



PSYCHIATRISCH CENTRUM
ZOETE NOOD GODS

Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor: Lede - Trimestrieeel - juli 2007

Stichter Petrus Jozef Triest vandaag

We blikken dit jaar 200 jaar terug naar het prille begin van de Broeders van Liefde. Petrus Jozef Triest, de stichter van de jarige congregatie, was op zoek naar enkele deugdzame jonge mannen om in de Gentse Bijloke te zorgen voor de behoeftige ouderlingen. Hij wilde er een nieuwe kloostergemeenschap uit laten groeien. De Commissie der Godshuizen (wat we nu kennen als OCMW) aanvaardde dit plan, en op 28 december 1807 kwamen de eerste drie jongemannen aan in de Bijloke. Met vallen en opstaan ontstond hier de eerste gemeenschap van 'broeders Hospitalieren van de H. Vincentius', hun eerste naam, zoals vermeld in de eerste constituties van 1808 en 1809. In de volksmond sprak men al gauw van de 'broeders van liefde', en dat is dan ook hun officiële naam geworden.

Hun eerste opdracht was 'oude en zieke mannen te verzorgen en ander liefdewerk te verrichten ten dienste van arme en ellendige mensen. Daarom zijn ze tot het religieuze leven geroepen, en in navolging van de H. Vincentius à Paulo moeten ze de ootmoedigheid, de zachtmoedigheid, het geduld, de matigheid, de gehoorzaamheid, de zuiverheid,

de liefde voor de armen en bovenal de liefde tot God nastreven.' Na een moeizame start kon de nieuwe congregatie vanaf 1810 definitief van start gaan.

In 1833 schreef de stichter enkele sterke teksten over het dienen van de zieken. Ze blijven tot op vandaag hun waarde behouden en willen ons gemeenschappelijk verlangen naar barmhartigheid wekken. De dienst aan de zieken ziet hij nooit zonder zijn evangelische en Vincentiaanse kern: "*Het dienen van de zieken is een achtingswaardige roeping; door deze dienst word je medehelpers en dienaren van de voorzienigheid van God die Hij heeft over de zieken. Tevens moet je beseffen dat het Jezus Christus zelf is die je in de zieken dient; Hij is het die alle hulp ontvangt die je door jouw handen besteed aan zijn ledematen.*" Bij Vincentius à Paulo, patroon van de caritas, gaat het erom de zieken of de armen te dienen met de liefde van Christus. Het is treden in Jezus' voetspoor, én in de armen de persoon van Christus leren zien en beminnen, want 'al wat je gedaan hebt voor één van deze geringen, heb je voor Mij gedaan', aldus Jezus.

Vervolg op p. 2 >

Rubrieken

Stichter Petrus Jozef Triest vandaag	1
Preventie en behandeling van alcoholproblemen via het internet	3
Medische dringende hulpverlening	4
Het Psychiatrisch Centrum stelt zijn agressiepreventie en -beheersingsbeleid voor	5
Rugpijn in cijfers	7
ICE In Case of Emergency	8
Discussieforum voor coördinatoren beschut wonen via internet	8
Even gluren achter die muren...	9
Het kwaliteitsbeleid in 2007: een stand van zaken	10
Gelovigen zijn gelukkiger!	11



(vervolg van p. 1)

Vader Triest was een gelovig man, bij wie Gods liefde vlees en bloed kreeg in het leven van elke dag. Dat was zijn geheim dat hem bijzondere krachten gaf om heel ver te gaan, zelfs de redelijkheid voorbij. De liefde was zijn motivatie: 'als ik de liefde niet heb, ben ik niets', zegt Paulus: "We zullen naar de zieken gaan met een ootmoedige eerbied door in hen Jezus zelf te zien die lijdt in hen. Indien bepaalde zieken ons zouden afschrikken, moeten we dat sterk geloof in het werk zetten door Jezus zelf te zien. Met de ogen van het geloof zullen we de zieken met ijver en vurigheid dienen. Het is waar dat mensen een ingeboren afkeer hebben om dit werk te doen. Maar de liefde moet de plaats innemen van de natuur; het is de liefde die ons kracht moet geven om het verdriet, de afkeer en de ongerustheid te verdrijven. Liefde geeft krachten die de natuur niet kan geven. Onze liefde moet oprecht zijn en zonder geveinsdheid; onze genegenheid moet vol zijn van waarachtige broederlijke tederheid en we moeten de zieken eerbiedig dienen. Onze zorgvuldigheid moet eindeloos zijn, altijd indachtig dat we de Heer zelf dienen. We moeten onze dienst vervullen met blijdschap, met geduld en met een groot hart. Het is door deze geest van liefde dat we met blijdschap de zieken zullen dienen, hen in alles helpen, troosten en hun pijnen verlichten zodat ze werkelijk geloven dat ze door ons gediend worden uit de grond van ons hart en met een waarachtige ijver."

Naast eerbied en blijdschap, gaf Triest zijn broeders nog enkele belangrijke waarden of deugden mee, om zoals wij het nu zouden zeggen, 'vanuit een liefdevolle grondhouding en met professionaliteit accurate antwoorden proberen te geven op concrete noodsituaties'. Niet klagen en geduldig zijn, bijvoorbeeld: "Bij alle moeilijkheden die ons overkomen mogen wij niet klagen, want hierdoor

verliezen we ons geduld."

