

JAAR 20
VERSLAG 24

STILSTAAN IS VOORUITGAAN

WERKZAAMHEID VAN DE GROEPSPSYCHOTHERAPIE
SCHIJNWERPERS OP MAATSCHAPPELIJK WERK
TEAMWERK EN CASUÏSTIEK ONDER DE LOEP
MEDICATIEVEILIGHEID IN DIALOOG



COÖRDINATIE EN EINDREDACTIE

Magalie Mahieu

VERANTWOORDELIJK UITGEVER

Dr. Veerle De Volder

Jane Vanhaute

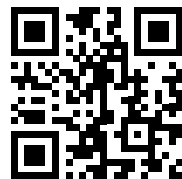
Herman Roose

Reflectie cover: "Therapie is een beetje zoals breien (en omgekeerd). Je begint met een kluwen aan gedachten en emoties en ordent die steek per steek tot een mooi geheel."

Margo zonder t, ex-patiënt paviljoen 1

www.margozondert.com

www.rustenburg.be



Ontvangt u in de toekomst liever geen jaarverslag meer?

Mail naar info@ptcrustenburg.be

VOORWOORD

Beste lezer

Dit jaarverslag dragen we op aan de vele levensverhalen die zich in Rustenburg met elkaar verweven. In ieder verhaal schuilen er keerpunten, momenten van betekenis. Het is een continu proces van ontrafelen, doorleven en doorwerken van deze verhalen. Een onvoorspelbare reis met een onduidelijke bestemming waarvan de weg essentieel is.

Samen dragen we met alle medereizigers en onze vakbekwame metgezellen datgene die alleen moeilijk te stutten is. We verdragen, verwerken en zoeken verdieping. Dit bewerken van het zelf en dit samen verkennen, vormt de kern van ons werk en is altijd in beweging.

Dit werk is slechts mogelijk als elke medewerker zich gedragen voelt. Via intervisie en vorming op disciplinair en interdisciplinair vlak creëren we hier bewust ruimte en tijd voor.

De artikels die voor u liggen, pogen bij te dragen tot het inzichtelijker maken van wat er zich in deze gedeelde ruimte van zorg ontvouwt.

We wensen u veel leesplezier,

Jane Vanhaute, directeur patiëntenzorg

Dr. Veerle De Volder, hoofdarts

VOORUITBLIK 2025

Op 12 mei 2025 blaast ons centrum zestig kaarsen uit. Van harte welkom op ons feestelijk symposium '60 jaar Rustenburg' op donderdag 15 mei met als titel 'Mens, taal en wat ertussen ligt'.

IF NOTHING GOES RIGHT, GO LEFT

De quote uit de titel hangt op ooghoogte in het bureau van Tania. Het stelt een perspectiefwijziging voor zoals ik onlangs geïllustreerd zag door een twaalfjarige zoon van een papa die in opname is. Ik had met zijn ouders afgesproken om hem rond te leiden. Zo kon hij vertellen en vragen stellen, vertrouwd raken met de nieuwe omgeving van papa. De jongen vond het eigenlijk allemaal prima. Waar het hem om ging, is dat hij zijn papa miste. Hij miste zijn papa die in de zetel lag op het moment dat hij thuiskwam van school. Dat was vertrouwd en voelde veilig. Waardevol dus. Zijn vader had het zo nog niet bekeken. Hij vond van zichzelf dat hij tijdens zijn zetelmomenten eerder niet waardevol kon bijdragen aan zijn gezin. Het ene perspectief is niet juist dan het andere. Ze staan naast elkaar en zijn het waard om verkend te worden. Wat zijn zoon aanreikte, was nieuw voor die vader, voelde goed en gaf een beetje zuurstof. De rouw met betrekking tot thema's waarvoor de vader in opname was, veranderden daardoor niet meteen. Maar misschien deed die gevoelde zuurstof wel iets bewegen waardoor iets anders minder vast komt te zitten.

"MISSCHIEN DEED DIE GEVOELDE ZUURSTOF WEL IETS BEWEGEN WAARDOOR IETS ANDERS MINDER VAST KOMT TE ZITTEN."

