



PSYCHIATRISCH CENTRUM
ZOETE NOOD GODS

Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor: Lede - Trimestrieel - September 2008

Open Bedrijvendag

Naar jaarlijkse traditie zetten in oktober heel wat bedrijven hun deuren wagenwijd open voor het grootste evenement in Vlaanderen, Open Bedrijvendag. Ook onze instelling neemt dit jaar deel. De respons die wij mochten ontvangen na onze deelname aan Open Monumentendag in 2007 was uitermate positief. Een vervolg hierop kon dus niet uitblijven ...

Een deelname aan Open Bedrijvendag is een ideale manier om de buitenwereld te laten kennismaken met onze organisatie en haar activiteiten. Wat er precies allemaal gaande is binnen de muren van een psychiatrisch centrum is niet altijd even duidelijk voor de buitenwereld. Vaak hebben mensen verkeerde en/of verouderde ideeën over wat psychiatrie precies inhoudt. Dit bleek onder meer uit de ingevulde enquêtes van bezoekers die wij na Open Monumentendag mochten ontvangen. Reden temeer om onze deuren open te zetten voor het grote publiek.

Open Bedrijvendag gaat dit jaar door op zondag 5 oktober 2008 van 10.00 tot 17.00 uur. Het thema voor de editie van dit jaar is 'Technologische Innovatie'. Via dit thema wil minister Patricia Ceysens 25 jaar Flanders Technology herdenken. De aanpak voor Open Bedrijvendag is iets ruimer en grootser opgevat dan Open Monumentendag. In het gebouw Providentia kunnen bezoekers een kijkje gaan nemen op onze verschillende administratieve

diensten. Ook de fitnessruimte, het computerleslokaal (met demo's en workshops), de ergotherapie/kera-
miekrimte, de kinesitherapie en de pastorale dienst in dit gebouw nemen deel. De bedrijfsfilm, die eind mei in ons centrum werd gedraaid, kan men bekijken op een groot televisiescherm van 360° in de inkomhal. Nieuw dit jaar is ook de rondleiding in de keuken waar bezoekers het ganse bereidingsproces vanaf het leveren van de voedingsstoffen tot de maaltijdbereiding en de -bedeling kunnen bekijken. In de cafetaria zal het internetcafé te bezichtigen zijn. Naast de keuken en de cafetaria worden ook de andere facilitaire diensten (technische dienst, schoonmaakdienst en wasserette) in de kijker gezet door het tentoonstellen van machines en toestellen eigen aan deze diensten. Het lokaal van de muziektherapie, dat gelegen is net naast de wasserette, zal eveneens te bezichtigen zijn. De vroegere afdeling Dymphna wordt net zoals vorig jaar opengesteld. Naast een fototentoonstelling van de kunstacademie, een (foto)tentoonstelling over de psychiatrie van vroeger zal men ook kunstwerken van onze patiënten en bewoners kunnen bewonderen. De afdeling Nieuwemeers neemt deel met een fotoreportage over het leven en werken in de moderne psychiatrie en een voorstelling van de geplande nieuwbouwprojecten en het masterplan. Onze deelname aan Open Bedrijvendag zou niet compleet zijn zonder een voorstelling van onze verschillende

disciplines en doelgroepen. Deze voorstellingen gaan respectievelijk door in de conferentiezaal en de feestzaal van het kloostergebouw. Ook het activiteitencentrum SAVA is vertegenwoordigd in de feestzaal. Tussen de vele bezoekers zullen zich ongetwijfeld ook heel wat geïnteresseerde werkzoekenden bevinden. Deze mensen kunnen terecht op het jobinfolokaal in de wintertuin van het kloostergebouw waar zij vragen kunnen stellen en hun sollicitatieformulier kunnen indienen. Het dagcentrum Emmaüs vult zijn deelname in door een voorstelling van de verschillende leefgroepen en begeleidingsmethodieken bij deze verschillende doelgroepen. Er zal dus heel wat te doen zijn op zondag 5 oktober 2008! Samen met jullie hopen wij van deze dag een groot succes te maken!

Bénédictie De Waele



Een deelname aan Open Bedrijvendag is een ideale manier om de buitenwereld te laten kennismaken met onze organisatie en haar activiteiten.

Rubrieken

Open Bedrijvendag	1
De 'meerwaarde' van een voedingsdeskundige op een afdeling eetstoornissen	2 & 3
Patëntveiligheid: stand van zaken	4
Wat Esmine Green ons leerde of het belang van presentie	5 & 6
Interview met dr. Benedicte Monté	7 & 8
Rubriek meegedeeld: Van 'therapie(on)-trouw' naar 'therapiebewustzijn'	9, 10 & 11

De 'meerwaarde' van een voedingsdeskundige op een afdeling eetstoornissen

Binnen het PC Zoete Nood Gods begeleiden we nu reeds een 5-tal jaar patiënten met eetstoornissen. Vanuit de dagdagelijkse ervaringen enerzijds en de gedrevenheid van het team om de behandeling verder te optimaliseren anderzijds, werd er in overleg met de directie besloten om een eigen voedingsdeskundige aan het team toe te voegen. Momenteel is dhr. Emanuel Van Melkebeke reeds enkele maanden werkzaam op deze afdeling als voedingsdeskundige. Een uitgelezen moment om eens een eerste round-up te maken. Onderstaande bijdrage mochten we dan ook van Emanuel ontvangen.

