



PSYCHIATRISCH CENTRUM  
ZOETE NOOD GODS

# Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor: Lede - Trimestrieel - Januari 2009

## Gelukkig Nieuwjaar!

Mag er veel goeds  
aan jou worden toegestuurd.  
Mag het kwade van jou  
worden afgehouden.

Mag je de zegen  
in je leven zien en ervan genieten.  
Goede mensen om jou heen:  
vriendschap en liefde  
genegenheid en begrip.  
Mensen die het niet opgeven:  
de droom van vrede en gerechtigheid  
voor allen en alles op aarde.

Mag je nu en dan  
omzien in het nieuwe jaar.  
Om je zegeningen te tellen.  
Om dankbaar te worden  
voor de zegen in je leven.

Mag je de innerlijke Kracht ontvangen  
om het uit te houden  
om in de vreugde te blijven  
om te beminnen-altijd-opnieuw-nieuw.  
Mag de taal van de Stilte  
jou vertellen over de diepte in elke werkelijkheid.  
Mag je misschien, ja waarom niet,  
worden aangeraakt en bewogen  
door Gods wonderde Aanwezigheid.

*Jean-Paul Vermassen*

### Rubrieken

Nieuwjaarswens	1
'Present', Caritas vrijwilligerswerking	2 & 3
In dialoog bouwen aan identiteit in de pluraliteit	4
Rubriek meegedeeld: Negativisme bij eetstoornissen	5 & 6
Het pilootproject voeding: een stand van zaken	7 & 8
Interview met dr. Hans Christiaens	9
Rubriek Afdeling in de kijker: Esperanza 0	10 & 11

# 'Present', Caritas vrijwilligerswerking

Sinds september 2002 wordt de vrijwilligerswerking van het Psychisch Centrum Zoete Nood Gods ondersteund door Caritas Gemeenschapsdienst. Caritas Gemeenschapsdienst bestaat sinds 1963-1964 en is ontstaan in een periode dat er een ernstig tekort was aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Vooral tijdens de weekends en de verlofperiodes kwam het personeel handen tekort. De basiszorgen waren wel verzekerd, maar voor tal van kleine dingen die zieken toch belangrijk vinden, was er geen ruimte meer. Door de jaren heen kende dit initiatief een uitbreiding over de grenzen van de provincies heen. In 2002 ging Caritas Gemeenschapsdienst een structurele samenwerkingsovereenkomst aan met de partnerorganisatie Steunpunt Vrijwilligerswerk Broeders van Liefde. Omdat de naam niet meer voldeed in deze tijd en vaak gelinkt werd aan het justitiële milieu – gemeenschapsdienst is een term voor alternatieve straffen – was de tijd rijp om op zoek te gaan naar een nieuwe naam, een nieuw logo en een nieuwe slogan.

#### Een nieuwe naam, een nieuw logo en een nieuwe slogan

Op 30 september 2007 was het dan zover: Caritas Gemeenschapsdienst werd 'Present, Caritas Vrijwilligerswerk'. Het nieuwe logo symboliseert de ontmoeting tussen 2 mensen, een welgemeende ontmoeting waarin mensen elkaar nabij zijn. Daarnaast zien we ook het strikje

van het cadeautje, het presentje, dat beetje extra dat de vrijwilliger wil zijn voor de zorgvrager. Onder een bepaalde hoek kan men er ook de P van Present in zien. Ook de nooit aflatende inzet vindt men er in terug, een stukje oneindigheid. De slogan 'Vrijwilligerswerk, het brengt niets op, je wordt er wel rijk van' paste niet meer bij de nieuwe naam en werd omgedoopt naar 'Present... jouw aanwezigheid, een geschenk'. De nieuwe slogan duidt erop dat de vrijwilliger echt aanwezig is. Het aanwezig zijn is niet iets dat echt moet, maar omdat het niet moet en toch gebeurt, wordt het ervaren als een geschenk door de zorgvrager. Door het vrijwilligerswerk te doen, wordt de vrijwilliger rijk van binnen. Deze innerlijke verrijking is ook een geschenk voor de vrijwilliger zelf.

#### Ondersteuning

Als organisatie heeft Present vooral een ondersteunende werking. De vrijwilliger voelt zich immers in de eerste plaats "thuis" in de voorziening waar hij zich inzet. Zich ter plaatse gedragen voelen, is voor de vrijwilliger doorslaggevend om zich al dan niet langer te blijven engageren. Toch is een ruimere ondersteuning meer dan welkom. Present wil hier werk van maken, en wel op drie vlakken: een specifiek aanbod naar vrijwilligers, een specifiek aanbod naar voorzieningen en een algemeen aanbod.

#### Voor de vrijwilligers

Er wordt 4 maal per jaar een *basisvorming* georganiseerd voor nieuwe vrijwilligers. Daarnaast wordt er

provinciaal 3 à 4 keer per jaar een *thematische vorming* georganiseerd. Als instelling kan men een beroep doen op *sprekers* voor plaatselijke vrijwilligersbijeenkomsten. Jaarlijks gaat er een *ontmoetingsdag* door voor al de vrijwilligers van Present. Alle vrijwilligers ontvangen gratis het tijdschrift Vitamine C waarin inhoudelijke artikels, ervaringen van vrijwilligers, een bezinning, enz. aan bod komen. Er is een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid en een ongevallenverzekering. Er is administratieve ondersteuning en mogelijkheid voor individuele opvolging en bemiddeling.