Zo'n momenten krijgen we op de sociale dienst dankbaar in het vizier. Het zijn momenten die naastbetrokkenen of familieleden in beeld brengen. Ook zij hebben zich, net als

de zorgvrager, ingezet in aanloop naar de opname. Het tempo van de mensen binnen en buiten Rustenburg kan nogal verschillen. Dat kan frustrerend zijn. Met de sociale dienst schreven we een familiebrochure om wie aan de zijlijn supportert erkenning en een plek te geven binnen het traject in Rustenburg.

"OP DE SOCIALE DIENST IS ER VEEL ONZICHTBAAR VAN WAT WE DOEN VÓÓR WE HET DOEN."



Op maat van de zorgvrager nodigen we de betrokkenen uit op gesprek. Een vraag van partners kan bijvoorbeeld zijn: "Kan mijn vrouw het niet gewoon loslaten zoals ik dat kan?" Er zit heel veel achter waarom dit helaas niet zo 'gewoon' kan en dat mag in gesprek van verschillende kanten belicht worden.

Joke zegt gevat: "Op de sociale dienst is er veel onzichtbaar van wat we doen vóór we het doen." In de individuele gesprekken met de zorgvrager en in de contacten met familie luisteren we naar wat op de voorgrond staat. Heeft het met familiekwetsies te maken, met dynamieken tussen gezinsleden, met huisvesting, met hoe de dag ingevuld wordt, met werkgerelateerde zaken, met inkomen, met passende hulpverlening als nazorg? Het is een werk op maat van wie zorg vraagt en samen met het team op elk paviljoen.

"If nothing goes right, go left dus? *Komt goed.*", zoals Géraldine hoopvol aanmoedigt.

Vakgroep sociale dienst

Isabel Baeke, maatschappelijk werker en systeemcounselor

Géraldine Broekaert, maatschappelijk werker, bachelor in de rechtspraktijk

Joke Devriese, maatschappelijk werker, systemisch en contextueel counselor

Tania Devlaeminck, maatschappelijk werker en integratief psychotherapeut, gestalttherapeut i.o.



Isabel



Géraldine



Joke



Tania

DE ANDER, VEHIKEL VAN HET SUBJECT



Groepstherapie in haar verschillende varianten kent een lange traditie in PTC Rustenburg, meer bepaald vanuit een psychoanalytische oriëntatie. De achterliggende logica bestaat erin dat psychische klachten en symptomen ingeschreven zijn in de geschiedenis van de patiënt. Ze ontstaan in relatie tot anderen én zijn onderhevig aan herhalingsdwang. Binnen de groepstherapie pogen we om de herhaling in verhouding tot de ander te activeren; niet om deze te bestendigen maar wel om minstens de mogelijkheid te creëren iets (be)werkbaar te maken van wat er zich op de therapievloer afspeelt.

Dit artikel richt zich op psychotherapie in groep en in het bijzonder op de vraag: wat is er werkzaam in groepspsychotherapie?

A priori is een voldoende aan veiligheid en gedragenheid een voorwaarde om überhaupt klinisch te kunnen werken in groep (en daarbuiten). Eén van de pijlers hiertoe is de strikte vereiste van discretie. Een gepaste groepshygiëne laat geen roddelcultuur toe, naast het gegeven dat discretie stamt van het latijnse 'discretum', wat 'gescheiden en onderscheiden' betekent met als afgeleide betekenissen 'eenzaam en verlaten'. Een groepssessie is een plaats die mensen samenbrengt, eventueel verenigt: men werkt er samen, men inspireert elkaar en er vindt onderlinge beïnvloeding plaats. Niet als klein radartje van de massa maar middels de vraag zich al sprekend te riskeren als particulier subject en bijgevolg een eigen parcours te gaan, in de wetenschap dat er uiteindelijk geen eenheid

te vinden valt. Het centraal uitgangspunt is immers te mikken op het verschil waarbij de eigen intimiteit als pendant fungeert van de hang naar éénstemmigheid.

"EEN GROEPSSESSIE IS EEN PLAATS DIE MENSEN
SAMENBRENGT, EVENTUEEL VERENIGT: MEN WERKT
ER SAMEN, MEN INSPIREERT ELKAAR EN ER VINDT
ONDERLINGE BEÏNVLOEDING PLAATS."