Inleiding

De problematiek bij anorexia en boulimia nervosa is uiterst complex en dit vergt een multidisciplinaire, individuele aanpak van de patiënt waarbij naast de medische, psychosociale en verpleegkundige zorg de voeding in de ruimste zin van de betekenis van doorslaggevend belang is. De patiënten zijn immers bijna voortdurend bezig met voeding en dit op een ongezonde manier. Ze tellen voortdurend de calorieën van de genuttigde voeding, stellen zich voortdurend vragen over de bereidingswijze, energiewaarde, effect op de gezondheid, enz. Bepaalde voedingsmiddelen worden slechts genuttigd naar aanleiding van een bepaalde emotie of een bepaald voedingsmiddel kan fout gekoppeld zijn aan een bepaalde emotie. Meestal zijn de patiënten ervan overtuigd dat ze alles weten over voeding, veelal blijkt echter dat ze hieromtrent totaal verkeerde denkbeelden en overtuigingen hebben die helemaal niet stroken met de actuele wetenschappelijke bevindingen. Sommigen denken bijvoorbeeld dat ze van teveel water zullen

verdikken, bepaalde details kennen ze wel maar ze zien het grotere geheel vaak niet. Bovendien hebben vele patiënten de vaardigheden om een gezonde en gevarieerde maaltijd zelf klaar te maken verlerd of is de angst te groot om dit voor zichzelf te proberen. De angst voor een winkelbezoek is voor sommigen al teveel. Hier kan de voedingsdeskundige d.m.v. een gevarieerd therapieschema de bovenvernoemde knelpunten aanpakken. De andere leden van het multidisciplinair team hebben niet altijd de kennis of de tijd om juiste antwoorden te geven op de vele vragen van de patiënten wat betreft voeding.

Therapieschema

Door middel van psycho-educatie op een gepaste wijze werk ik stap voor stap naar een bredere, gezondere en meer wetenschappelijke kijk op de voeding. In plaats van een monoloog maak ik deze therapie levendig en interactief d.m.v. een wekelijkse voedingsquiz waarbij ik verschillende thema's aansnij. Wanneer ik merk dat er grote misverstanden bestaan wat betreft een bepaald aspect van de voeding, ga ik dieper in op dit thema tot wanneer ik aanvoel dat de patiënten iets hebben bijgeleerd. Ik vraag steeds of ze een bepaald aspect van de voeding willen bespreken en werk dat uit naar de volgende psycho-educatieve sessie. Een tweede wekelijkse psycho-educatie die ik heb opgestart samen met de psycholoog, betreft de link tussen voeding en emotie. Hierbij hebben we als leidraad een reeds bestaand werkboek (Werkboek Anorexia- en Boulimia Nervosa door Caroline Meeruw en Loes Koster 2001) genomen en samen met de patiënten doorlopen met wekelijkse opdrachten, die we nadien in groep of individueel bespreken. We zijn van plan

om hier rond een eigen werkboek op te stellen op termijn, aangepast aan de specifieke doelgroep; een werkboek voor en door anorexia- en boulimiapatiënten. Ik heb namelijk gemerkt dat bepaalde aspecten van het bestaande werkboek niet nuttig, verouderd en niet voldoende doorleefd zijn. Het wekelijkse winkelbezoek is zeer nuttig om de drempel te verlagen voor de patiënten en ze weer op een gezonde manier te leren winkelen. Nadien wordt dan het in groep besproken menu klaargemaakt waarbij ik iedereen betrek in het bereidingsproces. Ik probeer het zo aangenaam mogelijk te maken met ruimte voor humor, creativiteit en experiment. Het helpt natuurlijk dat ikzelf graag kook en experimenteer, op deze wijze wordt het rigide denkpatroon doorbroken en worden grenzen verlegd. Nadien eet ik samen met de patiënten waarbij ik zorg voor een goede sfeer (eten als sociaal, aangenaam gebeuren). Op deze manier heb ik ook een beter beeld hoe het maaltijdgebeuren eraan toe gaat en wat de knelpunten zijn zodanig dat ik kan bijsturen indien nodig. Deze en andere knelpunten worden besproken en uitgewerkt in de stuurgroep. Bij de individuele consultaties start ik met een voedingsanamnese en evalueer ik de vooruitgang, stagnatie of achteruitgang van de patiënt in de ruimste zin van de betekenis (ook psychosociaal) en bekijk de mogelijkheden samen met de patiënt om verder vooruit te komen. Aanpassingen aan het voedingsschema gebeuren in overleg (met team, patiënt, familie). Via de keuken krijg ik mogelijke keuzes van de weekmenu die ik dan in de patiëntengroep voorstel en nadien terug doorgeef aan de keuken. Een goede communicatie met de keuken biedt hierbij veel mogelijkheden. Het multidisciplinair team

heeft zelf ook vragen wat betreft voeding bijvoorbeeld het in evenwicht brengen van energieverbruik en energie-inname bij een patiënte met bewegingsdrang. Dit bespreek ik dan samen met de bewegings-therapeute, enz. Omgekeerd kan ik via de wekelijkse teamvergaderingen en dagelijkse briefing essentiële informatie verkrijgen die me in staat stelt om een accurate en aangepaste aanpak toe te passen. Zo kan ik optreden als volwaardig lid van het behandelteam, in het kader van een divisioneel opgebouwde organisatie. Binnen het multidisciplinair behandelteam bestaande uit mezelf

en de arts, psycholoog, psychomotorisch therapeute, ergotherapeute, muziektherapeute, sociaal werker, en verpleegkundigen nemen dikwijls vruchtbare en open discussies plaats waarbij ieder van ons een stukje van de puzzel oplost. Door dit intensief overleg kent ieder lid van het behandelteam de gemeenschappelijke doelstellingen en deze worden steeds opnieuw geëvalueerd en bijgestuurd indien nodig.

Toekomst

De bedoeling is dat de voedingsdeskundige het centrale aanspreekpunt wordt wat betreft voeding, in

de ruimste zin van de betekenis. Het probleem in het verleden was dat de patiënten teveel ruimte kregen en het team in verwarring brachten wat betreft voeding. Er waren immers verschillende aanspreekpunten en men wist dit perfect uit te spelen. De meerwaarde van een voedingsdeskundige op een afdeling voor eetstoornissen lijkt me zeer duidelijk en absoluut essentieel om op een professionele manier te kunnen werken en door te groeien naar een hoger therapeutisch niveau.

Emanuel Van Melkebeke

Het wekelijkse winkelbezoek is zeer nuttig om de drempel te verlagen voor de patiënten en ze weer op een gezonde manier te leren winkelen.

Patiënten zijn er meestal van overtuigd dat ze alles weten over voeding maar veelal blijkt echter dat ze totaal verkeerde denkbeelden en overtuigingen hebben.