#### Voor instellingen en vrijwilligersverantwoordelijken

Hulp bij de opstart van nieuwe projecten, rekrutering van nieuwe vrijwilligers, vorming en ontmoeting van vrijwilligersverantwoordelijken en de opvolging van de instellingswerking.

#### Algemeen aanbod

Het vrijwilligerswerk is volop in evolutie. Present volgt de actualiteit, studies, publicaties, wetgeving en geeft dit door aan de vrijwilligersverantwoordelijken. Present doet aan beleid en visieontwikkeling en volgt ook de administratieve zaken op.

#### Plaatselijke organisatie

Momenteel zijn er 22 vrijwilligers actief in het PVT en 2 in het ziekenhuis. Hiervan zijn 12 vrijwilligers aangesloten bij Present en 12 vrijwilligers actief via het Rode Kruis. De meeste vrijwilligers zijn actief op de klassieke terreinen.

Er zijn een aantal *bezoekvrijwilligers* die op bezoek komen bij een individuele bewoner en met die bewoner bepaalde activiteiten doen zoals een wandeling, fietsen, samen naar de cafetaria gaan, een gezelschapsspel spelen, ... Ze geven op vraag *ondersteuning bij feestjes en uitstapen*. Sinds kort wordt op sommige afdelingen een vrijwilliger ingezet als *hulp in animatie en dagbezigheid*. Vrijwilligers worden ook gevraagd als *begeleiding bij pastorale activiteiten*. Rekrutering, selectie en opvolging gebeurt door de vrijwilligersverantwoordelijke, in samenwerking met de verantwoordelijken van de afdelingen.

Present draait als organisatie bijna volledig op vrijwilligers. De concrete organisatie van het vrijwilligerswerk is in elke provincie in handen van een ploeg vrijwilligers, begeleid door het nationaal secretariaat. Zij hanteert voor de organisatie van het vrijwilligerswerk in voorzieningen een samenwerkingsmodel. Dit betekent dat zowel de voorzieningen als Present een actieve bijdrage leveren in het ondersteunen van de

vrijwilligers. Het vrijwilligerswerk kan maar slagen als dit gedragen wordt. Er dient over gewaakt dat de vrijwilliger op een juiste manier wordt ingeschakeld. De vrijwilliger is rechtstreeks betrokken bij de bewoner of patiënt en voert geen taken uit die personeelsvervangend zijn.

Anne-Marie Perreman

Door het vrijwilligerswerk te doen, wordt de vrijwilliger rijk van binnen. Deze innerlijke verrijking is ook een geschenk voor de vrijwilliger zelf.



**PRESENT**  
Caritas Vrijwilligerswerk



De nieuwe slogan duidt erop dat de vrijwilliger aanwezig is. Het aanwezig zijn is niet iets dat echt moet, maar omdat het niet moet en toch gebeurt, wordt het ervaren als een geschenk door de zorgvrager.

# In dialoog bouwen aan identiteit in de pluraliteit

Recent vierde de congregatie haar 200-jarig bestaan. De christelijke identiteit en congregatieve spiritualiteit, als fundament van de ethische positie, pastorale werking en missie binnen de organisatie is net datgene wat die 200 jaar samenhoudt.

Recent vierde de congregatie Broeders Van Liefde haar 200-jarig bestaan. Meer dan ooit staan zij en hun organisatie uiteraard samen met anderen in Kerk, onderwijs, verzorging en welzijn, voor de uitdaging om adequaat in te spelen op en zich te bewegen binnen een snel veranderende culturele, maatschappelijke, juridische en politieke context. De christelijke identiteit en congregatieve spiritualiteit, als fundamentele doelstelling, als pastorale werking en missie binnen de organisatie is net datgene wat die 200 jaar samenhoudt. Als dusdanig staat zij buiten discussie. De implementatie en integratie van de ethiek, het pastoraat en de missie vragen evenwel om een geactualiseerde benadering. Daarom wil men vanuit de raad van bestuur aansturen op een verdere dynamiek rond missie en identiteit, rond gedeelde waarden en inspiratie.

In het verlengde van de reflecties en gesprekken over spiritualiteit, identiteit en missie die in het voorjaar van 2007 plaatsvonden, heeft de raad van bestuur met betrekking tot identiteit en missie drie fundamentele keuzes gemaakt:

- De eerste optie is dat men in dialoog wil bouwen aan identiteit in de pluraliteit. Het bevorderen van deze dialoog en dit bouwen in trouw aan onze wortels is een

fundamentele doelstelling die alle initiatieven met betrekking tot spiritualiteit, identiteit en missie moet doordeseemen. Ze is daarom ook de kritische toetssteen waaraan alle initiatieven en interventies hieromtrent afgemeten zullen moeten worden.

- Een tweede optie is dat we in dit bouwen een goed evenwicht willen nastreven tussen een top down en een bottom up benadering, tussen een centrale en een lokale werking. Dit veronderstelt dat er in de voorzieningen een eigen werking rond de missie uitgebouwd wordt.
- Een derde optie is dat we in dit bouwen vanuit de eigenheid van onze organisatie verbindend willen werken. Meerdere dwars-verbindingen verdienen hierbij de aandacht: die tussen werken in de diepte en in de breedte, tussen het sociale en het spirituele project, tussen organisatie en congregatie, tussen het centrale en het lokale niveau, tussen de drie sectoren, tussen voorzieningen, tussen onze en andere organisaties, ... Ook de wisselwerking tussen de regio's van de congregatie verdient de nodige aandacht.

