



GPSH / GTEP / GPSD

INTRODUCTIE

ZOL GENK
Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara
Bessemerstraat 478
B 3620 Lanaken
Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN
Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

Beste student, beste nieuwe collega,

Welkom op de zorgeenheden van de Volwassenenpsychiatrie van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Wij willen je graag opnemen in ons team.

Met deze brochure willen we jou wegwijs maken op onze eenheden. Belangrijk om weten is dat deze brochure een leidraad is en dus niet alles omvattend is. Voor verdere informatie verwijzen we je graag naar je collega teamleden.

Tijdens de eerste dagen krijg je een ervaren collega toegewezen die je wegwijs zal maken in het reilen en zeilen van de afdeling. Met de hoofdverpleegkundige heb je op regelmatige basis gesprekken over je functioneren. Als je vragen hebt, kan altijd terecht bij je collega's en de hoofdverpleegkundige.

In deze brochure vind je uitleg betreffende de PAAZ (F0), TEPPI (A10), de dagkliniek psychiatrie (B05), de raadpleging en liaisonpsychiatrie. Verder vind je in de bijlagen een checklist terug met items die je tijdens je eerste drie weken dient te doorlopen. Het is je eigen verantwoordelijkheid deze items te realiseren. De hoofdverpleegkundige volgt dit proces op als onderdeel van je functioneren.

Namens het hele team wensen wij je alvast heel veel succes!

INHOUDSTAFEL

1. Voorstelling van de volwassen psychiatrie	3
1.1 De opdracht	
1.2 De Afdelingsvisie	
1.3 Kwaliteit en patiëntveiligheid	
2. Voorstelling van de zorgeenheden	5
2.1 PAAZ	
2.2 (T)EPPI	
2.3 Dagkliniek psychiatrie	
2.4 Raadpleging psychiatrie	
2.5 Liaisonpsychiatrie	
3. Bijlage	18
3.1 afdelingsvisie	
3.2 Checklist nieuwe medewerkers	

01 VOORSTELLING VAN DE VOLWASSEN PSYCHIATRIE

1.1 DE OPDRACHT

De opdracht van een psychiatrische dienst voor volwassenen verbonden aan een algemeen ziekenhuis met een spoedfunctie omhelst volgens de Wet op de Ziekenhuizen:

- crisisopvang
- observatie
- behandeling

Hierbij worden in ons ziekenhuis 5 zorgeenheden gebruikt:

- Raadpleging: bij de psychiaters
- Liaison: psychologen en psychiaters kunnen in consult geroepen worden door andere medische diensten
- Opname-afdeling (PAAZ): gelegen in blok F, verdiep 0 (F0)
- TEPSI: gelegen in blok A, verdiep 1(A10). Dit is de Toxicomanie-Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie
- Dagkliniek: gelegen in blok B, verdiep 0 (B05)

De PAAZ, TEPSI en de dagkliniek worden uitgebreid besproken in deze brochure. In de context van een 2de lijns ziekenhuis zullen verblijven eerder kort zijn, omdat de 3de lijn (psychiatrische ziekenhuizen enz..) bedoeld is voor langer durende behandelingsverblijven.

Het ZOL is één van de partners binnen Noolim (Netwerk voor geestelijke gezondheidszorg Oost-Limburg). Noolim wenst de zorg voor volwassen psychiatrische patiënten meer en meer in de thuissituatie aan te bieden en dit in samenwerking met de huisartsen en de diensten binnen de eerstelijnszorg.

Centraal in de vermaatschappelijking van zorg staat de herstelgerichte benadering, waarbij de patiënt de regie over zijn zorgtraject terug in eigen handen krijgt.

1.2 DE AFDELINGSVISIE

Binnen de diensten voor de volwassenenpsychiatrie hebben we gekozen voor een groepsmatig en psychodynamisch denk- en werkkader.

- Door patiënten in groep te behandelen en ondersteunen, kunnen personen die psychisch in nood verkeren elkaar op één plaats ontmoeten (ondanks het feit dat pathologieën en doelstellingen van de opname verschillend kunnen zijn). De heilzame krachten van een groepsmatige benadering worden in bijlage 1 verder uitgewerkt. Een ander gevolg van de groepswerking is dat in een groep de omgangsstijl duidelijker wordt, wat bijvoorbeeld belangrijk is bij persoonsgebonden psychopathologie. In bijlage 1 kun je hierover ook verder uitleg vinden waarbij het model van Millon kort wordt uitgewerkt. Deze werkmethode kunnen we natuurlijk niet altijd/overal toepassen, we denken hier bijvoorbeeld aan personen die niet in therapie ingeschakeld kunnen worden door hun psychische crisis (acute psychose, delirium,...).
- Vanuit het psychodynamisch denkkader proberen we op afdelingsniveau een ondersteunend milieu aan te bieden. We trachten hierbij een zekere mate van veiligheid en rust te creëren waarin de patiënt, rekening houdend met zijn capaciteiten en met voldoende steun vanuit de afdelingswerking, kan nadenken over zichzelf en zijn situatie om er dan in een tweede stap iets mee proberen te doen of in te veranderen. Het stapsgewijs zelf meer in handen nemen, is hierbij essentieel. De psychiatrisch verpleegkundige is hierin een laagdrempelige contactpersoon die mee helpt te werken aan een therapeutische basis door bijvoorbeeld het helpen verwoorden en bespreken van ervaringen, het benoemen van ervaringen en gedachten. Verder geeft de verpleegkundige ook steun, uitleg, is een continue en geruststellende aanwezigheid, stelt grenzen als onderdeel van een goede zorg. In bijlage 1 kun je verder ontdekken welke grondhoudingen