De actieve voedingsdriehoek

om dagelijks evenwichtig te eten en voldoende te bewegen

Patiëntveiligheid: stand van zaken

De verdere visie van de FOD inzake patiëntveiligheid steunt op de onderdelen structuur, proces en resultaten.

Zoals u in de vorige Ter Sprake kon lezen, heeft de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid in juni 2007 voor de eerste keer een contract uitgeschreven rond kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid. Momenteel hebben 170 ziekenhuizen hierop ingetekend. In Oost-Vlaanderen gaat het om 26 ziekenhuizen. 78% van de psychiatrische ziekenhuizen hebben dit contract ondertekend. Al deze ziekenhuizen dienden aan de volgende voorwaarden te voldoen:

1. De voorziening dient haar missie, visie, strategie en haar doelstellingen op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid te omschrijven.
2. De coördinatie van de kwaliteitsstructuren dienen in een organogram voorgesteld.
3. Er dient een meting te gebeuren van de patiëntveiligheidscultuur.
4. De voorziening dient te beschikken over een registratie van incidenten en bijna-incidenten en hiervan een analyse te doen.
5. De voorziening dient 3 beschrijvende fiches op te stellen van kwaliteitsprojecten.

Onze voorziening heeft hier ook op ingetekend en wij hebben ook aan deze voorwaarden voldaan. Vanaf juli 2008 kunnen alle ziekenhuizen nu terug intekenen voor een nieuw contract dat loopt tot eind juni 2009. Op 10 juni laatstleden mochten wij naar een workshop waarop wij een voorstelling kregen van dit nieuwe contract (2008-2009), het meerjarenplan en de strategische visie van de FOD VWL met betrekking tot de kwaliteit en de patiëntveiligheid.

De verdere visie van de FOD voor Volksgezondheid inzake patiëntveiligheid is gebaseerd op de triade van Donabedian en steunt dus op de onderdelen structuur, proces en resultaten. Binnen de eerste pijler (structuur) is het de bedoeling om een veiligheidsmanagementsysteem te ontwikkelen en te implementeren. Vanaf juli 2008 dienen de ziekenhuizen een meerjarenplan voor patiëntveiligheid op te stellen en moeten er verbeteracties geïmplementeerd worden op basis van de resultaten van de cultuurmeting. In 2009 dient er een registratie te gebeuren van de (bijna-)incidenten en dit via een ziekenhuisbreed meldsysteem. Deze (bijna-)incidenten dienen eveneens geanalyseerd en hiervoor dienen er verbeteracties geformuleerd.

In het kader van de tweede pijler (proces) moet er een proces multidisciplinair geanalyseerd en verbeterd worden. Voor de psychiatrische ziekenhuizen dient dit een (deel) proces te zijn waarvan er in 2007 een hoog aantal (residentiële) opnames werden gerealiseerd OF een proces rond agressie OF een proces rond intramurale transfer. Vanaf 2008 moeten wij een verbeterproject van een proces opstarten.

Om te voldoen aan de laatste pijler (resultaten) verbindt het ziekenhuis er zich toe om tegen 2012 te beschikken over een multidimensionale/geïntegreerde indicatorenset en een operationeel opvolgingssysteem. Vanaf 2008 dient daarom een inventaris gemaakt van indicatoren die het ziekenhuis gebruikt om haar beleid m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid te sturen.

Het is onze ambitie om in 2008 – 2009 terug aan de voorwaarden van dit contract te voldoen en hiervoor rekenen wij terug op de medewerking van jullie allen! Wordt vervolgd ...

Koen D'Hondt

Wat Esmin Green ons leerde of het belang van presentie

Waarschijnlijk zal de naam Esmin Green u niet veel zeggen. Misschien begint er wel iets te dagen als ik u vertel dat deze 49-jarige patiënte het nieuws haalde begin juli 2008. Op een video was te zien hoe deze dame in de wachtkamer van de psychiatrische afdeling van het Kings County Hospital in Brooklyn (New York) op de grond valt en een uur lang aan haar lot wordt overgelaten. Concreet betekende dit dat zowel de twee aanwezige patiënten in de wachtkamer als het hulpverlenend personeel haar gewoon negeerden, terwijl ze hulpeloos en stervende op de grond lag. Wanneer er uiteindelijk dan toch medische hulp komt, is deze schromelijk te laat. Verder konden we vernemen dat het ziekenhuis al actie had ondernomen. Een aantal verpleegkundigen werden ontslagen, er zou bijkomend personeel aangeworven worden en patiënten zouden in de wachtkamer voortaan om de vijftien minuten dienen gecontroleerd te worden.

Deze gebeurtenis heeft me de voorbije maanden niet losgelaten. Wat me vooral bezig hield, waren vragen als: hoe is het mogelijk dat professionelen – ondanks het feit dat ze Esmin Green zagen liggen op de grond – niet overgingen tot onmiddellijke actie? Wat maakt dat professionelen niet meer reageren op een – op het eerste zicht – heel duidelijke vraag naar bijstand (iemand die op de grond ligt)? Verder kwamen er spontaan een aantal vragen naar boven omtrent het managen van dit gebeuren. Kan een uitbreiding van het personeel dit voorkomen? Is het 'verstrengen' van het toezicht op de wachtende patiënten in de wachtkamer een afdoende maatregel om dit onnodige overlijden te vermijden? Intuïtief ga je dan ook verder nadenken over de eigen praktijk. Zou zo iets zich kunnen voordoen in onze voorziening? Als we het niet met zekerheid kunnen vermijden, wat moeten we dan doen opdat dit hier niet zou gebeuren. Hierbij dacht ik spontaan aan het onderzoek omtrent de taken van de (psychiatrische) verpleegkundigen. Eén van de kerntaken is het 'er zijn' voor de patiënt. Is dit voldoende? Is het verhogen van de personeelsomkadering dan ook een voldoende maatregel? Ogenscheinlijk wel, anderzijds – in het geval van Esmin Green – was men aanwezig en toch deed men niks. Het 'er zijn' moet dan meer zijn dan fysiek aanwezig zijn in dezelfde ruimte. Het zou moeten betekenen het gericht zijn op de ander, het kunnen loslaten van de eigen percepties/eigen denkkaders (dachten

de verpleegkundigen aan hysteriform gedrag?) en zich blijven vergewissen van de toestand van de andere. In dit denken over 'er onbevooroordeeld zijn' voor de andere, in deze speurtocht naar het zich ten volle blijven richten naar de andere kwam ik – na wat 'googlen' – terecht bij de 'presentietheorie' van Prof. Andries Baart. Na wat verdieping hieromtrent ben ik ervan overtuigd dat dit de sleutel wel eens zou kunnen zijn om gelijkaardige voorvallen te vermijden. Het zou me nu in dit artikel te ver leiden om deze theorie in extenso te behandelen maar laat me toe toch enkele kenmerken naar voor te halen omdat ik meen dat – indien Esmin Green omringd zou geweest zijn door hulpverleners geschoold in de 'presentie' – zij nu nog in leven zou zijn.