Op 16 oktober ll. ging er een startdag door in het Vormingscentrum Guislain alwaar de achtergrond en het opzet van de nieuwe dynamiek

rond missie en identiteit uit de doeken werd gedaan en alle voorzieningen werden uitgenodigd tot een proces van reflectie – gevoerd op hun ritme – dat moet uitmonden in een verdiepte lokale werking rond identiteit. Het was vooral een dag van gesprek over hoe voorzieningen nu al werken rond identiteit en hoe dit nog verder kan uitgewerkt worden, getoetst aan bovenstaande opties.

Op deze dag werd aan alle instellingen gevraagd om een lokale kerngroep 'identiteit' op te richten, die kan fungeren als motor voor dit proces, dit naar analogie met de kerngroep Identiteit op centraal niveau. De leden van onze lokale kerngroep zijn: Dhr. Vandergraesen, Dhr. Eeckhaut, Dhr. Sinove, Dhr. De Bruecker, Mevr. Borms, Mevr. Sterck, Mevr. De Ganck, Dhr. Devos, Dhr. De Coninck, Dhr. Van Wauwe en Dhr. D'hondt. Binnen deze kerngroep zal dhr. D'hondt optreden als referentiemedewerker. Deze werkgroep zal ook nauw samenwerken met de verantwoordelijken van corporate identity. In het verleden werden in deze werkgroep immers al vele initiatieven genomen om de identiteit van onze instelling meer in de verf te zetten.

Koen D'hondt  
Rik De Coninck

# Rubriek: Meegedeeld

Op 30 juni 2008 behaalde Ann Vander Bauwhede haar bachelor in de psychiatrische verpleegkunde. Haar eindwerk handelde over 'negativisme bij eetstoornissen en de verpleegkundige begeleiding

hierbij'. Onderstaand vindt u een korte synthese van haar eindwerk. Voor meer info verwijzen we u graag naar Ann die tewerkgesteld is op de afdeling Providentia.

## Negativisme bij eetstoornissen: aandachtspunten voor verpleegkundige begeleiding

**Er bestaan verschillende visies over de oorzaken van een eetstoornis. Zo stelt Vandereycken (2001) dat een eetstoornis ontstaat wanneer ideaal en werkelijk lichaamsbeeld van elkaar afwijken. Volgens Vervaeke en De Jonge (2002) is een eetstoornis een antwoord op ontwikkelingsproblemen, en volgens Claude-Pierre (2006) zijn eetstoornispatiënten het slachtoffer van negativisme.**

Wie met eetstoornispatiënten werkt, merkt inderdaad dat deze patiënten vaak zeer negatief ingesteld zijn, wat vaak ook samengaat met het manipuleren van hun behandeling of met zelfverwonding. Dit leidt tot veel frustratie, zowel bij de verpleegkundigen, als bij de patiënten zelf en hun familie en vrienden. Vandaar de vraag: Zouden verpleegkundigen de patiënten niet beter kunnen begeleiden indien ze rekening hielden met "negativisme"? Het antwoord is positief. Immers, indien verpleegkundigen aandacht hebben voor negativisme, dan kunnen ze meer begrip opbrengen voor de reactie van de patiënten. Op deze wijze kan hun frustratie omgezet worden tot motivatie om de patiënten

beter te begeleiden, waardoor de patiënten zich ook beter begrepen gaan voelen. Maar, hoe pakken verpleegkundigen dit het best aan? Hier volgt een kort overzicht van enkele (algemene) punten waar verpleegkundigen die eetstoornispatiënten begeleiden aandacht aan kunnen schenken.

### Een verlangen naar hulp is bij elk slachtoffer aanwezig

Patiënten die sondevoeding weggieten doen dit niet om de behandeling te manipuleren en hulp te weigeren, maar omdat hen dit wordt opgedragen door hun innerlijke negatieve gedachten. Hun gezonde denker wenst hulp en men zoekt steeds naar hulp. Het is aan de hulpverleners om een veiligheid in te bouwen zodat men deze innerlijke negativist kan stoppen. Maar dit kan alleen als de hulpverleners de innerlijke taal van deze negatieve gedachten kennen.

### Probeer slachtoffers los te zien van hun ziekte en gedrag

Patiënten worden vaak bestookt met negatieve gedachten en gaan vaak over tot onaanvaardbaar gedrag. Indien patiënten weigeren

hun automutilatiewonden te laten verzorgen en de verpleegkundigen bestoken met allerhande beschuldigingen betreffende de verzorging, dan moeten de hulpverleners proberen de patiënten los te zien van dit gedrag. Patiënten reageren vaak uit angst of voelen zich onwaardig om deze verzorging toe te laten. Bovendien kan de verzorging eerdere negatieve ervaringen bij hen naar boven brengen. De negatieve opmerkingen naar de verpleegkundigen toe hebben dus niets te maken met de zorgen die ze toedienen, maar met de angsten van de patiënten.

### Probeer slachtoffers onvoorwaardelijk te steunen

Patiënten hebben vaak te maken met onophoudelijke negatieve gedachten ten opzichte van zichzelf. Ze denken dat ze het niet waard zijn om gelukkig te zijn. Ze leven in angst om door de omgeving te worden afgewezen omwille van hun gedrag. Vandaar dat het belangrijk is enkel het gedrag te bestraffen en nooit de persoon. Verpleegkundigen mogen nooit iets tegenover hun zorgen zetten. Indien een patiënt er niet in slaagt zijn behandeling te volgen, kan dit

Wie met eetstoornispatiënten werkt, merkt dat de patiënten vaak zeer negatief ingesteld zijn, wat vaak ook samengaat met het manipuleren van hun behandeling of met zelfverwonding.