En ootmoed en zachtmoedigheid: "De ootmoed is de mooiste en aangenaamste deugd die in een religieuze kan gevonden worden. Hiermee worden we gelijk aan Gods Zoon die de natuur van een slaaf heeft aangenomen om zich te vernederen; Hij is gekomen om te dienen en Hij heeft zelfs zijn leven gegeven voor onze verlossing. Zo zal de liefde voor de ootmoed ons het geringste doen liefhebben en ons ook onszelf laten verachten in de ogen van de wereld. De zachtmoedigheid is de afstraling van de ootmoed. Het komt de religieuzen toe de arme mensen te dienen zoals Christus ons heeft voorgedaan." Ootmoed is een bijzondere vorm van nederigheid, waarbij de mens zijn juiste plaats weet en niet streeft naar wat hem overstijgt. De ootmoedige mens is tevreden met wat hij heeft en wie hij is: hij leeft in vrede en bezit de vrede diep in zijn hart. Wie zachtmoedig is, heeft geduld met zichzelf en de eigen onvolkomenheden, kan zichzelf relativeren, heeft geduld met pijnlijke condities die hem te beurt vallen, plaatst alles in de juiste proportie, en heeft geduld met de mensen met wie hij te doen heeft en die nu éénmaal zijn zoals ze zijn. Ook het holistisch denken was de stichter niet vreemd: "We moeten niet alleen zorgen voor de lichamelijke zieken, maar eveneens voor hun geestelijk welzijn. Het is juist de bedoeling van de kloosterstichters dat de religieuzen via de lichamelijke hulp het zielenleven van de zieken zouden dienen. Door het voorleven van de deugden zullen ze de zieken aanmoedigen zelf deugdzaam te leven."

Petrus Jozef Triest was een man van grote actie, maar tegelijk ook een man van intens gebed. Triest is ons vandaag tot voorbeeld wanneer we in de drukte van het bestaan denken zonder gebed verder te kunnen. Zalig de mens die leeft uit de genade en die zijn werk vruchtbaar laat inspireren door te ver-

wijlen bij de Heer. Ons werk is pas vruchtbaar in de mate dat dit werk zijn wortels heeft in een biddende liefdesrelatie met de Heer. Het gebed is de oriëntatie van waaruit we ons werk verrichten. "Indien zij op eigen krachten willen steunen, bedriegen zij zichzelf, want God zal zijn hand van hen aftrekken en dan zullen ze krachteloos worden. Maar door het gebed zullen ze alle middelen krijgen die ze nodig hebben om de zieken goed te dienen, om zichzelf te heiligen, om hun medemens met hun goed voorbeeld te stichten."

Vandaag zijn de Broeders van Liefde verspreid over 25 landen in de vier continenten. Overal proberen de ruim 600 Broeders van Liefde, samen met meer dan 15 000 medewerkers en een 70-tal aangesloten leden, hun charisma te beleven in de Kerk en in de wereld door getuige te zijn van Gods liefde en door deze cultuur van liefde te verspreiden, bij voorkeur op plaatsen waar deze liefde afwezig is. De Missie zegt het zo: 'We willen de kwaliteit van het leven verbeteren en een bijdrage leveren tot een meer humane samenleving waar ook ruimte is voor armen en zwakken. Met dit onvoorwaardelijke engagement hopen we dat allen die we op onze weg ontmoeten een glimp van Gods liefde opvangen en in hun leven verrijzenisvreugde ervaren.' Ook na 200 jaar blijven de Broeders van Liefde in liefde bewogen vanuit hun leuze 'God is Liefde – Deus Caritas Est'.

Rik De Coninck



"Ook na 200 jaar blijven de Broeders van Liefde in liefde bewogen vanuit hun leuze 'God is liefde – Deus Caritas Est.'"

Preventie en behandeling van alcoholproblemen via het internet

In België hebben op dit ogenblik ongeveer vijf miljoen mensen toegang tot het World Wide Web. Het enorme bereik en het anonieme en laagdrempelige karakter van het internet hebben geleid tot een aantal nieuwe toepassingen in de alcoholgerelateerde gezondheidszorg. Een eerste toepassing is het gebruik van online screeningsinstrumenten. Zo zijn op het internet sites te vinden die helpen een inschatting te maken van je eigen alcoholgebruik. Een stap verder zijn websites waar je naast screening ook tips en/of advies krijgt. Meestal worden deze tips geformuleerd na het doorlopen van een aantal logaritmes. Op één website zit er daadwerkelijk een hulpverlener aan de andere kant die meehelpt om een begeleidingstraject uit te stippelen. Deze online behandelingen vallen onder de noemer 'brief interventions'.

Drinktest

Het Nederlandse Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering heeft een snel en eenvoudig screeningsinstrument www.drinktest.nl voor een algemeen publiek. Aan de hand van een aantal vraagjes in dertien stappen krijg je inzicht op je alcoholgebruik en de effecten op de verschillende levensgebieden. De drinktest schaft op basis van je antwoorden ook informatie en tips.

Minderdrinken

Het Trimbos-instituut beheert een website (www.minderdrinken.nl) die eerder bedoeld is voor de riskante en/of problematische drinker. Minderdrinken is een zelfhulpprogramma om te verminderen of stoppen met drinken.

Minderdrinken werkt met een beveiligd login-ID en het is de bedoeling dat de surfer gedurende een aantal weken geregeld terugsurft naar de site.

Recent onderzoek heeft aangetoond dat zowel de Drinktest als Minderdrinken effectief zijn in het verminderen van de alcoholconsumptie.

Alcohol de baas

Bij Tactus, een Nederlandse hulpverleningsinstelling, wordt er een begeleidingstraject (www.alcoholdebaas.nl) uitgestippeld door een hulpverlener.

Er zijn heel wat Engelstalige sites die gelijkaardige ondersteuning bieden.

Op www.alcoholscreening.org en notes.comh.net/efeed/feedback vind je eenvoudige screeningsinstrumenten.

Tenslotte willen we hier toch ook nog even verwijzen naar de site van VAD, de vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. VAD overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond de thematiek van alcohol, illegale drugs, psychoactieve geneesmiddelen en gokken. Deze site is bedoeld voor professionals. Onder de noemer Alcohol, bekijk het eens nuchter (www.bekijk-heteensnuchter.be) worden verschillende campagnes ontwikkeld. Elke campagne richt zich tot een specifieke doelgroep.

A cool world (www.acoolworld.be), voor 10- tot 15-jarigen; Gratis Drank (www.gratisdrank.be) voor 16- tot 25-jarigen; Boodschap in een fles (www.boodschapineenfles.be) voor

volwassenen en voor partners van probleemdrinkers.