Op de website www.presentie.nl laat Prof. Baart ons kennismaken met o.a. de kenmerken van een presentiebeoefenaar. Laten we ze even systematisch overlopen:

De presentiebeoefenaar is dikwijls op stap/contact zoekende.

Dat wil zeggen dat hij niet werkt vanuit een bureel of een apart lokaaltje maar dat hij een zwerfend bestaan leidt. De daarbij aansluitende basisbeweging is: naar de ander toe in plaats van omgekeerd (dus niet 'u moet naar mij toe komen'). De presentiebeoefenaar is ongehaast en houdt zich vrijelijk op in het leefmilieu van de betrokkenen en is gemakkelijk aan te klampen. Het ritme van het werken is afgestemd op het leefritme van de anderen. Door tijd en aandacht te geven, kan je de anderen/patiënten zich heel anders doen voelen en dit hoeft niet altijd met veel woorden te zijn. Aanwezig zijn is genoeg!

De presentiebeoefenaar is niet louter aanspreekbaar op één type probleem of hulpvraag maar richt zich vol op de ander.

Openheid, domeinoverschrijding, brede inzetbaarheid, doen wat de hand vindt te doen. Verder kunnen we het ook uitdrukken als gespecialiseerd in het ongespecialiseerde. De betrokkenen – lees patiënten – hoeven de aandacht en hartelijkheid van de presentiebeoefenaar niet te verdienen, hij is er onvoorwaardelijk en is gericht op de andere. Presentie vereist dat een relatie wordt aangegaan met de hulpbehoevende medemens en zodoende is het een relationeel concept. Om deze relatie

Prof. Andries Baart wil met de theorie van presentie de mens terug op de kaart zetten.

Interview met dr. Benedicte Monté



(vervolg van p.5)

Prof. Baart stelt dat mensen in onmogelijke situaties hoeder moeten zijn van elkaar wil zo iets als 'menswaardigheid' gestalte krijgen.

nu te kunnen realiseren gaat de presentietheorie er van uit dat bijvoorbeeld ziekenhuizen zich niet kunnen beperken tot het verbeteren van mensen. Ze moeten zich richten op het bijstaan van mensen in hun nood. Uit de presentiehoek worden er verder ook kritische bemerkingen geformuleerd aangaande de verregaande verkaveling in specialismen, doorgedreven functionalisering en uniformisering. Heel het systeem van de zorgverlening is erop gericht om zo snel mogelijk tot een diagnose te komen zodat een behandeling kan gestart worden en opgevolgd. In principe kunnen we daar niet op tegen zijn. Een deskundige aanpak van ons gezondheidsprobleem is waar ieder op hoopt als men ziek wordt. Toch wijst de presentietheorie op het mogelijke gevaar: een kijken door de mens heen met de bedoeling om de concrete klacht te kaderen in een gekend probleem houdt het gevaar in dat de mens verdwijnt achter zijn probleem.

Prof. Baart wil daarom dan ook met de theorie van presentie expliciet de mens terug op de kaart zetten. Hij stelt dat mensen in ongelijke situaties 'hoeder' moeten zijn van elkaar wil zo iets als 'menswaardigheid' gestalte krijgen.

De presentiebeoefenaar deelt in het leven van de betrokkenen.

Er wordt nauw aangesloten bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen. Bovendien staat niet de jacht op problemen voorop, maar het mee helpen vinden van een bevredigende verhouding tot het leven door de ander. Alles draait om de wil de ander volledig te willen erkennen, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven. Men vertrekt van het adagium: lastige patiënten bestaan niet, lastige patiënten zijn patiënten met een last en dat is totaal iets anders.

De presentiebeoefenaar heeft een open agenda.

De presentiebenadering loopt niet over van door andere uitgebroede bedoelingen. Doelen liggen niet vast, zeker niet van tevoren, we spreken eerder van doelrichting. De presentiebeoefenaar heeft een open agenda die de ander mag invullen. Open is ook de benadering van anderen: niet weten, je laten verrassen, je oordeel en handelen opschorten, de geleefde betekenis van het leven/het psychisch lijden goed tot

je door laten dringen. Door aanwezig te zijn, door op u af te laten komen wat komt, te luisteren of te praten, door een hand vast te houden, naast iemand te zitten, ... Door deze vormen van toewijding en aandacht, door deze luistervaardigheid en de benadering zonder vooroordeel ben je een rustbrenger in het vaak chaotische leven van de patiënt. Door deze liefdevolle omkadering en benadering kan je heel veel betekenen voor de patiënt. Ze voelen zich terug iemand.