(vervolg van p. 5)

geen reden zijn om de patiënt niet meer te steunen in zijn behandeling. Onvoorwaardelijke steun neutraliseert de negatieve gedachten en patiënten leren op die manier opnieuw gezond te leven en te denken.

**Probeer de betekenis van het gedrag van slachtoffers van eetstoornissen te achterhalen**

Verpleegkundigen moeten er van uitgaan dat patiënten zich niet altijd gedragen zoals ze dat zelf zouden willen. Vaak doen ze dingen om hun innerlijke negativist het zwijgen op te leggen. Ze hopen dat de hulpverleners dit gedrag kunnen herkennen. Indien patiënten, bijvoorbeeld, vragen om alleen op hun kamer te mogen eten omdat ze dan meer kansen hebben om een maaltijd over te slaan, dan verlangen ze dat hulpverleners dit merken en hen vragen waarom ze alleen willen eten. De patiënten hopen

dat de hulpverleners de motieven achter hun vraag kunnen achterhalen. Indien verpleegkundigen dit inderdaad merken, dan wordt het vertrouwen versterkt en weten de patiënten dat de hulpverleners inzien dat hun vraag in opdracht van hun negatieve gedachten werd gesteld, en dat ze veel liever eten onder begeleiding.

**Objectief denken bevorderen**

Vaak zijn mensen met een eetstoornis niet in staat om gebeurtenissen op realistische manier in te schatten. Ze denken dat ze de oorzaak en de schuld zijn van de dingen die anderen overkomen. Men moet als hulpverlener duidelijk maken dat de schuld van bepaalde dingen ook bij de anderen kan liggen. Men moet hen erop wijzen dat er een verschil is in wat ze denken te zien en wat er echt gebeurt.

Negativisme speelt een belangrijke rol bij de behandeling van eetstoornispatiënten.

Verpleegkundigen die zich bewust zijn van de rol die negativisme speelt, zijn minder gefrustreerd en kunnen de patiënten beter begeleiden. Hierdoor voelt de patiënt zich ook beter begrepen. Een eetstoornis kan men niet overwinnen door enkel eetgedrag of gewicht aan te pakken. Men dient aandacht te hebben voor zowel eetgedrag, gewicht, als negativiteit, en, uiteraard, moet ook de wil van de patiënt aanwezig zijn, alvorens men in staat zal zijn een eetstoornis te overwinnen.

Ann Vander Bauwhede

**Verpleegkundigen die zich bewust zijn van de rol die negativisme speelt, zijn minder gefrustreerd en kunnen de patiënten hierdoor beter begeleiden.**

# Het pilootproject voeding: een stand van zaken

**In juni 2007 ontving onze voorziening een schrijven van de FOD (Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu) met een oproep tot kandidaatstelling voor een pilootproject met het oog op het aanstellen van een voedingsverantwoordelijke en een voedingsteam in het kader van het nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België (NVGP-B). In respons op deze oproep hebben wij ons kandidaat gesteld en in september heeft men ons meegedeeld dat het project van start ging op 1 oktober 2007. In totaal hebben 40 ziekenhuizen zich ingeschreven voor dit project en alle deelnemende instellingen ontvangen hiervoor € 10 000.**

Binnen onze voorziening wordt er heel wat aandacht besteed aan het verstrekken van kwaliteitsvolle zorg. Dit project wordt dan ook volledig ingepast in het algemene kwaliteitsbeleid. Enerzijds wordt er al lang gewerkt conform de vereisten van de overheid i.v.m. kwaliteit en veiligheid, anderzijds wordt er getracht om ook nog eigen kwaliteitsprojecten op te stellen. Zo zijn we in april 2006 gestart met een kwaliteitsproject over de verbetering van de communicatie tussen de voedingsdienst en de verschillende afdelingen met daarbij aandacht voor de voedingsnoden van de patiënt. Het feit dat deze groep op geregelde tijdstippen al samen kwam en de thematiek al projectmatig benaderde, lijkt ons een surplus in het ontwikkelen van een voedingsbeleid. Zo werd in het recente verleden al eens een berekening gedaan van de voedingswaarde van de hoofdmaaltijd en de resultaten hiervan

vergeleken met de vooropgestelde normen voor ouderen. Verder zijn we in 2005 gestart op de verschillende afdelingen met het energieprogramma. In dit psycho-educatief programma gingen we vooral in op de thematiek van voeding en de preventie van overgewicht. Deze kennis is zich nu aan het ontwikkelen binnen het centrum. Graag hadden we dan ook onze kwaliteitsvolle zorg over de 'ondervoede' patiënt verder opgebouwd.

Vanuit onze voorziening zijn we ingestapt met de Sp-afdeling Theresia. Op deze psycho-geriatrische afdeling richten we ons in hoofdzaak naar de behandeling en begeleiding van de ouderen met o.a. cognitieve stoornissen (dementie). Niet alleen het dementerende gedrag op zich, maar ook de daarbij horende gedragsproblemen zorgen vaak voor een verminderde voedselinname bij de patiënt. Binnen dit pilootproject wilden we dan ook nagaan in hoeverre de bestaande richtlijn concreet vertaald kan worden binnen het psychiatrische werkveld en in het bijzonder bij deze psycho-geriatrische populatie.