Voor kinderen van ouders met een alcoholprobleem is er nu ook de site www.alsjeoudersdrinken.be.

Het weze duidelijk dat deze websites de professionele face-to-face hulpverlening niet kunnen vervangen doch wel een goede (laagdrempelige) aanvulling kunnen betekenen bij het huidige hulpverleningsaanbod.

Marc Vandergraesen



“Recent onderzoek heeft aangetoond dat zowel de Drinktest als Minderdrinken effectief zijn in het verminderen van de alcoholconsumptie.”



Medische dringende hulpverlening

“Reanimatietechnieken worden bijna jaarlijks bijgestuurd. Het wetenschappelijk onderzoek naar reanimatie blijft evolueren.”

Jaarlijks worden alle personeelsleden van het departement patiëntenzorg uitgenodigd om een bijscholing over medisch dringende hulpverlening (MDH) te volgen. Hier worden onder meer de basisreanimatie, de technieken bij verstikkingsproblemen en epilepsieaanvallen en de procedure die we binnen het psychiatrisch centrum volgen bij dringende medische noodgevallen behandeld. Voor de meeste personeelsleden is dit gekende materie. Anderzijds staat de wetenschap niet stil: technieken blijven evolueren. Bovendien worden dingen die we slechts sporadisch doen snel vergeten.

Het onderzoek naar de meest efficiënte reanimatietechniek staat niet stil. Gelukkig maar. Zo illustreert de volgende evolutieschets.

De **geselingmethode**, die dateert van vóór de geboorte van Christus, bestond erin het slachtoffer te slaan met alles wat in de buurt te vinden was.



De **anale methode** (16^e E) bestond erin lucht in longen en aars te blazen (foto 2). Ook een blaasbalg werd hiervoor gehanteerd. De blaasbalg is trouwens de voorloper van de blaasballon. Vaak werden de longen kapot geblazen en overleefde de patiënt de behandeling niet.



Bij de **tonmethode** liet men een drenkeling met de buik op een ton rollen. De rollende beweging zou de ademhaling op gang helpen. Diepgaande wetenschappelijke kennis ontbrak hier nog (foto 3).



In de 19^e eeuw introduceerde men manuele compressies op de borstkas. Deze techniek bleef razendsnel evolueren. Zuivere zuurstof werd ingevoerd, drukgestuurde en volumegestuurde regelaars volgden mekaar op. Sinds kort verscheen de semi-automatische externe defibrillator op de markt. Bij een hartstilstand bepaalt dit toestel of een schok nodig is en informeert het de hulpverlener dat een schok gegeven moet worden door een knop in te drukken. De shock moet ervoor zorgen dat de fibrillatie stopt. Als de hartspiervezels synchroon samentrekken, heeft het hart terug pompwerking.



Ook ons psychiatrisch centrum heeft oog voor medische noodgevallen. In 2002 verzorgde Dhr. Etienne Vanden Stock samen met enkele docenten van de hogeschool uit Aalst een grootschalige bijscholing over medisch dringende hulpverlening voor alle personeelsleden van het ziekenhuis. Eén jaar

later startte het ziekenhuis met een interne bijscholing rond MDH onder leiding van Mevr. Magda Borms. Er bleek nood aan herhaling van deze materie. Reanimatietechnieken worden bijna jaarlijks bijgestuurd. Het wetenschappelijk onderzoek naar reanimatie blijft evolueren. En wanneer zich een dringend voorval voordoet, is er geen tijd voor aarzeling over toe te passen handelingen en te volgen procedures. Vandaag is de fakkel van de MDH doorgegeven aan de bewegingstherapeuten Dhr. Vincent Verbeke en Mevr. Ingrid Vermaut.

Om de bijscholing aan te passen aan de specifieke noden van het ziekenhuis werd een rondvraag gedaan bij de afdelingshoofden. In ons psychiatrisch centrum doen zich voornamelijk verstikkingsproblemen en epilepsieaanvallen voor. Deze thema's worden dan ook uitgebreid behandeld tijdens de cursus. We proberen de verschillende technieken zoveel mogelijk in te oefenen zodat ze een automatisme worden.

De voorjaarsbijscholingen zijn inmiddels achter de rug, maar in het najaar worden opnieuw bijscholingsessies georganiseerd. Elke dinsdag van 9.00 tot 10.00, telkens in de fitnesszaal. Inschrijven kan via e-mail bij Dhr. Koen Van Wauwe.

Ingrid Vermaut



Het Psychiatrisch Centrum stelt zijn agressiepreventie en – beheersingsbeleid voor

Vele jaren werd het voorkomen van agressief gedrag binnen de psychiatrie beschouwd als 'het hoort er nu éénmaal bij'. Enerzijds is deze uitspraak terecht. Dagdagelijkse contacten met psychiatrische patiënten leert ons dat we vaak mensen ontmoeten die – getekend door het psychische lijden – het moeilijk hebben om hun emoties te kanaliseren. Wanneer zij dan, tijdens hun behandeling/verblijf bijkomende tegenslagen dienen te verwerken, wordt het hun soms ook wel eens te machtig. Om hun belevingswereld dan kracht bij te zetten, valt men soms terug op verbaal en/of fysiek agressief gedrag.

Anderzijds betekent dit ook niet dat we dit gedrag zomaar moeten laten gebeuren of – in het andere uiterste – patiënten moeten uitsluiten omdat ze juist in de knoop liggen met hun emoties. Wie zal dan nog zorg voor hun dragen?

Nee, we zijn ervan overtuigd dat we deze thematiek kunnen managen en geloven dat we door een procesmatige aanpak, een systematisch, goed uitgewerkt agressiepreventie en -beheersingsbeleid een antwoord kunnen bieden waardoor elke medewerker zich gesteund en gedragen mag weten in de uitoefening van zijn opdracht.