Tot hier een kleine uiteenzetting omtrent een aantal kenmerken en aspecten van de presentietheorie. Ruimte ontbreekt me nu om hierop nu verder te gaan. Ik hoop wel dat een aantal mensen geprikkeld zullen zijn om hier iets meer rond te vernemen. De kans bestaat echter wel dat vele lezers zich zullen herkennen in dit concept en een zekere vanzelfsprekendheid zullen ervaren. Het zou me niet verwonderen dat vele medewerkers in de kenmerken van een presentiebeoefenaar herkennen wat ze al lang doen. Het is dan ook verleidelijk te denken dat de presentietheorie niet veel nieuws brengt. Verder houdt het ook een risico in: wat te snel herkend wordt, krijgt te weinig open aandacht, bij de betekenis ervan wordt niet stilgestaan en het 'nieuwe' loopt het risico te snel geklasseerd te worden als 'dat kennen we al'. Het is een fenomeen dat de meesten uit eigen ervaring kennen. Denk hierbij bijvoorbeeld even aan een voorbije vakantie-ervaring die je met iemand wil delen. Je start je verhaal met iets wat je aangegrepen heeft op die vakantiebestemming en de 'luisteraar' – die in het verleden daar ook zijn vakantie doorgebracht heeft – neemt het verhaal als het ware van u af door het te snel te herkennen en door zijn eigen verhaal naar voor te brengen waarbij uw verhaal geen noemenswaardige aandacht meer krijgt, terwijl u zelf zo duidelijk de verschillen ziet tussen wat hij/zij vertelt en wat u had willen vertellen. Neem dus niet te snel het verhaal van me af maar ik nodig éénieder uit – hierbij de tragische dood van Esmine Green indachtig – om zich verder met ons te verdiepen in de presentietheorie in de hoop dat we op termijn deze menslievende zorg verder vorm en inhoud kunnen geven in onze voorziening en dit ten bate van alle patiënten die op ons een beroep doen of nog zullen doen.

Koen Van Wauwe

Sinds 1 augustus 2008 heeft dr. Benedicte Monté haar activiteiten als psychiater opgenomen binnen onze voorziening. Zij vervangt dr. Bollengier op de afdelingen gerontopsychiatrie. Een uitgelezen moment voor de redactie om nader kennis te maken. Gewapend met een aantal vragen in de rugzak, planden we een ontmoeting. Onderstaand vindt u het relaas van een boeiend onderhoud.

Red.: *Dr. Monté, vooreerst wensen we u vanuit onze redactie een hartelijk welkom in onze voorziening en hopen dat u zich snel mag thuis voelen in het PC Zoete Nood Gods. Dank trouwens voor de tijd die u even voor ons vrijmaakt. Laten we dan ook beginnen met een 'klassieker': Kunt u even iets kort vertellen over uw opleiding aan onze lezers?*

Dr. Monté: Ik volgde de opleiding tot geneesheer-specialist in de psychiatrie aan de Katholieke Universiteit van Leuven en ben afgestudeerd op 31 juli 2008. Daarnaast volg ik ook de Postgraduaatopleiding Familie-, Systeem- en Relatetherapie aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Doorheen mijn specialisatiejaren ben ik in contact gekomen met diverse doelgroepen en settings. Ik volbracht ook een jaar neurologie, wat gezien de aard van de pathologieën bij ouderen een surplus betekent. Op 1 augustus 2008 ben ik gestart op de afdelingen gerontopsychiatrie in dit ziekenhuis. Daarnaast startte ik ook in het Therapiecentrum te Ninove.

Red.: *We horen u met een zekere warmte spreken over ouderen, gerontopsychiatrie. Het is fijn vast te stellen dat jonge artsen nog een expliciete keuze maken om met deze doelgroep*

te werken. Vanwaar uw voorkeur voor deze patiëntenpopulatie en hoe ziet u uw taak als psychiater hierbij?

Dr. Monté: Ik heb het voorbije jaar gewerkt op de dienst gerontopsychiatrie van het AZ Sint-Jan te Brugge en ben daar o.a. geraakt geworden door de warme en respectvolle zorg naar ouderen. De ouderenpopulatie is bijzonder kwetsbaar. Fysieke problemen kunnen ouderen snel uit hun evenwicht brengen. Eenzaamheid loert om de hoek: dierbaren bij wie ze vroeger steeds troost konden vinden, komen te overlijden. In het bijzonder wanneer dementie op het toneel verschijnt, kan de kwaliteit van het contact met de familie en steunfiguren gaan afnemen. Het ouder worden brengt ook onafwendbare beperkingen met zich mee in zelfredzaamheid en het omgaan hiermee is een beproeving voor de psychische gemoedsrust. Het proberen betekenisvol nabij zijn als hulpverlener bij dit complexe proces is een uitdaging, maar scheidt – wanneer succesvol – veel voldoening.

Red.: *U bent nu al enkele dagen aanwezig geweest in ons huis. U heeft waarschijnlijk al heel wat medewerkers leren kennen. Wat zijn uw eerste indrukken?*

Dr. Monté: Ik heb op mijn eerste dag mogen genieten van een hartelijke ontvangst. De vriendelijkheid en vlotte hulp van het team maken het mij uiteraard gemakkelijker om ingewerkt te geraken op de diensten. Er lijkt me een grote openheid om multidisciplinair te werken, wat des te meer van belang is in de zorg voor de dementerende oudere, die het zelf soms moeilijker met woorden kan brengen en waar innerlijke

belevingen vooral afgeleid dienen te worden uit zijn functioneren. Dr. Bollengier maakte een zeer dynamische indruk op mij en op de afdelingen zijn de sporen van zijn engagement en denkwerk voelbaar.

Red.: *Fijn te horen dat u zulk belang hecht aan het multidisciplinair werken, een pijler in de zorg die we hier inderdaad verder vorm en gestalte willen geven. Zijn er nog andere klemtonen of wensen die u heeft naar de geleverde zorg toe?*

Dr. Monté: Uiteraard verwacht ik dat we de bewoner en zijn netwerk met de meest deskundige zorg omringen. Binnen deze zorg hecht ik heel wat belang aan een drietal aspecten:

1. Aandacht voor de authenticiteit van de oudere patient

In het werken met ouderen lijkt het me nodig om de leefwereld van de oudere zoveel mogelijk naar boven te proberen halen. De politieke, maatschappelijke en culturele context enerzijds en het voor de patiënt specifieke levensverhaal anderzijds. Doorheen het leven ontwikkelen zich immers complexiteit en nuances, die maken dat elk levensverhaal uniek is. De persoonlijkheid, de professionele activiteiten en de sociale achtergrond spelen hierbij zeker een rol. Doch ook belangrijke levensgebeurtenissen en de manier waarop de persoon hiermee omgegaan is, duwen de patiënt soms in een interactiepatroon met de omgeving, dat wanneer de patiënt minder zelfredzaam en minder veerkrachtig wordt, kan terugslaan. Bovendien lijkt de persoonlijkheid ook een dynamische factor in zich te dragen, waardoor karaktertrekken met het ouder worden meer

Het proberen betekenisvol nabij zijn als hulpverlener bij het complexe proces van ouder worden en dementering is een uitdaging en scheidt – wanneer succesvol – veel voldoening.