In onze aanpak op de afdeling Theresia vinden we dat het in de eerste plaats de taak is van de diëtiste om alle ondervoede patiënten te screenen maar daarnaast willen we eveneens dat alle andere disciplines hierbij betrokken worden. Dit impliceert dat alle ondervoede patiënten wekelijks op de patiëntenbespreking dienen geëvalueerd te worden. In de aanpak van de voedingsproblematiek op de afdeling Theresia werden reeds volgende keuzes gemaakt:

- In het actieplan wordt er zoveel mogelijk voor gekozen om de voeding te ondersteunen met orale voedingssupplementen (in de normale en natuurlijke consistentie).
- De zelfstandigheid van de patiënten wordt zoveel mogelijk bevorderd. Men wil de zelfzorg zoveel mogelijk stimuleren (model van Orem). Hiervoor wil men ook de patiënten gaan groeperen tijdens het maaltijdgebeuren.
- De oorzaak wordt zoveel mogelijk direct aangepakt: bij de concrete aanpak van ondervoeding wordt er zoveel mogelijk vertrokken vanuit de verpleegproblemen: 'weigeren van voeding', 'ziekte', 'slikproblemen' en 'kauwproblemen'.
- Op het vlak van interne communicatie werden al een aantal documenten op het intranet ter beschikking gesteld, zodat zij tegelijkertijd door de verschillende disciplines kunnen geraadpleegd worden.
- De externe communicatie bij opname en ontslag zal meer onze aandacht verdienen: wij kiezen ervoor om bij alle opnames de rol van de familie en/of de begeleiders te benadrukken. Ook de transmurale aanpak bij ontslag moet verbeteren. Er werd een aangepast ontslagdocument ontworpen en de contacten via reeds bestaande samenwerkingsverbanden dienen nog meer uitgewerkt. Het is namelijk zo dat we op de afdeling voor psycho-geriatrie o.a. een grote instroom van patiënten zien vanuit de thuiszorg en residentiële voorzieningen (woon- en zorgcentra). Momenteel wordt er nog maar weinig aandacht besteed aan het voedingsplan van de patiënt. We zijn ervan overtuigd dat door het participeren aan dit project we ook

**Vanuit onze voorziening zijn we ingestapt met de Sp-afdeling Theresia. Niet alleen het demeterende gedrag op zich, maar ook de daarbij horende gedragsproblemen zorgen vaak voor een verminderde voedselinname bij de patiënt.**



# Interview met dr. Hans Christiaens



Het is de bedoeling om dit project te laten uitdeinen naar andere afdelingen. Zeker naar de afdelingen die te maken hebben met ondervoeding.

(vervolg van p.7)

gerichter informatie kunnen doorgeven naar de thuiszorg bij het ontslag van de patiënt.

In ons ziekenhuis worden de maaltijden momenteel op de afdelingen op een verschillende wijze aangeboden. Van self-service (patiënten proportioneren zelf) tot het volledig overnemen van het voedingsgebeuren bij de patiënt (patiënten worden gevoed). Vanuit o.a. het milieutherapeutisch denken, worden er vanuit de directie kritische vragen gesteld over de gehanteerde organisatie. Door participatie aan dit project wensen we de bestaande organisatie kritisch te kunnen bekijken en menen we dat we – op termijn – een juist leefklimaat kunnen aanbieden, waarbij de omgevingsfactoren zoals de sfeer, de infrastructuur, de bediening, de gedragsinterventies van de medewerkers, de bestaafing, ... allen bijdragen tot een optimaal afdelingsklimaat t.b.v. het maaltijdgebeuren.

Wanneer we momenteel de dagdagelijkse praktijk beschouwen, merken we dat heel wat voedingsmiddelen die geleverd worden aan de afdeling, opnieuw de afdeling verlaten zonder benut te zijn. Vanuit de HACCP-reglementering betekent dit dat deze 'overschotten' naar de afvalberg verwezen worden. Dit voedselafval betekent enerzijds een gigantische kost op jaarbasis. We wensen het hier dan nog niet te hebben over de ethische aspecten ervan. Anderzijds gaan we er vanuit dat er toch een aantal 'ondervoede' patiënten zich binnen het centrum bevinden. Wij hopen dat een aangepast en doorgevoerd voedingsbeleid een positieve bijdrage kan leveren aan het terugdringen van zowel de directe voedingskost als de indirecte kosten (o.a. langere verblijfsduur door ondervoeding, verhoogd medicatiegebruik).

Sinds oktober is het bekend dat er vanuit de federale overheid een verdere financiering zal voorzien worden voor een voortzetting van dit project. Dit wil zeggen dat alle ziekenhuizen die een positieve evaluatie krijgen dit werk mogen verder zetten. Het is daarna de bedoeling om dit project binnen onze voorziening te laten uitdeinen naar andere afdelingen. Zeker naar de afdelingen die te maken hebben met ondervoeding. De procedures en de documenten die op Theresia werden ontwikkeld, zullen ook aan die afdelingen ter beschikking worden gesteld. Al van bij de aanvang van het project werd één van onze diëtisten aangesteld als algemeen voedingsverantwoordelijke (overkoepelend) maar sinds september 2008 werd er ook voor gekozen om op elke afdeling een 'referentiepersoon voeding en gezonder leven' aan te stellen. Onze voorziening probeert nu eveneens middelen vrij te maken om vanaf 2009 een diëtist voor 50% op de afdelingen zelf in te schakelen. Daarnaast blijft opleiding onze volle aandacht vragen en daarom zal er op de pilootafdeling in februari 2009 een 'training on the job' plaats vinden.