hierbij belangrijk zijn ('Kenmerken van een heilzame hulpverleningsrelatie') en hoe dit kan worden vertaald in psychodynamische termen.

Verdere info kun je ook nog vinden in de vormingsmap op de pc/laptop (T-schijf => Vorming psychiatrie) of je kunt ook steeds één van de psychologen aanspreken.

1.3 KWALITEIT EN PATIËNTVEILIGHEID

Het Ziekenhuis Oost-Limburg streeft naar een hoge kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De diensten volwassenenpsychiatrie werken hier graag aan mee.

Daarom wordt er gewerkt met werkgroepen, die de verantwoordelijkheid opnemen binnen een bepaald zorgdomein, dat ziekenhuisbreed (bv. ziekenhuishygiëne, medicatie, ...) of specialiteit specifiek (isolatie en fixatie, suïcidepreventie, ...) kan zijn. De taak van de werkgroep is ervoor zorgen dat de betrokken Q dashboard items in orde zijn en dat de belangrijke protocollen naar behoren worden toegepast.

Iedere werkgroep heeft ook een aanspreekpersoon, die verantwoordelijk is voor de communicatie tussen werkgroep en leidinggevende. Hier geldt het principe: "geen nieuws is goed nieuws." Als dat niet het geval is dan worden passende acties ondernomen, zo nodig met ondersteuning van de leidinggevende.

02 VOORSTELLING VAN DE ZORGEENHEDEN

2.1 PAAZ

2.1.1 Algemeen

De PAAZ heeft in eerste instantie een opnamefunctie voor patiënten in crisis. Ze neemt het over wanneer de patiënt en/of zijn omgeving falen in het handhaven van een dagelijks bevredigend functioneren. Ze poogt de autonomie van elke individuele patiënt maximaal aan te spreken en te herstellen. Er wordt een verbeterd integratief vermogen en een verhoging van de draagkracht beoogd. De doelstelling is de patiënt zo ver te brengen dat hij terug zelf in staat is om in zijn eigen omgeving te functioneren. Er wordt dus geen persoonlijkheidsverandering als doelstelling gesteld.

We doen dit door patiënten op de afdeling een veld van interacties, zowel met het team, met medepatiënten, met derden - zowel individueel als in groepsverband - aan te bieden waarin zij positieve ervaringen kunnen opdoen op verschillende vlakken (praten, samenleven, handelen, bewegen, zorgen). Op die manier kunnen zij zichzelf terugvinden en herontdekken. Het is een 'beschuttend' milieu waarin patiënten zich gedragen voelen, met respect behandeld en met begrip benaderd. In deze sfeer kunnen ze zelf ook weer via anderen (medepatiënten, voor derden, voor teamleden) betekenis verwerven en betekenisvol worden.

De afdeling is opgebouwd rond een gemeenschappelijke leefruimte met 32 bedden waarvan 2 isolatiekamers. De buitendeur van de afdeling bestaat uit een gesloten-open deur. Dit houdt in dat men niet zomaar kan binnen en buiten stappen, zodat onze afdeling wat rust en bescherming kan bieden. Deze deur wordt buiten de therapie-uren op eenvoudige vraag aan de verpleegkundigen geopend. Wanneer de psychiater beslist dat een patiënt de afdeling nog niet of niet alleen mag verlaten, geldt deze regel echter niet.

Het therapieprogramma loopt enkel op weekdays. De steunende en activerende therapieën zijn gericht op het herstel van de ik-sterkte. Het aangeboden therapeutisch programma biedt structuur en is anti-regressief.

2.1.2 Het team

Het PAAZ-team bestaat uit:

- Psychiaters
 - * Dr. H. Verslegers
 - * Dr. J. De Bie (Medisch diensthoofd)
 - * Dr. J. Barbier
 - * Dr. R. Habibi
 - * Dr. assistent(e)
 - * Dr. Stagiair(e)

- Hoofdverpleegkundige
- Adjunct-hoofdverpleegkundige
- Psychiatrisch verpleegkundigen
- Sociaal verpleegkundige
- Psychologen
- Ergotherapeuten
- Psychomotorische therapeuten
- Casemanagers

2.1.3 Werking

2.1.3.1 Het werken met (en in) groepen

De inschakeling in één van de groepen gebeurt op basis van de ik-sterkte of het ego-functioneren van de patiënt. Voorbeelden van deze ego-functies: realiteitstoetsing, frustratietolerantie, vermogen tot reflectie, mentalisatie, afweermechanismen. Deze ontwikkeling is dynamisch. Patiënten kunnen dus van groep veranderen afhankelijk van hun functioneren.