Rubriek meegedeeld

In deze rubriek – die eveneens in de komende nummers zal terugkomen – wensen we allerhande korte informatie aan te reiken aan onze lezers. Deze informatie kan zeer verschillend zijn. Dit kan bijvoorbeeld zijn: een aankondiging van een belangrijke vormingsdag, de weergave van de synthese van het eindwerk van één van onze medewerkers, bepaalde procedures/afspraken die we nog eens onder de aandacht willen brengen, het vermelden van een belangrijke gebeurtenis in de geschiedenis van onze voorziening, ... Enerzijds zal deze rubriek opgevuld worden vanuit de redactieraad. Anderzijds doen we een oproep aan de lezers om zelf deze rubriek mee vorm en inhoud te geven. Voor meer info verwijzen we graag naar mevr. Bénédicte De Waele.

Van 'therapie(on)trouw' naar 'therapiebewustzijn'

Op 30 juni 2008 behaalde Kathleen Joos haar bachelor in de psychiatrische verpleegkunde (KaHo Sint-Lieven campus Waas). Het projectwerk van dit academiejaar kreeg de titel 'Van 'therapie(on)trouw' naar 'therapiebewustzijn'. Onderstaand vindt u een korte synthese van het ontstaan ervan. Voor bijkomende info kunt u steeds contact opnemen met Kathleen die tewerkgesteld is op de afdeling Sancta-Maria.

Mijn medestudenten (Anne-Marie De Keyzer, Ielke De Prycker, Jessica Blommaert, Liesje Drossaert-Vijt en Ludwig Nonneman) en ik kregen binnen de opleiding verpleegkunde – afstudeerrichting psychiatrie – de opdracht om in groep een boeiend en relevant onderwerp uit te diepen. Het thema 'therapie(on)trouw' en het zoeken naar een manier waarop therapietrouw waar nodig kan verhoogd worden, werd ons aangereikt vanuit het werkveld. Therapie(on)trouw heeft immers psycho-sociale en sociaal-economische gevolgen. Gedurende het verloop van ons project ontstond onderling een waardevolle samenwerking en

kregen we steun uit verschillende hoeken: de hoofdverpleegkundigen van de dagcentra 'De Kroonmolen' en 'De Balans' van het PC Sint-Hiëronymus te Sint-Niklaas (tevens onze projectmentoren), de docenten van de KaHo Sint-Lieven campus Waas; de dagcentra Madonna van het PC Broeders Alexianen te Boechout, Kliniek voor Dagbehandeling APZ Sint-Lucia te Sint-Niklaas, Dagcentrum Emmaus I van het PC te Melle en vanuit onze eigen voorziening het dagcentrum Emmaüs.

Exploratiefase

Uit literatuurstudie selecteerden we enkele definities met betrekking tot therapie(on)trouw. Therapie(on)trouw wordt o.a. gedefinieerd als: "Het niet opvolgen van een aanbevolen behandeling, hoewel de patiënt welbewust besloot om de gestelde behandeldoelen na te streven (qua medicatie, dieet – of andere behandelvoorschriften)". Medicatietrouw is uiteraard een heel belangrijk aspect, maar voor 'De Balans' en 'De Kroonmolen' niet zo een overheersend probleem en dus ook te eng. De projectmentoren hadden graag dat we therapietrouw begrepen vanuit een andere

vorm namelijk:

- de dagelijkse aanwezigheid in het dagcentrum;
 - de aanwezigheid op individuele gespreksmomenten;
 - de opvolging van de voorgeschreven behandeling.
- Tijdens deze exploratie ontdekten wij het begrip 'therapiebewustzijn', dat voortaan onze voorkeur draagt, als een minder veroordelend alternatief voor 'therapie(on)trouw'. Het is gemakkelijker voor patiënten als zij zich houden aan afspraken die zij vanuit zichzelf zijn aangegaan (therapietrouw als 'trouw' aan zichzelf). De patiënt is ervaringsdeskundige en weet veel over zijn specifieke situatie. Die kennis kan men koppelen aan de vakkennis van de zorgverlener waarbij gelijkwaardigheid, ondersteuning, erkenning van de kwaliteiten en mogelijkheden en wensen van de patiënt centraal staan.

Via een kleinschalige steekproef en een kort semi-gestructureerd interview werd therapiebewustzijn in vier andere dagcentra bevestigd. We ontdekten hierbij dat de perceptie rond 'therapie(on)trouw' verschilde van dagcentrum tot

Tijdens onze exploratie ontdekten we het begrip 'therapiebewustzijn' als minder veroordelend alternatief voor 'therapie(on)trouw'. Het is gemakkelijker voor patiënten als zij zich houden aan afspraken die zij vanuit zichzelf zijn aangegaan (therapietrouw als 'trouw' aan zichzelf).

(vervolg van p.7)

of minder op de voorgrond kunnen komen te staan. Zicht krijgen op het levensverhaal helpt te begrijpen hoe de oudere zich nu voelt en biedt handvaten om op een zo respectvolle en optimaal aangepast wijze nabij te kunnen zijn, bij de oudere patiënt, maar ook bij diens familie.