Binnen het Psychiatrisch Centrum Zoete Nood Gods staat dan ook het vóórkomen van agressie hoog op de agenda van zowel de directie als van de werknemersafvaardiging.

In dit artikel wensen we dan ook even stil te staan bij het thans gevoerde agressiepreventie en -beheersingsbeleid. In het eerste gedeelte staan we stil bij de structuren die nu reeds zijn uitgebouwd. In een tweede gedeelte geven we aandacht aan het agressiepreventie en -beheersingsbeleid. In het bijzonder gaan we nader in op de 'toekomstige' acties die we wensen te ondernemen.

Preventie van agressie: structureel verankerd in de organisatie

Ondanks dat het een verantwoordelijkheid is van éénieder om rond deze thematiek opmerkzaam te zijn en te communiceren, wordt deze thematiek nauwelatend opgevolgd binnen 3 organen/werkgroepen. In de eerste plaats vermelden we hier het CPBW. In dit wettelijk orgaan – paritair samengesteld uit de werkgevers- en werknemersafvaardiging – worden systematisch de arbeidsongevallen besproken, worden jaarlijks de resultaten van risico-analyse geëvalueerd, wordt

er een terugkoppeling gedaan van het gevoerde veiligheidsbeleid, etc. Daarnaast zijn er ook 2 organen specifiek opgericht omtrent het thema 'agressie': de werkgroep agressiebeheersing en de stuurgroep agressiepreventie en -beheersingsbeleid.

De werkgroep agressiebeheersing – samengesteld uit de vertegenwoordigers van diverse afdelingen en de referentiepersonen mevr. Lieve De Vos en dhr. Steven De Saedeleer – komt een vijftal keer per jaar samen en heeft voornamelijk twee opdrachten: vooreerst heeft zij de opdracht een vinger aan de pols te houden'. Dit doet men door het uitwisselen van ervaringen, het toetsen of bepaalde afspraken werden opgevolgd, feedback geven omtrent het vormingsaanbod, ...

Daarnaast heeft deze werkgroep ook een beleidsadviserende opdracht: visieteksten in het omgaan met agressie worden doorgenomen, het vormingsaanbod wordt overlopen, het agressiepreventie en -beheersingsbeleid wordt voorbereid en – na goedkeuring in de stuurgroep – opgevolgd, etc. Het is bijvoorbeeld ook in deze werkgroep dat er een eerste analyse wordt gedaan van de registratie van de agressie-incidenten.

Daarnaast bestaat er de stuurgroep. In deze stuurgroep – voorgezeten door de algemeen directeur – die minstens tweemaal per jaar samenkomt, wordt het beleid bepaald en ook de beleidsbeslissingen geëvalueerd. Zo werd recentelijk het agressiepreventie en -beheersingsbeleid voor 2007-2008 vastgelegd. Onderstaand vindt u de belangrijkste beleidsdoelstellingen kort weergegeven.

Belangrijkste doelstellingen binnen het agressiepreventie en -beheersingsbeleid.

Binnen het beleid wensen we de aandacht te leggen op zowel de primaire, secundaire als tertiaire preventie. Met primaire preventie bedoelen we dat we een aantal acties zullen ondernemen om het voorkomen van agressie-incidenten binnen de voorziening te beperken. We trekken hierbij ten volle de kaart van de vorming. We zijn er immers van overtuigd dat – wanneer we de nodige handvatten gekregen hebben om met de belevingswereld van de patiënt om te gaan, we in staat kunnen zijn om een aantal destructieve gedachten/emoties/gedragingen te kanaliseren. Ons doel is dan ook dat – op termijn – alle medewerkers

“Vele jaren werd het voorkomen van agressief gedrag binnen de psychiatrie beschouwd als het hoort er nu éénmaal bij.”

“Agressie is geen probleem van/voor diegene die ermee geconfronteerd wordt maar van elkeen die betrokken is bij de begeleiding/behandeling van de patiënt.”

een vorming gekregen hebben en dat de kennis/vaardigheden systematisch onderhouden blijven. Om dit te kunnen realiseren, wordt momenteel de interne trainersequipe uitgebreid en dit van 2 naar 6 personen. Binnen afzienbare tijd zal het aantal aangeboden interne vormingen dan ook gestaag toenemen. Daarnaast zullen de medewerkers bevroegd worden naar de specifieke vorming/opleiding die zij al of niet genoten hebben omtrent agressie. Dit moet ons in staat stellen om een realistisch vormingsbeleid te kunnen uittekenen voor de komende jaren.

Een andere actie die reeds loopt, is het systematisch terugkoppelen van de gegevens van de steekproefregistratie naar de stuurgroepleden van de afdelingen. Naast het terugkoppelen van cijfers omtrent o.a. het aantal incidenten, de plaats van de incidenten, de oorzaken en vormen van agressie, ... wordt er ook aan de stuurgroep gevraagd om bepaalde elementen nader te bekijken en een actieplan op te zetten. Bedoeling is om door het opzetten van doelgerichte acties – bijvoorbeeld het aanpassen van een behandelingsprogramma voor een bepaalde doelgroep – het aantal incidenten te doen dalen. We zijn er immers van overtuigd dat agressief gedrag de aandacht vraagt van alle teamleden van een afdeling en dat deze thematiek ook interdisciplinair dient benaderd te worden. Agressie is geen probleem van/voor diegene die ermee geconfronteerd wordt maar van elkeen die op de één of andere manier betrokken is bij de begeleiding/behandeling van de patiënt.

Wat de secundaire preventie betreft (wat te doen bij agressie ondanks alle preventie maatregelen) wordt er o.a. een verdere uitbreiding gerealiseerd van het aantal personenalarmtoestellen. Dit moet het personeel in staat stellen om sneller alarm te kunnen geven in escalerende situaties en kunnen meerdere afdelingen de oproep beantwoorden. Daarnaast zal er binnen de vorming ook meer aandacht

gaan naar de deskundigheidsbevordering bij het interveniëren bij agressie-incidenten, zal het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het centrum getoetst worden aan een aantal referentiekaders, zal zowel de continue registratie als de steekproefregistratie van de agressie-incidenten verder behouden blijven, ...

