezicht kan garanderen en ook prikkelreducerend is. Op diagnostisch vlak en wat betreft behandelingsaanbod vonden we richtlijnen in de al enkele jaren voordien ontwikkelde visie op intensieve zorgpsychiatrie van Beer en Pereira² die in het Verenigd

Koninkrijk de start van gelijkaardige afdelingen hadden georganiseerd en begeleid. Ondanks de huidige intense psychiatrische dekking qua bedden per 10.000 inwoners in onze regio, waar eigenlijk geen nood is aan nog een extra ggz-functie, merken we toch dat zowel op de eigen campus als in de verwijfsregio meer vraag komt naar een gestandaardiseerde en veilige aanpak van acute en voor patiënt en omgeving gevaarlijke klinische beelden. Dit leidt voor een aantal patiënten tot een snellere terugkeer naar hun thuisomgeving terwijl voor patiënten die langere residentiele behandeling nodig hebben meer omschreven doelstellingen kunnen worden geformuleerd. Belangrijke voorwaarde in deze acute aanpak is echter dat eerstelijns-ggz, spoedeisende psychiatrische hulpverlening (EPSI, UPSI, .), PAAZ en psychiatrisch ziekenhuis evolveren naar goed gesynchroniseerde verwijfsstructuren, een fenomeen dat we inderdaad snel zagen optreden na de introductie van onze PICU.

Vragen voor de toekomst

In de loop van vijf jaar werken in deze omgeving werden er in ons team een aantal thema's aangekaart die een duidelijke beleidsvisie vragen, zowel van het directe beleid in het ziekenhuis als van het indirecte overheidsbeleid, voor wat betreft de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de organisatie van het raakvlak tussen maatschappelijke, juridische en medische aspecten van een psychische crisis.

Een eerste belangrijk punt is het gebruik van dwang- en afzonderingsmaatregelen

len tijdens een psychiatrische opname. Onze PICU is onder andere gekenmerkt door een gesloten deur en bijgevolg zijn de gesprekken over vrijheidsbereping (zelfs tijdens de eerste 40 dagen van een gedwongen opname!) tussen patiënten en hulpverleners van cruciaal belang. Wij denken dat beide partijen kunnen bijdragen tot een breder overleg over deze maatregelen en hoe ze ingepast moeten worden in een "evidence based" psychiatrie en in een wettelijk kader dat meer houvast biedt (voor hulpverleners én voor patiënten/familieleden). De overheid lijkt hier best geplaatst om dit debat te modereren en besluitvorming in een later stadium in richtlijnen om te zetten.

Omdat onze acute hulpverlening meestal ontstaat uit een "samenwerking" tussen verschillende actoren zoals familie, burens, politie, justitie, advocatuur en verwijzingen vanuit andere ziekenhuizen, hebben we ook geleerd om zoveel als mogelijk te begrijpen wat vanuit deze verschillende denkkaders van ons wordt verwacht. Dit impliceert het snel organiseren en ontwikkelen van een respectvolle dialoog tussen het "medisch-psychiatrisch model" en elke andere zienswijze op het ontstaan van een psychologische crisissituatie. Dit is een erg moeilijke oefening gebleken, niet alleen omdat men zich telkens in een andere denkwijze moet kunnen inleven maar vooral omdat er verwacht wordt dat dit op een zeer snelle basis kan worden georganiseerd. We spreken hier immers over acute situaties die veel emotionele destabilisering brengen bij patiënt en omgeving. De recente initiatieven van de overheid in het ontwik-

kelen van de transformatie in de geestelijke gezondheidszorg, beschreven in artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving³, zijn hier zeer hoopgevend voor het uitbreiden van deze rol. Vooral de vierde sleutelfunctie in deze wet beschrijft mijns inziens onze rol het best.

Ten laatste stellen we ook vast – in navolging van de urgentieteam in de eenheden voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI) – dat er een dringende evaluatie van diagnostische protocollen noodzakelijk is om te kunnen beantwoorden aan deze acute indicatiestellingen bij opname. In tegenstelling tot vroegere diagnostische methoden (die stoelen op onderliggende etiologische modellen van psychiatrische ziektebeelden) zullen de nieuwe waarschijnlijk meer gericht zijn op symptoom- en/of risico-inschatting en objectivering. Hier hoort ook de vaststelling thuis dat we in ons land nog steeds niet gekomen zijn tot een op richtlijnen gebaseerde medicamenteuze aanpak van acute agitatie hoewel dit dringend nodig is. Een bewijs hiervoor is eens te meer te vinden in het buitenland (Verenigd Koninkrijk, Nederland) waar men al bezig is met het opzetten van studies om net deze aanpak meer wetenschappelijk te onderbouwen en vervolgens richtlijnen te produceren.

Wetenschappelijk engagement

Hoewel we graag zouden willen, kunnen we niet al deze zaken tegelijk op de agenda krijgen. We hopen in de volgende jaren, hier en daar geholpen door het kader van artikel 107, intensief met de beleidsmakers te kunnen over-

leggen over de eerste twee thema's. De medicamenteuze aanpak is echter iets waarmee we al kunnen beginnen en in dit kader besliste ons ziekenhuis om – in samenwerking met de NAPICU⁴, de sectie Urgentie- en Intensieve Zorgen psychiatrie van de VVP, de EPSI Sint-Jan en de crisisafdeling van het UC Kortenberg – op 18 februari 2011 een studiedag over dit thema te organiseren in Het Provinciaal Hof te Brugge. Hopelijk kunnen we hier een eerste initiatief stichten om tot diagnostische en therapeutische richtlijnen te komen in het acute segment van de geestelijke gezondheidszorg. U bent uiteraard uitgenodigd op deze studiedag!

Dr. Chris Bervoets
Psychiater
PZ Onze-Lieve-Vrouw

¹ PICU = Psychiatric Intensive Care Unit

² Beer M.D., Pereira S.M., Paton C. 2001. Psychiatric Intensive Care. Londen: Greenwich Medical Media.

³ Gemeenschappelijke verklaring over het toekomstige beleid betreffende Geestelijke Gezondheidszorg 2002 (geamendeerd in 2004): netwerken en zorgtrajecten. Artikel 11 (9ter) en 107 (97ter) van de wet op de ziekenhuizen. Zie ook www.psy107.be

⁴ NAPICU = National Association of Psychiatric Intensive Care & low secure Units (www.napicu.org.uk)



www.astrazeneca.be

AstraZeneca 

Als wereldleider van de farmaceutische industrie is het onze roeping om medicijnen te ontwikkelen die ziekten genezen en de levenskwaliteit van patiënten verbeteren op 7 therapeutische gebieden met, onder meer recente ontwikkelingen inzake borst- en longkanker en de behandeling van cholesterol of van veneuze trombooses.

Om dit doel te bereiken, geloven wij in innovatie. Bij ons krijgt innovatie niet alleen vaste vorm door grote investeringen op het vlak van R&D maar ook door het zoeken naar nieuwe ideeën die een grote vooruitgang voor de gezondheid inhouden en leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden met onze partners.

Bovendien sporen wij graag op alle vlakken aan tot creativiteit, want hoe meer goede ideeën, hoe meer onze werknemers, de spelers in de gezondheidszorg en de hele gemeenschap hier profijt uit kunnen halen.

Elke dag opnieuw zet ons devies "life inspiring ideas" ons aan om nieuwe wegen in te slaan, met als doel hechte en duurzame relaties uit te bouwen en bij te dragen aan eenieders ontplooiing.

life inspiring ideas

Ogier/Saillaguz