2. Aandacht voor het non-verbale
Niet enkel bij ouderen is een beeld soms krachtiger dan een stuk proza. Een zintuiglijke waarneming kan ons soms met een ongelooflijke kracht weer confronteren met een verloren gewaande herinnering of een nooit eerder uitgesproken gedachte. Proust beschreef dit zeer krachtig in zijn boek "A la recherche du temps perdu", toen hij in het doordrenkte koekje beet. Het werken met elementen van vroeger, o.a. beeldmateriaal, muziekfragmenten van vroeger, maar ook vroegere sport- of spelactiviteiten, kan een manier zijn om het gevoel van rust en veiligheid van vroeger naar boven te halen. Creatief bezig zijn kan

ook een uitlaatklep zijn voor onuitgesproken emoties of gedachten. Door iets tastbaars te maken over ons leven kunnen we tot het besef komen van nooit eerder uitgesproken onderlinge verbanden. In de zorg voor de oudere patiënt, getroffen door dementie kan het non-verbale werken aldus een manier zijn om emoties te kanaliseren, wanneer woorden minder voorhanden zijn.

3. Aandacht voor de relatie tussen de oudere patiënt en zijn dierbaren
Ouder worden gebeurt elke dag een beetje en dementie is elke dag een beetje afscheid nemen. Dit is initieel een beangstigende ervaring voor de patiënt zelf, wat nogal eens leidt tot pogingen tot camouflage en gevoelens van ontreding, angst en eenzaamheid. Naarmate de ziekte vordert, neemt het besef dan misschien wel af, maar doordat de realiteit niet meer goed geordend geraakt, nemen deze intense en pijnlijke gevoelens niet noodzakelijk mee af. Ook voor de

familie is het leven met een dementerend familielid een ware belasting: ook daar speelt aanvaarding en onmacht. De onzekerheid over wat "de patiënt nog beseft en wat niet" kan zeer knagend zijn en het lijkt me dan ook belangrijk een manier te vinden om de familie te steunen in dit proces en hen te helpen een plaats te vinden om alsnog op een betekenisvolle manier aanwezig te kunnen zijn bij de oudere. Het mee evolueren met de oudere is een grote uitdaging.

Red.: *Dr. Monté, bedankt voor dit fijne en openhartige gesprek. Doorheen uw verhaal horen we heel veel aandacht voor het aanleveren van een deskundige en menslievende zorg. We zijn er dan ook van overtuigd dat u voor onze patiënten en hun dierbaren heel wat zal kunnen betekenen. Vanuit de redactie wensen we u heel veel succes in deze opdracht!*

Ouder worden gebeurt elke dag een beetje en dementie is elke dag een beetje afscheid nemen.



Onze interventie kreeg de vorm van een beslissingsboom, gebaseerd op het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente.

dagcentrum. Motiverende gespreksvoering en rekening houden met de individuele noden van de patiënt blijkt echter een terugkerende factor te zijn in het bevorderen van therapiebewustzijn. Ook cognitieve gedragsverandering en werken rond ziekte-inzicht komen vaak aan bod en dit uiteraard gekaderd binnen de rehabilitatievisie.

Daarnaast deden we een beperkte behoefteanalyse bij 12 patiënten van de dagcentra 'De Balans' en 'De Kroonmolen' en probeerden we zicht te krijgen op de determinanten die voor hun een belangrijke rol spelen bij het al dan niet therapiebewustzijn. De voornaamste aspecten die voor hun motiverend werken zijn:

- zinnvolle taakbesteding
- resultaat zien en ervaren
- individuele voorkeur bij activiteiten
- een doel hebben
- zichzelf kunnen zijn
- sociaal contact
- ziekte-inzicht

De ideale hulpverlener is voor hun iemand:

- waarbij je steeds terecht kunt, die luistert naar de noden

- die hulp verleent waar nodig, houvast biedt in crisissituaties
- die niet te 'betuttelend' is
- die vriendelijk is, af en toe eens goed kan lachen, positief ingesteld
- die te vertrouwen is
- die een goede opleiding heeft gehad
- die geen stempel geeft, maar naar de 'persoon' kijkt

Patiënten gaven ons tevens een aantal redenen weer om niet naar een therapie te komen:

- nevenwerkingen van medicatie
- financiële problemen
- spanningen binnen de groep
- angst om bepaalde aspecten te delen
- onbegrip vanuit de context

Ook het verhaal van de verpleegkundigen die dagelijks in relatie gaan met deze patiënten, werd beluisterd. De verpleegkundigen op beide dagcentra zijn het erover eens dat er wel enige motivatie moet aanwezig zijn. Om de patiënt te motiveren, heeft iedere verpleegkundige zijn persoonlijke aanpak en attitude. Wat in de antwoorden regelmatig terugkomt, is het pro-

bleem bespreekbaar durven stellen, in gesprek gaan, individueel werken, nooit bestraffen, gelijkwaardigheid in de omgang met de patiënt, uitgaan van hun verlangens, continuïteit in de zorg.

Alle verpleegkundigen zijn het erover eens dat familieleden of belangrijke derden een zeer grote rol kunnen spelen in het beïnvloeden van de 'therapie(on)trouw'.

De verpleegkundigen menen dat de patiënten hun opname meestal als positief ervaren, een stap vooruit in een hoopvolle toekomst.

Ook ethische problemen kregen uitgebreid onze belangstelling. Bij deze ethische overdenking, waarbinnen de verpleegkundige kan stilstaan bij het eigen handelen, plaatsten we het begrip autonomie tegenover het paternalisme, om van daaruit de actuele basisvisie toe te lichten waarin de relatie tussen de verpleegkundigen en de patiënt en zijn context centraal staat. We schonken eveneens aandacht aan de rechten en plichten van verpleegkundigen en patiënten.

Besluitend kunnen we dan ook

stellen dat vanuit een beperkte behoefteanalyse van patiënten, beperkte bevraging van verpleegkundigen en contactpersonen van de dagcentra en literatuurstudie met betrekking tot de determinanten die therapiebewustzijn al dan niet beïnvloeden, is gebleken dat er heel veel factoren invloed kunnen hebben.

Betekenis voor de praktijk

Op basis van voorgaande gegevens, werd er dan nagedacht over een aantal bestaande mogelijkheden om met therapiebewustzijn om te gaan en werden deze in het projectwerk kort samengevat:

- Motiverende gespreksvoering
- Psycho-educatie
- Shared decision making
- Health counseling
- Het KOPP-model

Via het ASE-model (het ASE-model is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein & Ajzen en inzichten van Bandura en gaat over het verklaren van gedrag) en het transtheoretische model (ook model van stadia van gedragsverandering genoemd, waarbij een 4-tal fasen onderscheiden worden zoals precontemplatie, contemplatie, actie en behoud) poogden we te achterhalen wat schuilgaat achter bepaalde gedragingen die therapiebewustzijn begunstigen of bedreigen. Uit deze theoretische modellen maakten we een keuze en pasten deze toe op de probleemstelling van 'therapie(on)trouw' naar 'therapiebewustzijn'.