Al deze acties dienen ertoe te leiden dat we een goed zicht blijven hebben op de gebeurtenissen zodanig dat de nodige bijsturingen tijdig kunnen gebeuren.

Voor wat de tertiaire preventie betreft, wensen we de opvang en begeleiding van slachtoffer en dader nader uit te werken. Bijzondere aandacht zal hierbij gaan naar het optimaliseren van de opvang. Hiertoe zullen bepaalde leidinggevenden/medewerkers de nodige vorming krijgen. Verder zal er ook nagedacht worden over hoe de ‘geschonden’ relatie patiënt/hulpverlener kan hersteld worden tot een therapeutische werkrelatie.

Besluitend

Binnen het PC Zoete Nood Gods krijgt het agressiepreventie –en beheersingsbeleid concreet vorm. Structuren zijn opgezet en activiteiten vooropgesteld. Wij geloven dat deze benadering een wezenlijke bijdrage kan leveren aan enerzijds het subjectief gevoel van veiligheid voor iedere medewerker en anderzijds de ruimte biedt aan de patiënt om ten volle stil te kunnen staan bij zijn gevoelens van onmacht en ontredning. Zo kan hij zijn eerste stap zetten naar genezing.

Koen Van Wauwe



Zal ik jou ook 'es wat verkopen?



Rugpijn in cijfers

8 op 10 personen klaagt wel eens van rugpijn.
50% herstelt binnen een week.
95% herstelt binnen 3 maanden.
2 tot 7% wordt chronisch.
50 tot 80% hervalt binnen het jaar.
Piekt tussen 25 en 45 jaar.
90 tot 95% is de oorzaak mechanisch (tussenwervelschijf, ligamenten, gewrichten of spieren).

Oorzaak: te weinig, te veel of verkeerd bewegen.

De grote boosdoeners van mechanische rugpijn zijn te weinig of juist te veel fysieke activiteit. In het eerste geval zijn een overwegend zittend leven en een slechte fysieke conditie belangrijke factoren. In de auto, aan het bureau, aan tafel zitten we voorovergebogen. 's Avonds zakken we languit weg voor de TV, ontspannend misschien, maar slecht voor de rug. De spieren verslappen, de stabiliteit van de gewrichten neemt af. Door een bruske beweging of een zware inspanning kan de rug plots onder zware druk komen te staan, met schade als gevolg. Ook het kraakbeen waaruit de tussenwervelschijven zijn gebouwd, is voor zijn stofwisseling afhankelijk van het sponsmechanisme, waarbij water wordt opgezogen en uitgeperst. Dit werkt alleen maar goed wanneer er druk op het kraakbeen wordt uitgeoefend en die druk voldoende wisselt. Te weinig lichaamsbeweging is dus ongunstig voor de rug.

In het tweede geval is vooral herhaalde blootstelling aan zware en verkeerde bewegingen nefast. Traditioneel wordt het tillen van patiënten als het kritieke punt beschouwd. Een niet te onderschatten belasting voor de rug is echter ook de statische belasting. Voorbeelden hiervan zijn het langdurig voorover gebukt en gedraaid staan bij het wassen van patiënten op een te laag bed, het geven van wondverzorging, droogleggen van patiënten tijdens de nachtdienst. Hoe vaker die extreme bewegingen herhaald worden, hoe groter de kans op schade.

Het is dus zoeken naar een gedoseerde activiteit binnen de aanvaardbare grenzen van het lichaam. Dit is voor iedereen verschillend. Het komt er op aan een gulden middenweg te zoeken. Een gezonde rug is een samenspel van optimaal functionerende spieren en een stevige wervelkolom. Die spieren hebben we voor een stuk zelf in de hand, de wervelkolom veel minder. Bij een slechte wervelkolom kunnen sterke spieren en het correct belasten ervan veel goed maken.

Daarom wordt er tijdens de bijscholing rugklachten-

preventie naast aandacht voor de basistechnieken i.v.m. verplaatsen van patiënten ook aandacht besteed aan technieken om in het dagelijkse leven op een verantwoorde manier om te gaan met de rug. Er worden ook rug- en buikspieroefeningen aangeleerd. Wie goed ontwikkelde buik- en rugspieren heeft, neemt automatisch een betere rugsparende houding aan.

Anti-rugpijn-regels

Respecteer zoveel mogelijk de natuurlijke kromming van de wervelzuil.
Wissel geregeld van houding.
Werk zo dicht mogelijk tegen je lichaam aan.
Zorg elke dag voor wat beweging en sport om in optimale conditie te blijven.