Als therapeut is het een permanente opdracht openingen te laten daar waar samenkomsten zich dreigen te sluiten vanuit het verlangen meerstemmigheid te laten klinken. Vanuit het luisteren naar de individuele stemmen, volgt de groepstherapeutische oriëntatie van psychoanalyse 'in de groep' en dus niet 'van de groep'.

De focus ligt bijgevolg niet zozeer op het interpersoonlijke, wel op het intrapsychische. Het wijd verspreide groepsmechanisme van gelijkenis of herkenning is de facto niet wat ons interesseert, in wezen is het fundamentele verschil het scharnierpunt. De kloof tussen het subject en 'de Ander' is onmogelijk te overbruggen want het is een effect van de zogeheten menselijke conditie, verwijzend naar de Lacaniaanse notie van het tekort-aan-zijn. Dit laatste zou kunnen suggereren dat de therapeutische aanpak er steeds in bestaat klassiek te werk te gaan via deconstructie, interpretatie en reconstructie. Dit zou echter compleet voorbij gaan aan de plaats die het subject van het onbewuste inneemt ten aanzien van 'het Reële' van de drift.



Omzichtigheid, het opschorten van het snelle oordeel en een grondige diagnostiek behoren eveneens tot de analytische ethiek in het zich verhouden tegenover de oorzakelijkheid van de singuliere logica. Deze kan bijgevolg ook meer gericht zijn op constructie dan op deconstructie, op subjectamplificatie dan op interpretatie.

Freud verwees in dat verband naar verschillende methodes in de schilder- en beeldhouwkunst. Aan de uitersten werkt de ene door toevoeging (*per via di porre*), de andere door wegneming (*per via de levare*). In ieder geval is het duidelijk

dat de psychoanalytische methodiek en techniek zich aan te passen heeft aan het individu en niet omgekeerd.

Tot slot komen we nog even terug op wat typisch psychoanalytisch is. Het is niet de collectiviteit van de groep die wordt nagestreefd, werkend volgens het beantwoorden aan de norm en gebaseerd op het streven naar veiligheid, integendeel het is differentiatie. Het is daar waar het analytische verlangen zich op ent, ondanks de prominente of sluipende aanwezigheid van het mechanisme van identificatie in groepsessies met verglijdingen in samenspraak of vrije discussie.

Ook in groep blijft de grondregel van de vrije associatie van toepassing. Niet het imaginaire 'Ik' maar het subject van het onbewuste moet de kans krijgen om aan het woord te komen. Onvermijdelijk botst deze vreemdsoortige scène, dit eigenaardig speelveld op weerstanden onder groepsleden... misschien nog het meest langs de kant van de therapeut! Des te meer met de vele ogen op zich gericht, is het voor de analyticus niet zonder verschrikking om zich schijnbaar op de achtergrond te houden; om zich aanwezig 'afwezig' te stellen en de plaats van het pivoterend punt in te nemen waarlangs het spreken en de overdracht van groepsleden verschijnen kan.

Seppe Jacobs, beleidspsycholoog postkuur



REFLECTIE BIJ DE ILLUSTRATIE: "DOORHEEN MIJN OPNAME KEEK IK TERUG OP DIEPERE LAGEN EN OUDERE VERSIES VAN MEZELF. MET DE HULP VAN HET TEAM KON IK GRAVEN NAAR MIJN KERN."

Margo zonder t, ex-patiënt paviljoen 1



VAN HERHALING NAAR INZICHT, WAT DE ANALYSE VAN MEDICATIE-INCIDENTEN ONS LEERT



Bijna-incidenten rond medicatie zijn een realiteit in elke zorgomgeving en ook bij ons komen ze geregeld voor. We beschouwen ze als waardevolle leermomenten; want wat zich herhaalt, vraagt om inzicht. Daarom kijken we verder dan alleen naar de incidenten zelf maar ook naar de patronen erachter. Onze recente analyse laat zien dat medicatieveiligheid niet alleen afhangt van protocollen en controles, maar ook van gewoontes, communicatie en de manier waarop we samenwerken.