De verdere 'veralgemening naar het volledige ziekenhuis' wat in 2007-2008 vooral met communicatie en informatie werd aangevat, zal verder worden opgevolgd. Onze hoofddoelstelling blijft in 2008-2009 om de kwalitatieve zorg rond voeding binnen het Psychiatrisch Centrum Lede te versterken. We willen dit ondermeer doen door twee reeds geïmplementeerde projecten – voedingsproject omtrent ondervoeding en 'Energie & Mijn Gezondheid' – project omtrent overvoeding – elkaar te laten versterken. **Het project ondervoeding** kijkt naar voeding vanuit de verant-

woordelijkheid van de instelling/zorgverlener en wenst organisatorische en structurele processen te versterken (vertrekt vanuit een probleem). **Het project 'Energie'** wenst de patiënt centraal te stellen in het proces naar een evenwichtige voedingsgewoonte (als onderdeel van gezondere leefgewoonten), waarbij instelling en zorgverleners de patiënt ondersteunen om zelf te ijveren voor een gezondere keuze, maar ook door zelf gezondere keuzes te maken (vertrekt vanuit een aandachtspunt). Door de combinatie van deze projecten kunnen een aantal organisatorische en structurele keuzes gezonder leven toegankelijker maken voor mensen binnen de GGZ.

Gezien de verplichtingen van het contract zal onze voorziening uiteraard verder de screenings uitvoeren en de andere gegevens verzamelen zodat het probleem van malnutritie zo volledig mogelijk in kaart kan gebracht worden (bij start, tijdens verblijf, enz.). Maar daarnaast willen wij ook terug een tevredenheidsbevraging doen over het voedingsgebeuren in onze instelling, zodat onze eigen diensten over zoveel mogelijk info beschikken. Wij streven er tenslotte naar om in 2008-2009 de interdisciplinaire communicatie (arts, verpleegkundigen, therapeuten, logistieke diensten, ..., directie en staf) te kunnen versterken en ons eveneens te focussen op de externe communicatie met het netwerk na ontslag (huisarts, familie, andere voorzieningen, ...).

Koen D'hondt

Sinds 11 augustus 2008 heeft dr. Hans Christiaens zijn activiteiten als omnipracticus in ons centrum opgenomen. Een goed moment voor de redactie om nader kennis te maken. Gewapend met een aantal vragen in de hand, planden we een ontmoeting. Onderstaand vindt u het relaas van een boeiend onderhoud.

**Red.:** *Dr. Christiaens, vooreerst wensen we u – vanuit onze redactie – een hartelijke 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 uzelf en uw opleiding aan onze lezers?*

**Dr. Christiaens:** Ik ben in 1974 in Mechelen geboren. Net voor de geboorte van mijn broer, bijna drie jaar later, verhuisde ons gezin naar het landelijke Keerbergen, waar ik mijn hele jeugd heb doorgebracht. Op 17-jarige leeftijd ging ik op 'kot' in Brussel en begon ik aan de studies geneeskunde. De stage voor de opleiding huisartsgeneeskunde bracht me naar Lede, waar ik me definitief heb gevestigd na de overname van een huisartspraktijk.

**Red.:** *Uw keuze om als omnipracticus een aantal uren aanwezig te zijn binnen onze voorziening getuigt van enige affiniteit met de geestelijke gezondheidszorg. Kunt u daar iets meer over vertellen?*

**Dr. Christiaens:** Misschien kan ik dit best illustreren met een kleine anekdote. Op een gegeven moment tijdens mijn studies brak het moment aan om te starten met de klinische stages in het ziekenhuis.

Naast de verplichte stages (bijvoorbeeld op de afdelingen interne geneeskunde en heelkunde) vroeg men ons twee stages zelf te kiezen. Ik koos voor pediatrie en psychiatrie. Die keuze illustreert goed dat geneeskunde voor mij meer moet zijn dan het behandelen van een ziekte. In specialisaties als psychiatrie, pediatrie en mijn uiteindelijke keuze, de huisartsgeneeskunde, kan men zich niet beperken tot (een onderdeel van) het menselijke lichaam maar is er nood aan een bredere kijk. De patiënt is immers een denkend en voelend persoon die daarenboven interageert met zijn of haar omgeving. Het is deze interesse voor de "mens naast de patiënt" die me ook aantrekt in het werk.

**Red.:** *Fijn dit te horen. U bent nu al enkele maanden werkzaam binnen onze voorziening. U heeft waarschijnlijk al heel wat patiënten/bewoners en medewerkers leren kennen. Wat zijn uw eerste indrukken/ervaringen?*

**Dr. Christiaens:** De vriendelijke ontvangst door bereidwillige medewerkers gaf me onmiddellijk het gevoel dat ik deel uitmaakte van het team. Mijn aanpassing aan de nieuwe werkomgeving verliep daardoor zonder problemen. Daarnaast krijg ik de indruk dat dit ook voor de patiënten geldt. Op de afdelingen heerst geen steriele ziekenhuissfeer en voor velen is het centrum een tweede thuis geworden, een veilige haven waar ze rust en begrip vinden.