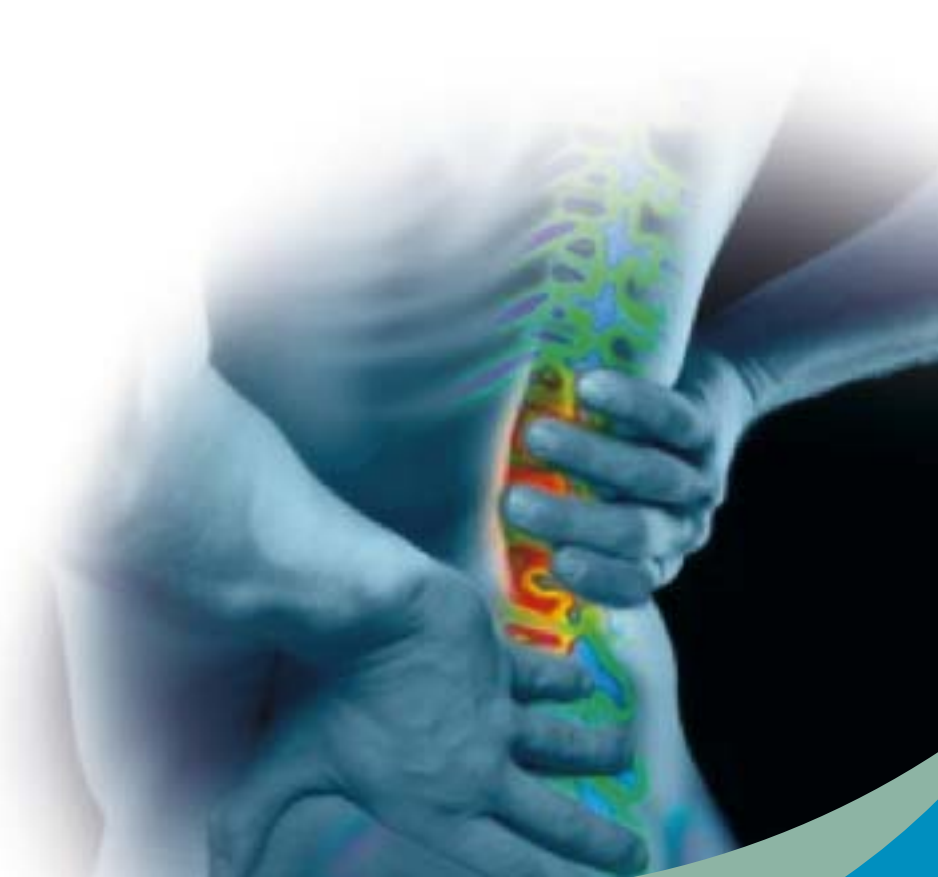
Data volgende bijscholing rugklachtenpreventie:

- 11 september 2007: Inoefenen basistechnieken
- 09 oktober 2007: Rug- en buikspieroefeningen
- 13 november 2007: Rug- en buikspieroefeningen
- 11 december 2007: Rug- en buikspieroefeningen

Ann Meermans



“Een gezonde rug is een samenspel van optimaal functionerende spieren en een stevige wervelkolom.”





ICE: In Case of Emergency

Het gebeurt vaak dat bij een ongeval het slachtoffer wel een GSM op zak heeft, maar dat de medische hulpverlening, politie of brandweer niet weten wie ze op de hoogte moeten brengen. Daar bestaat een efficiënte oplossing voor: sla in uw GSM onder de internationale bekende naam "ICE" het nummer op van de persoon die moet gecontacteerd worden, mocht u iets overkomen.

Hebt u meerdere nummers noem ze dan ICE1, ICE2, ICE3, enz. Het is dus een heel eenvoudig systeem dat niets kost en voor u en uw omgeving een grote hulp betekent in geval van nood. Het komt erop aan dat alle GSM-gebruikers aangemoedigd worden om in hun telefoon een ICE-nummer te programmeren.

Norbert Rottiers



Discussieforum voor coördinatoren beschut wonen via internet

"Men wil via dit forum een aanzet geven om het leren van elkaar te stimuleren."

Sinds korte tijd werd er op het internet een discussieforum beschut wonen opgestart. Men kan deze site bereiken via het intikken van <http://beschutwonen.22web.net> in de webbrowser of via een link "beschut wonen" bovenaan op de rubriekbalk op het publiek gedeelte van de VVI-website. Door te klikken op de blauwe vermelding "Forum beschut wonen" betreedt men het forum. Men kan dit forum betreden op twee manieren namelijk:

Als gast: dan kan u enkel de geposte berichten lezen maar niet reageren op een bericht noch een nieuwe discussie openen of vraag posten;

Als geregistreerde gebruiker: na registratie kan men berichten lezen maar ook reageren op berichten

van een andere geregistreerde gebruiker of zelf een nieuwe vraag of discussieonderwerp posten. Men wil via dit forum een aanzet geven om het leren van elkaar te stimuleren. In zijn opstartfase is dit forum vooral bedoeld voor coördinatoren. Later wordt een uitbreiding naar alle begeleiders voorzien.

Marc Vandergraesens



Even gluren achter die muren...

Geestelijke gezondheid is een belangrijk en kostbaar goed. De zorg ervoor behoort tot de verantwoordelijkheid van iedereen. "Spreek erover, er is heel veel aan te doen! Samen." Om deze boodschap actief onder de aandacht van de Vlaamse bevolking te brengen, werden de krachten gebundeld door partners uit de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Zo ontstond "Anders Gewoon".

"Anders Gewoon" zal in de komende drie jaar zowel Vlaamse als lokale initiatieven aanmoedigen en in de kijker zetten. De ontmoeting, het direct menselijke contact tussen de mensen binnen en buiten de zorg staat centraal.

Vanuit de afdeling Providentia 2 groeide het idee om deel te nemen met een lokaal initiatief. Na veel inzet en voorbereiding van de patiëntengroep, trokken we op woensdag 2 mei 2007 naar de kleuterschool Stella Matutina te Lede. Maar liefst 120 kleuters en hun leerkrachten gingen samen met 7 patiënten op "(v)erkenning met LeAnder". De patiënten maakten met de kleuters van de eerste, tweede en derde kleuterklas een reis rond de wereld doorheen Afrika, Zuid-Amerika en China. Een handpop "LeAnder", afgeleid van Lede Anders, zorgde voor een boeiende inleiding en een geanimeerd einde. "LeAnder" gaf de kleuters de opdracht naar een land te trekken en op zoek te gaan naar een aantal verloren voorwerpen: djembé, dromenvanger, Chinese parasol en deze op het einde van hun verkenningstocht terug te brengen bij "LeAnder". Patiënten en kleuters knutselden samen Afrikaanse regenbuizen, maskers, Indiaanse verentooien, mandala's en Chinese hoedjes. Een speelplaats gevuld met dansende kleuters en patiënten vormde de afsluiter van een leuke

maar inspannende voormiddag en tot onze verbazing lieten ook de kleuterleidsters zich niet onbetuigd.