"MEDICATIEVEILIGHEID VRAAGT NIET ALLEEN OM
CONTROLE MAAR OOK OM EEN DIALOOG OVER HOE WE
ALS TEAM TOT DE BEST MOGELIJKE ZORG KOMEN."

Hoewel er in Rustenburg nauwelijks medicatie-incidenten zijn met directe impact op de patiënt, signaleren we geregeld bijna-incidenten. Dit zijn momenten waarop iets in het proces misloopt maar het nog op tijd wordt opgemerkt. Vaak gaat het om verwarring rond de medicatiemodule in het patiëntendossier of kleine misverstanden in de overdracht tussen verpleegkundigen en artsen of uitdagingen in de begeleiding van patiënten bij het eigen beheer van hun medicatie. Deze incidenten vragen niet alleen om praktische aanpassingen, zoals de optimalisatie van de vernieuwde medicatiekasten, maar ook om een bredere bewustwording van hoe vertrouwde routines het proces beïnvloeden.

Een opvallend aandachtspunt is de mate waarin collega's elkaar durven aanspreken op goede en minder goede praktijken. In een centrum waar de focus sterk op de patiënt ligt en samenwerking op vertrouwen gebaseerd is, blijkt dit niet vanzelfsprekend. Toch is het cruciaal om een open cultuur te creëren waarin twijfel, correctie en reflectie niet als kritiek worden gezien, maar als onderdeel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Medicatieveiligheid vraagt immers niet alleen om controle, maar ook om een dialoog over hoe we als team tot de best mogelijke zorg komen.

Daarnaast speelt de vraag rond eigen medicatiebeheer door patiënten een belangrijke rol.

In ons centrum streven we naar participatie en autonomie, wat betekent dat patiënten zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid opnemen. Dit brengt echter uitdagingen met zich mee: hoe vinden we de balans tussen vrijheid en veiligheid? Sommige medicatie vereist strikte inname om een stabiele therapeutische spiegel te waarborgen, andere laat meer flexibiliteit toe. Dit vraagt van verpleegkundigen een voortdurende afweging: wanneer laten we los en wanneer grijpen we in? Het is een gesprek dat we voeren met patiënten, maar ook in overleg met artsen, steeds met de vraag hoe we hen het best kunnen ondersteunen zonder paternalisme.



Medicatieveiligheid is geen statisch gegeven, maar een proces van voortdurende verfijning. Door herhaling te herkennen en bespreekbaar te maken, werken we aan een cultuur waarin inzicht, verantwoordelijkheid en samenwerking centraal staan. We kiezen bewust niet voor de gemakkelijkste weg, wel voor een manier van werken waarin veiligheid en autonomie hand in hand gaan.

*Pieter-Jan Simoen, stafmedewerker Kwaliteit
Koen Dupont, stafmedewerker facilitair coördinator
Jotte Willem, verpleegkundig specialist*

INTERVISIE EN SUPERVISIE IN RUSTENBURG



Het werk in instellingen gebeurt grotendeels in teamverband. *Intervisie* is bedoeld om dit klinisch werk in/en het teamwerk te ondervragen en te onderzoeken.

Vooreerst is intervisie geen groepstherapie. De invalshoek is steeds het werk met patiënten!

Essentieel is dat de intervisor een buitenstaander is: deze werkt niet in de instelling, heeft geen contact met de patiënten, neemt niet deel aan de vergaderingen. Deze neemt de positie in van onwetend, verwonderd, diegene die niet begrijpt. Hierdoor krijg je een ander spreken, dat minder intern is omdat iets moet uitgelegd worden aan iemand die erbuiten staat.

Als buitenstaander is het ook gemakkelijker bepaalde groepsfenomenen te bevragen en te helpen doorbreken zoals identificaties, aan elkaar klitten en teveel wederzijds begrip. Wat te verbindend en groepsvormend en dus soms als comfortabel wordt gevoeld, dreigt immers een ondervraging te belemmeren. De intervisie richt zich dus vooreerst op het doorbreken en bevragen van deze identificaties.

Een team en teamleden hebben elk hun expliciete/ impliciete theorie, hun visies vanuit opleidingen, hun afdelingen alsook hun persoonlijke normen, waarden en drijfveren ('blinde vlekken') die ook via intervisie geëxpliciteerd en geëxploreerd kunnen worden.