**Red.:** *Eén van de moeilijkheden die u zult ervaren is dat patiënten zich zullen aanmelden met fysieke klachten die mogelijks beïnvloed worden vanuit hun psychisch onwelbevinden. Hoe ga je daar als omnipracticus mee om?*

**Dr. Christiaens:** U haalt hier een moeilijk aspect aan waar een omnipracticus dagelijks mee geconfronteerd wordt. Het klassieke voorbeeld is buikpijn. Buikpijn kan een symptoom zijn van een ernstige aandoening maar kan eveneens een lichamelijke uiting zijn van een onderliggend emotioneel probleem. Het correcte onderscheid maken is een uitdaging, vooral bij patiënten die minder weerbaar zijn of waar de communicatie moeizaam verloopt, met name kinderen en psychiatrische patiënten. Eén van de manieren om bij het zoeken naar een diagnose op het goede spoor te blijven, is kijken en luisteren naar de patiënt. Dit is even belangrijk als het klinisch en eventueel bijkomende technisch onderzoek.

**Red.:** *Dr. Christiaens, heeft u zelf nog een boodschap/verwachting naar de medewerkers in het omgaan met de fysieke klachten van de patiënten/bewoners?*

**Dr. Christiaens:** Ik gaf daarnet reeds een deel van het antwoord op deze vraag. Is het niet duidelijk of iemands klachten wijzen op een lichamenlijk probleem, observeer en praat dan met de patiënt. Intuïtie en ervaring stellen je vaak in staat een goede inschatting te maken. In geval van ongerustheid of twijfel is de bewoner na overleg met de psychiater natuurlijk steeds welkom op de raadpleging.

**Red.:** *Dr. Christiaens, met dank voor dit fijne en openhartige gesprek. Vanuit de redactie wensen we u heel veel succes in deze opdracht.*

Voor mij moet geneeskunde meer zijn dan het behandelen van een ziekte. De patiënt is immers een denkend en voelend persoon die daarenboven interageert met zijn of haar omgeving.

# Rubriek Afdeling in de kijker: Esperanza 0

Binnen dit patiënt-gericht handelingskader wordt gebruik gemaakt van een aantal basishandelingen: preventie, containment en support.

Het voorbije jaar werd er door de verschillende leden van de afdelingen (stuurgroep en basismedewerkers) naarstig gewerkt omtrent het reflecteren over hun afdelingswerking. Sommige afdelingen hielden hiervoor denkdagen, op andere afdelingen werden diverse werkgroepjes opgericht, op weer andere afdelingen werden er meer teamvergaderingen gehouden en dit alles vanuit de cruciale vraag/opdracht na te denken over de (toekomstige) opdracht van hun afdeling. In vakjargon spreken we hierbij over het bepalen en uitschrijven van hun afdelingsvisie. Momenteel zijn de verschillende afdelingsvisies uitgeschreven en worden ze nu één voor één met het voltallige directieteam besproken. In deze rubriek wensen we dan ook verslag uit te brengen van de (goedgekeurde) afdelingsvisie. Het moment dus om een afdeling eens in de kijker te plaatsen. De spits wordt afgebeten door de afdeling Esperanza 0.

Esperanza 0 of de psychiatrisch intensieve zorgafdeling van het PC Zoete Nood God

De afdeling Esperanza 0 kunnen we omschrijven als een crisis- en gesloten opnamedienst die intensieve psychiatrische zorg aanbiedt aan 24 patiënten. Men richt zich hierbij in hoofdzaak naar de leeftijdscategorie volwassenen.

Wat de **doelgroep** betreft, worden een 4-tal groepen onderscheiden. Vooreerst betreft het patiënten die in crisis vertoeven en waarbij een onmiddellijke respons dient gegeven te worden op een kritische

situatie. Deze patiënten kunnen van buiten de voorziening komen of kunnen patiënten zijn die reeds op een behandelzorgafdeling verblijven doch die nood hebben aan deze intensieve zorgafdeling. Ten tweede worden op deze afdeling ook de patiënten opgenomen in het kader van de gedwongen opname. Ten derde biedt de afdeling ook behandeling en begeleiding aan patiënten die tijdelijk in time-out worden geplaatst vanuit een andere afdeling. Hierbij is het wel belangrijk om aan te stippen dat de periode van time-out en de doelstelling van deze time-out, de opvolging van de patiënt steeds in nauw overleg met de verwijzende afdeling gebeurt en dat de patiënt in principe steeds terug gaat naar de verwijzende afdeling. Essentieel hierbij is dat er goede afspraken geformuleerd worden om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Tot slot worden op de afdeling ook patiënten opgenomen en dit voor een korte behandeling, bijvoorbeeld een op puntstelling van medicatie. Nadien wordt de patiënt terug ontslagen naar zijn milieu van herkomst. We kunnen dus besluiten dat Esperanza 0 zich richt naar een heterogene patiëntengroep met complexe noden en waarbij er voor sommige patiënten een risico is op zelfverwondend en/of agressief gedrag. Het kunnen beschikken over een afsluitbare structuur is dan ook een beschermend element in de behandeling en begeleiding van deze doelgroep. Wil de afdeling de functie van opname kunnen blijven opnemen dan is een goede opname- en mutatiepolitiek een conditio sine qua non zodat enerzijds de patiënten