De (v)erkenningstocht eindigde echter niet bij de kleuters en de leerkrachten. Het was namelijk het doel om ook de ouders en grootouders te bereiken. Vandaar dat er actief werd deelgenomen aan het schoolfeest van de kleuterschool, dat plaats vond op 13 mei 2007. Op dit schoolfeest staken de patiënten een handje toe en vatten zij ook post aan hun informatiestandje. Hier konden de ouders foto's bewonderen van hun kapoenen verkleed als Afrikaan, Chinees of Indiaan. Langs deze weg ontstonden er spontane gesprekken tussen patiënten en ouders. Twee patiënten trokken hun stoute schoenen aan en vroegen even de aandacht van alle aanwezige bezoekers. Ze lazen een tekst rond vooroordelen en droegen een zelf geschreven gedicht voor.

Samen gingen wij op weg naar erkenning, en wilden daarbij buiten de muren van de specifieke zorg treden om anderen te ontmoeten. Met dit lokaal initiatief, een creatieve voormiddag samen met "LeAnder" en zijn reisgezellen, zenden patiënten de boodschap uit dat zij, mensen met psychische problemen, anders maar evenzeer gewoon zijn. Het gehele initiatief, van idee tot concrete uitwerking, werd op touw gezet door patiënten, anders gewone mensen. Zij kwamen door dit initiatief tot de vaststelling dat het begrip psychiatrie, tot hun grote spijt, nog steeds in een taboesfeer verkeert.

De weg naar erkenning is geopend maar er is nog veel werk aan de winkel om de afstand tussen psychiatrie en de "gewone" maatschappij te overbruggen. Door initiatieven als deze hopen we daar in de toekomst verandering in te brengen en bij deze is de eerste stap gezet.

Cédrine Frérart



"Samen gingen wij op zoek naar erkenning en wilden daarbij buiten de muren van de specifieke zorg treden om anderen te ontmoeten."





Het kwaliteitsbeleid in 2007: een stand van zaken

“Het is de bedoeling om zoveel mogelijk informatie rechtstreeks te communiceren.”

Al in een vorige editie lichtten wij het belang toe van een (lange termijn) visie binnen het (kwaliteits)beleid. Vandaar dat we dit jaar onze medewerkers verder willen informeren over deze visie.

In een eerste fase wilden we vooral de artsen (via het Permanent Overleg Comité) en de leidinggevenden (via het KwARTaal Overleg) informeren. In een tweede fase is het de bedoeling om zoveel mogelijk informatie rechtstreeks aan de basised medewerkers te communiceren (via Intranet). Op het intranet vindt u momenteel onder de noemer kwaliteit, twee rubrieken terug, namelijk het Kwaliteitshandboek en Kwadrant.

Bij het kwaliteitshandboek kan men de versie van 2006 al inkijken, de versie van 2007 zal eind mei beschikbaar zijn. In dit kwaliteitshandboek zult u veel terugvinden van wat u allemaal al weet. Onder de rubriek van Kwadrant vindt u een onderdeel met de zelfevaluatie zoals ze gepubliceerd werd in oktober 2005. Het is de bedoeling dat deze zelfevaluatie om de vijf jaar herhaald en geactualiseerd wordt. In een tweede onderdeel vindt u de projectfiches van de verschillende kwadrantprojecten met hun laatste update. Deze projectfiches worden normaal om de zes maand geactualiseerd.

Zowel op het centrale niveau als op het lokale niveau wordt in 2007 ook werk gemaakt van de ontwikkeling van een balanced scorecard. Hierbij is het de bedoeling om de centrale en lokale strategische doelstellingen te vertalen naar acties waarbij expliciete prestatie motoren en resultaat indicatoren worden vastgelegd in een boordtabel. Dit management dashboard moet op lange termijn een betere allocatie

van budgetten en middelen garanderen. Concreet betekent dit dat er aan de vooropgestelde doelstellingen ook resultaten worden gekoppeld. Vandaar dat er in 2007 al metingen gebeurden over het onthaal, de patiëntenbespreking, de andere overlegstructuren (stuurgroep, teamvergadering, enz,...), presentieisme, klachten en zorgcommunicatie. Daarnaast zullen er dit jaar zeker nog metingen worden uitgevoerd over de therapie, vorming, beleidsplannen op de afdelingen en het plaats vinden van functioneringsgesprekken. Deze resultaten kunnen dan op het dashboard geplaatst worden en afhankelijk van de scores zal er dan bijgestuurd worden.

In een laatste fase willen we al deze informatie open stellen voor de gebruikers. Uiteraard moeten we eerst onze eigen informatie goed beheersen en moet deze zo correct en actueel mogelijk zijn. Verder dient dan ook goed nagedacht over het kanaal dat gebruikt wordt om deze informatie aan de gebruikers te communiceren. Dit zal vermoedelijk gebeuren in de loop van 2008.

Koen D'Hondt



Gelovigen zijn gelukkiger!

Dat is het resultaat van een grootschalige VUB-studie 'Het grootste geluk' o.l.v. hoogleraar sociologie Mark Elchardus. Het traditioneel humanistisch en vrijzinnig VUB-bastion kan je alvast geen vooringenomenheid aanwrijven. Mark Elchardus en Wendy Smits bundelen in hun werk 'Het grootste geluk' (Lannoo Campus - Leuven) onder meer onderstaande bevindingen.

Mensen die veel belang hechten aan geloof en levensbeschouwing hebben meer kans om tot de groep van gelukkige mensen te behoren. 60,9 procent van de mensen die geloof belangrijk vinden, is gelukkig tot zeer gelukkig, tegenover 51,7 procent van de mensen die weinig belang hechten aan geloof.

Slechts 12 procent van de mensen die geloof belangrijk vinden, behoort tot de ongelukkigen, tegenover 18 procent van de mensen die geloof niet wezenlijk vinden.

De 11 procent 'kerngelovigen' die ons land telt – mensen die geloven en regelmatig praktiseren en/of streng in de leer zijn – zijn beduidend gelukkiger dan mensen die onverschillig staan tegenover geloof. Twijfelende gelovigen zijn daarentegen iets minder gelukkig.