Onze interventie kreeg de vorm van een beslissingsboom, gebaseerd op het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente. Vertrekend vanuit de bereidheid om over zijn therapiebewustzijn te spreken en met respect voor zijn autonomie,

kan, via motiverende gespreksvoering, met de beslissingsboom en de karakteristieken eigen aan iedere fase van gedragsverandering, de fase bepaald worden waarin de patiënt zich bevindt. Om van daaruit de meest patiëntgerichte, fasespecifieke interventie te kiezen die de overgang naar een volgende fase vergemakkelijkt. Hierbij wordt continuïteit in de opvolging van de patiënt verzekerd en wordt herhal in de oude gewoonte gekaderd als leerervaring.

Deze interventie werd na de voorstelling aan de medewerkers van 'De Balans' en 'De Kroonmolen' als waardevol en bruikbaar geëvalueerd en reeds vóór onze presentatie aan de jury in het dagcentrum 'De Kroonmolen' succesvol toegepast.

Wij beschouwen ons projectrapport met zijn mogelijke interventie niet als de ultieme oplossing maar hopen toch een paar handvatten te kunnen aanreiken waardoor we de patiënten betekenisvol kunnen ondersteunen. Immers, het motiveren van patiënten zodat ze kunnen komen tot een gedragsverandering is één van de belangrijke taken van een hulpverlener. We zijn er dan ook van overtuigd dat het aangereikte model mogelijks ruimer bruikbaar kan zijn dan louter binnen de psycho-sociale rehabilitatie maar bijvoorbeeld ook bruikbaar kan zijn binnen de verslavingszorg.

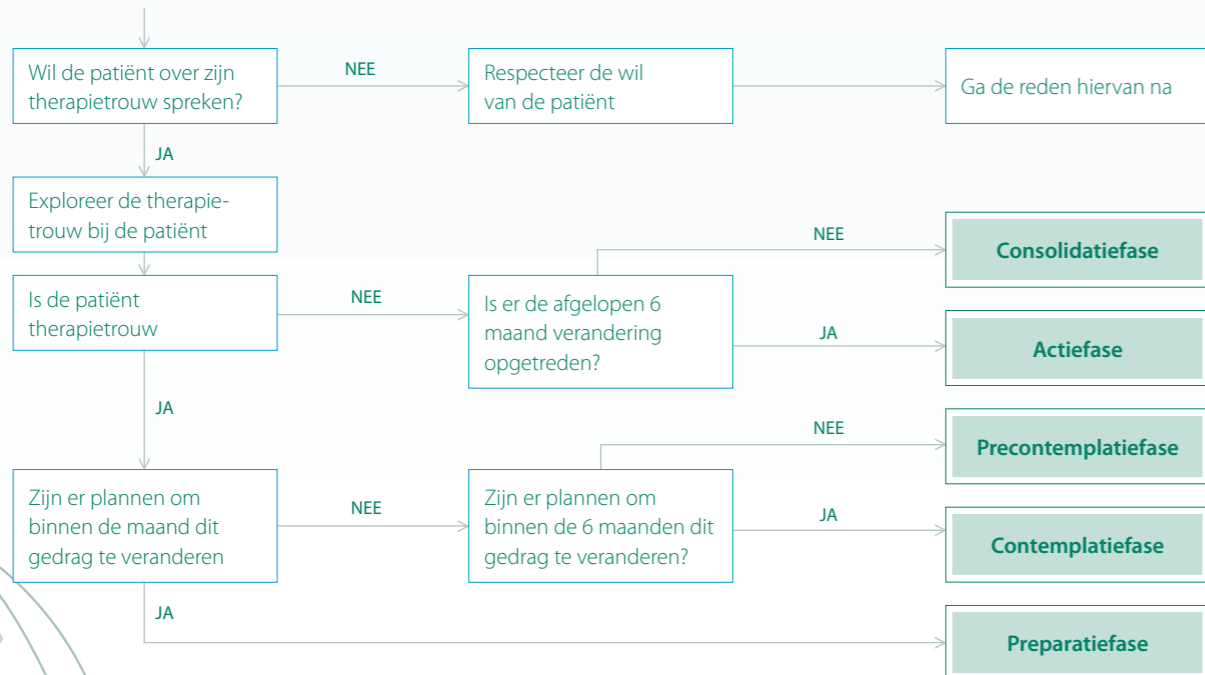
Uiteindelijk kan dit project beschouwd worden als een basis voor verder onderzoek binnen de complexe problematiek 'van therapie(on)trouw naar therapiebewustzijn', of verruimd worden naar nog andere situaties die buiten onze afbakening vallen.

Kathleen Joos



Veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente

Beslissingsboom



Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor:
Lede - Trimestrieel - September 2008

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: pc.zoetenoodgods@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:

A-Alarm en Slotencentrale Aalst - A&C Decor cvba Roeselare
Allgro bvba Sint-Lievens-Houtem - Alpheios Belgium nv Wilrijk
André De Stercke bvba Lochristi - Bakkerij Paverko nv Sint-Michiels
Blanco nv Wetteren - Charles Beaumont nv Gent - Fortis Lokeren
Claerhout nv Communicatiehuis Gent - Cosmolift Zwijnaarde
De Bruycker nv Nazareth-Eke - De Grom NV Erembodegem
IDEWE Zwijnaarde - Ingenieursbureau Asset nv Gent
Johnson Diversey Belgium - BVBA Kampenhout
Lucien Ysewijn bvba Buggenhout - Metos Aalst
Planofurn Waregem - Reizen De Ras bvba Lede
Safti Wetteren - Schaubroeck NV BA Tielt
Schelfhout bvba Zelzate - VK Studio Roeselare