De intervisie vertrekt niet van een vooraf bepaald thema of onderwerp maar trekt een onderling spreken op gang over wat werkt en niet werkt in het klinisch werk met patiënten. Het doel: de dagelijkse praktijk en samenwerking met patiënten en collega's bevorderen.

"INTERVISIE STAAT OOK TEN DIENSTE VAN DE
ZWAARTE VAN HET WERK EN HET VOLHOUDEN ERVAN.
ALSOOK IN STAAT TE ZIJN EN TE BLIJVEN OM HET
LIJDEN VAN DE PATIËNT MEE TE DRAGEN"

Er is ook ruimte voor de grenzen van het moeilijke, het soms inherent onmogelijke van de kliniek, voor het eigen lijden en het spreken over de eigen positie. Intervisie staat dus ook ten dienste van de zwaarte van het werk en het volhouden ervan, alsook in staat te zijn en te blijven



om het lijden van de patiënt mee te dragen. Teamleden kunnen aanvoelen of aangemoedigd worden om ook individueel elders te gaan spreken, al dan niet in de vorm van een eigen analyse.

De intervisor zorgt ervoor dat het spreken circuleert, d.w.z. dat iedereen aan bod komt, dat het werk fris en dynamisch blijft. Veiligheid om te spreken, waarbij men zich immers 'riskeert', wordt geboden door afwezigheid van oordelen over het werk en door het kader; er is een vaste frequentie en tijdsduur, er is geen verslaggeving.

Niet minder belangrijk dan intervisie, misschien zelfs integendeel, is *supervisie*. Het doel van supervisie is controle op casuïstiek met het ophelderen van 'de logica van het subject' waarbij de analytische concepten van overdracht, herhaling, onbewuste en drift richtinggevend zijn. Ook hier is een extern supervisor de logische keuze, waarbij deze zich evenzeer als niet-wetend opstelt en komt samen spreken en samen werken rond een casus. In tegenstelling tot intervisie is bij supervisie de act van het schrijven wél relevant: als startpunt schrijft een teamlid over de casus met eigen vragen/interpretaties t.a.v. het subject waarna het team ook spreekt over het werk met het subject. Verslaggeving nadien met bepaalde conclusies is hopelijk oriënterend in de diagnostiek en behandeling.

*Dr. Veerle De Volder, hoofdarts en psychiater
Mede geïnspireerd door Dries Roelandts en Seppe Jacobs*

2024 IN EEN OOGWENK



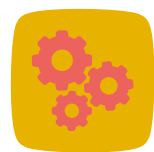
3 psychiaters



2 huisartsen



76 medewerkers zorg



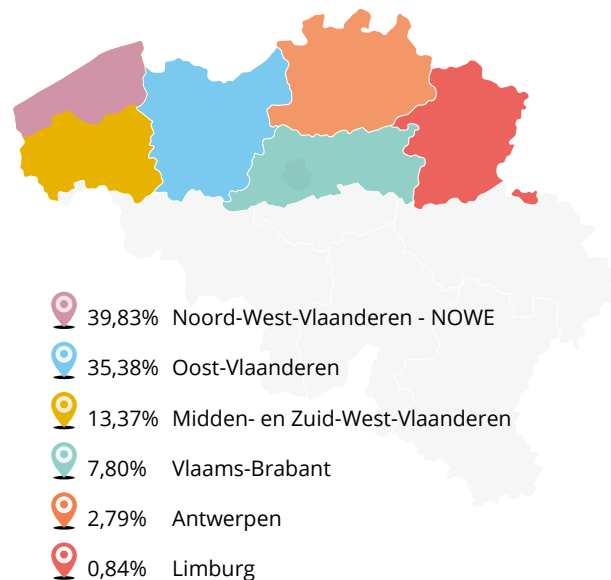
29 medewerkers ondersteunende diensten



5 vakgroepen*

* Verpleegkunde, PMT, Creatieve therapie, Sociale dienst, Psychologie

De herkomst van de patiënten



Aantal uur vorming



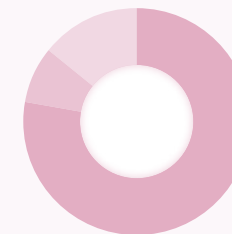
Totaal aantal uren intervisie/supervisie 2024



Ervaringen patiënten

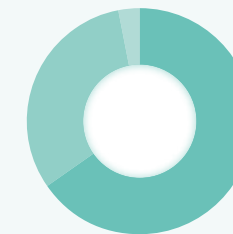
Ik kan meebeslissen over het einde van mijn behandeling.