Mark Elchardus geeft enkele factoren waarom geloof en levensbeschouwing bijdragen tot geluk:

Ten eerste is een duidelijke overtuiging beter voor het geluk dan twijfel en onverschilligheid. Geloven biedt zekerheid en houvast en gelovigen zijn meer ontvankelijk voor wat het leven te bieden heeft. Ten tweede is er het voordeel van het opgenomen zijn in een hechte gemeenschap van gelijkgezinden die je regelmatig ontmoet. Er is meer kans op een steunnetwerk en minder risico op eenzaamheid.

Gelovigen zouden ook sneller tevreden zijn met wat ze hebben. Dat is volgens Elchardus inherent aan het christendom: de voldaanheid van de gelovigen is groter. Christenen hebben geleerd hun geluk niet te laten afhangen van omstandigheden waar ze toch geen vat op hebben. Gelovigen zouden zich gemakkelijker aan negatieve omstandigheden kunnen aanpassen. En een andere verklaring voor het grotere geluk kan ook liggen in het feit dat gelovigen rustiger naar hun eigen eindigheid kijken. Gelovigen beschikken over een zingevingskader om met de eindigheidservaring van lijden en dood om te gaan.

Gelovigen melden zelf als belangrijkste reden waarom zij fundamenteel gelukkig zijn, dat ze zich 'vergezeld' weten. Er is iemand in hun leven die hen draagt, die hen onvoorwaardelijk bemint en hen hoe dan ook nooit laat vallen.

Tegen het verband tussen geloof en geluk kan een oud filosofisch bezwaar rijzen: godsdienst is opium van het volk. Gelovigen zouden dan een vals geluksgevoel over zich hebben, een ontkenning van de realiteit, een vlucht.

Dat geldt voor vele vormen van geloof, maar zeker niet voor het authentiek christendom. Authentiek christendom ontkent zelfs de rauwste realiteit niet: de Verrezenen is de Gekruisigde.

Christendom is de godsdienst van de hoop, maar die hoop is wel altijd de vrucht van een spanning: Pasen ondanks Goede Vrijdag, leven temidden van de dood, liefde in weerwil van het kwaad. Christenen kennen het 'diepste' geluk: een besef van geborgenheid ondanks lijden, dood en kwaad.

Elchardus en zijn team trekken drie besluiten uit de gelukservaring van mensen.

Primo is het gemakkelijker ongelukkige mensen gelukkiger te maken, dan gelukkige mensen nog iets gelukkiger te krijgen. Dat pleit voor een egalitair beleid waarbij vooral de zwaksten en de armsten worden geholpen.

Secundo: als mensen iets positiefs verwerven, worden ze gelukkiger; verliezen ze iets, dan worden ze ineens veel ongelukkiger. Het motto moet dus zijn 'beter iets minder meer, dan weer minder'. Dit advies pleit voor het behoud van verworven rechten – alleen aanpassen als het niet anders kan – en voor het voorzichtig omspringen met het geven van nieuwe.

Tertio: we moeten oppassen met het verbreden van keuzes. Vaak wordt een grote keuzemogelijkheid nog altijd geassocieerd met welstand, maar nu blijkt dat ze net onzekerheid in de hand werkt. Rond dit thema is een goed werk verschenen van Ria Grommen en Mark Desmet 'Moe van het moeten kiezen?', waarin zij pleiten voor een verbonden vrijheid.

Elchardus pleit in zijn besluit voor een actiever sociaal leven om de eenzaamheid tegen te gaan en meer te focussen op de 'care' dan op de 'cure'. Hij neemt het op voor organisaties die het lijden van zieke mensen verlichten.

Andere geluksfactoren:

- leeftijd (de leeftijdsgroepen 18 tot 25 jaar en 55 tot 66 jaar zijn het gelukkigst)
- weinig tijdsdruk
- behoorlijk inkomen (maandelijks rondkomen, kunnen sparen, eigendom)
- studie
- gezondheid
- samenleven met iemand
- sociale netwerken
- zelfvertrouwen

Rik De Coninck



“Gelovigen melden zelf als belangrijkste reden waarom ze fundamenteel gelukkig zijn, dat ze zich ‘vergezeld’ weten.”



Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor:
Lede - Trimestrieel - Juni 2007

Ter Sprake Magazine is een uitgave van het Psychiatrisch Centrum Zoete Nood Gods. Wil u ook meewerken aan het volgende nummer? Contacteer mevr. Bénédicte De Waele op het nummer 053/76 21 05 of e-mail naar benedicte.de.waele@fracarita.org.

Werkten mee aan dit nummer: Marc Vandergraesen, Michel Sinove, José De Coene, Koen d'Hondt, Koen Van Wauwe, Rik De Coninck, Arnaux De Kuyper, Dirk Van Herreweghe, Anne-Marie Galle, Nicole Van de Meerssche, Aleide Sterck, Bénédicte De Waele.

'Ter Sprake' is de nieuwsbrief van het Psychiatrisch Centrum Zoete Nood Gods, Reymeersstraat 13a, 9340 Lede.
Tel.: 053 76 21 11 - Fax: 053 80 66 07
e-mail: pczoetenoodgods.tersprake@fracarita.org - www.pclede.be

Uw gegevens worden door het Psychiatrisch Centrum in een bestand opgenomen. Overeenkomstig de privacy-wet van 08-12-1992 heeft u recht op inzage en correctie van de door het Psychiatrisch Centrum bewaarde informatie.

Het Psychiatrisch Centrum behoort tot de vzw Provinciaal der Broeders van Liefde



Ter Sprake Magazine komt tot stand met financiële steun van:

Alpheios Belgium nv Wilrijk – Claerhout NV Gent – Cosmolift Zwijnaarde – De Grom NV Erembodegem – Johnson Diversey Belgium BVBA Kampenhout – Metos Aalst – Planofurn Waregem – Schaubroeck NV BA Tielt.