vlot hun intensieve zorgbehandeling kunnen krijgen maar anderzijds ook dat ze snel de afdeling kunnen verlaten en terug inschuiven in het voor hun geschikte zorgprogramma. In 2009 wensen we dan ook het opname- en transferbeleid verder onder de loupe te nemen. Wat betekent dit nu het concept van intensieve zorgen voor de **competenties** van het multidisciplinaire team? Het moge duidelijk zijn dat dit team de opdracht heeft telkens opnieuw een antwoord te formuleren op vragen als: Hoe kunnen we patiënten helpen in het omgaan met hun angsten, kwellingen, verdriet, lijden? Hoe kunnen we omgaan met het agressief, heftig, gewelddadig, bedreigend, onvoorspelbaar gedrag? Hoe kunnen we patiënten in crisis tot rust brengen? Hoe kunnen we omgaan met patiënten die gedwongen worden geplaatst op deze afdeling en waarbij elk ziekte-inzicht ontbreekt?

**Hoe winnen we het vertrouwen van de patiënten?**

Vanuit deze vragen die zich steeds opnieuw stellen, werd ervoor gekozen om resoluut te kiezen voor een zeer patiënt-gericht handelingskader. Dit betekent dat de hulpverleners zich richten naar de noden van de patiënt en van daaruit trachten een vertrouwensband op te bouwen, een motivatieproces op gang te brengen. Daarnaast wordt er heel wat aandacht besteed aan het verzamelen van info en wordt in eerste instantie gewerkt naar een symptoomreductie en stabilisatie van de klinische toestand van de patiënten. Eénmaal de crisis achter de rug is en er een éénduidige probleemdefiniëring is, wordt de

patiënt naar het passende zorgprogramma toegeleid.

Binnen dit patiënt-gericht handelingskader, het omgaan met de crisis van de patiënt, wordt binnen het therapeutisch referentiekader/therapeutisch handelen gebruik gemaakt van een aantal basishandelingen in het omgaan met deze patiëntendoelgroep. We benoemen er enkele:

Een eerste basis of grondhouding omschrijven we als **'presentie'**. Dit betekent er zijn voor de andere. Het is een voelbare en beschermende aanwezigheid naar de patiënt. Presentie wordt ook wel als volgt gedefinieerd: Het is een gerichtheid op de patiënt ongeacht hoe hij/zij zich aandient. Het is luisteren naar de patiënt zonder daarbij al een oordeel gevormd te hebben. Een praktijk waarbij de zorgverlener zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dit is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw. Een tweede grondhouding is deze

van **'containment'**. Dit betekent dat patiënten de ruimte krijgen om hun kwaadheid en moeilijke emoties uit te brengen zonder dat dit verder dient te escaleren. Het is juist door de gepaste interventies van de medewerkers dat de patiënt de mogelijkheid krijgt om het diepste wat hem beroert te uiten. Een derde grondhouding noemen we **'support'**. De hulpverleners van Esperanza 0 zijn in staat om de patiënt daadwerkelijk te ondersteunen, om een omgeving te scheppen waarbij hij zich veilig, comfortabel, minder angstig kan voelen. Dit betekent enerzijds dat het heel belangrijk is de nodige info te verschaffen zodat de patiënt terug vat krijgt op de werkelijkheid en anderzijds ook de nodige veiligheid kan bieden. Dit betekent ook de nodige structuur aanbieden. Immers een duidelijke structuur en voorspelbaarheid verminderen de angst.

Buiten deze grondhoudingen is een **goede interdisciplinaire samenwerking** onontbeerlijk. Meer nog, het is pas vanuit een gemeenschappelijke focus en gezamenlijk gedragen behandeling dat de begeleiding/behandeling enige kans op succes maakt. Er wordt dan ook gewerkt met een multidisciplinair behandelplan met daarin aandacht voor zorg op maat. Regelmatig overleg, een goede informatiestrooming, de erkenning van elkaars discipline, het samen zorgen voor de patiënt, het elkaar steunen wan-

neer men vastloopt in de behandeling, ... zijn dan ook elementen die cruciaal zijn binnen deze interdisciplinaire werking. Het moge ook duidelijk zijn dat er op de afdeling Esperanza 0 geen protocollaire behandelplannen of een standaard behandelprogramma is uitgebouwd maar dat de individuele benadering, zorg op maat en continuïteit van zorg de focus binnen de behandeling zijn.

We kunnen besluitend zeggen dat de afdeling Esperanza 0 een ambitieuze afdelingsvisie heeft waarbij het noodzakelijk zal zijn om een aantal processen te herbekijken en te herschrijven in functie van de opdracht. Momenteel worden de processen opname en patiëntentoe wijzing ook reeds herbekeken en in het komende jaar zullen er wellicht nog een aantal volgen zoals het mutatiebeleid, de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, de samenwerking met justitie en dit in het kader van de gedwongen opnames, de samenwerking met de verschillende zorgprogramma's,... We wensen het team dan ook heel veel succes met de verdere uitwerking van deze afdelingsvisie, sterke schouders om het lijden van de patiënten mee te dragen en een goede teamspirit.

Koen Van Wauwe

Buiten deze grondhoudingen is een goede interdisciplinaire samenwerking onontbeerlijk.



# Ter Sprake magazine

---

Afgiftekantoor:  
Lede - Trimestrieel - Januari 2009

---

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](mailto: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](mailto:pc.zoetenoodgods@fracarita.org) - [www.pclede.be](http://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