Ja: 78%
Nee: 8%
Niet ingevuld: 14%



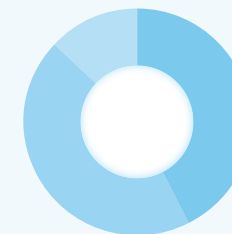
Mijn hulpverleners respecteren mij.

Altijd: 66%
Meestal: 32%
Soms: 3%
Nooit: 0%
Niet ingevuld: 0%



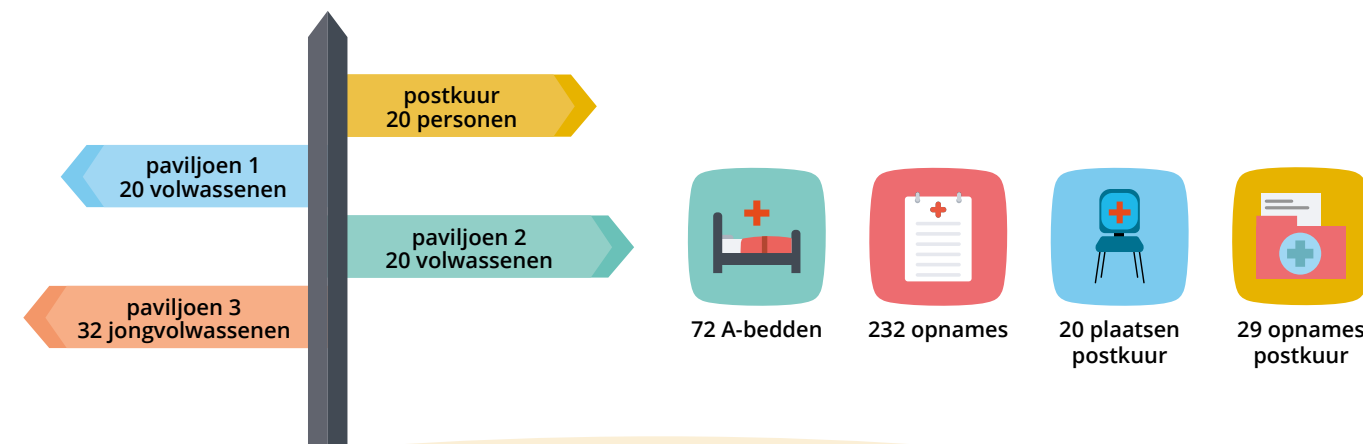
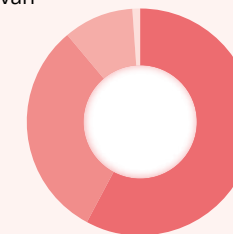
Ik heb vertrouwen in mijn hulpverleners.

Altijd: 43%
Meestal: 45%
Soms: 13%
Nooit: 0%
Niet ingevuld: 0%



Mijn hulpverleners kijken naar mijn persoon in zijn geheel in plaats van alleen naar mijn problemen.

Altijd: 58%
Meestal: 31%
Soms: 10%
Nooit: 0%
Niet ingevuld: 1%





Volg PTC Rustenburg



Waggelwaterstraat 2 • 8000 Brugge

www.rustenburg.be

info@ptcrustenburg.be • 050 31 81 65

PTC Rustenburg maakt deel uit van vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu' die volgende voorzieningen beheert

- Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelievevrouw, **Brugge**
- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart, **Ieper**
- Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg, **Brugge**
- Psychiatrisch Verzorgingstehuis De Brugghe, **Brugge**
- Psychiatrisch Verzorgingstehuis Het Tempelhof, **Ieper**
- Centrum voor Psychische Revalidatie Inghelburch, **Brugge**
- Centrum voor Psychische Revalidatie Hedera, **Ieper**