A. Groep 0

Deze patiënten zijn (nog) niet ingeschakeld

- Isolatiebeleid: isolatie op de isolatiekamer.
- Kamerbeleid: omwille van somatische (bed)verzorging.
- Individueel beleid: geïndividualiseerd structuuraanbod.
- Wachtkamerfunctie: patiënten waarbij nog geen beleidsmatige afspraken zijn gemaakt of patiënten bij wie een doorverwijzing zonder inschakeling werd afgesproken.

B. Groep 1

Het ego van de patiënt wordt overheerst door een psychotisch proces. De egofuncties van de patiënt worden door de hulpverleners ondersteund en worden geactiveerd door de therapeuten als een vorm van hulpego.

Patiëntvariabelen: desintegratie van het ego, zich manifesterend als een gestoorde realiteitstoetsing. Patiënt heeft wel minimale, basale communicatiemogelijkheden, zij het (soms) op pre-verbaal niveau.

C. Groep 3

De realiteitstoetsing van de patiënt is aanvaardbaar hersteld, de uitvoerende mogelijkheden zijn intact. Op therapeutisch vlak ligt het accent op herstel in symptomatische zin. De therapeut/hulpverlener ondersteunt het ego van de patiënt partieel met een focus op zelfcontrole, begrenzing en structuur.

Patiëntvariabelen: in contact met anderen vertoont de patiënt een beperkte of kwetsbare integratie. De angst- en stresstolerantie is beperkt of ingeperkt en het ego van de patiënt wordt (nog) vlug overspoeld. Soms vertoont de patiënt ingeperkte intellectuele mogelijkheden. Dikwijls zijn de reflectieve mogelijkheden beperkt of aangetast.

D. Groep 4

De realiteitstoetsing is intact, er zijn minstens minimale zelfreflectieve mogelijkheden. Therapeutisch ligt de focus op het stimuleren van interactionele dynamiek met een minimale ego-ondersteuning door de therapeuten.

2.1.4 Takenpakket verpleegkundige

2.1.4.1 Verpleegkundige toewijzing

De patiënten krijgen per shift een verpleegkundige toegewezen die hen opvolgt. Deze verpleegkundige handelt als belangenbehartiger van de patiënt en voorziet de totaalzorg. Praktisch wordt de patiëntengroep ingedeeld in 3 groepen: A, B en C. Per shift volgt de verpleegkundige 1 groep patiënten op. Dit heeft als voordeel dat de patiënt intensiever opgevolgd kan worden en een vaste aanspreekpersoon heeft.

2.1.4.2 Dagindeling verpleegkundige

Dagindeling verpleegkundige	
06u45	Begin A dienst Briefing door de nachtdienst
07u00	Medicatiecontrole van 8u-12u-15u Nalezen EPD (Elektronisch Patiënten Dossier)
07u30	Wekken van patiënten Bloedafname Ondersteuning bij dagelijks toilet
08u00	Maaltijd klaarzetten + eventueel hulp bieden Patiëntenbespreking
09u10	Medicatiebedeling
09u25	Uitnodigen voor therapie
09u30	Start eerste therapie Briefing verpleegkundig team Aanpassingen vanuit de ochtendbriefing uitvoeren
10u30	Pauze patiënten
10u45	Start tweede therapie Mogelijkheid tot ingeven rapportages Verpleegkundig dossier aanvullen
11u45	Middagpauze patiënten Medicatiebedeling Maaltijdkarren klaarzetten + eventueel hulp bieden Middagpauze verpleegkundige (30 min personeelsrefter)
12u55	Uitnodigen voor therapie
13u00	Start derde therapie

13u30	Start B dienst Briefing verpleegkundig team
14u00	Pauze patiënten
14u15	Medicatiecontrole 18u-21u Medicatiebedeling 15u door de A-dienst/B-dienst
14u30	Start vierde therapie Mogelijkheid tot invullen/nalezen EPD
15u15	Einde A-dienst
15u30	Einde therapie sessies
17u15	Medicatiebedeling Voorrijden maaltijdkarren + eventueel hulp bieden Uitdelen menubladen
17u45	Avondmaal personeel op de afdeling
18u30	Start bezoek
20u00	Einde bezoek Eventuele verzorging / Inspuitingen Invullen EPD/ verpleegkundig dossier
21u00	Start medicatiebedeling Hulpbehoevende patiënten installeren voor de nacht
21u45	Start N-dienst Briefing naar nachtdienst
22u00	Einde B-dienst

2.2 (T)EPSI

2.2.1 Algemeen

De **TEPSI**-unit is een **T**oxicomanie-**E**enheid voor **P**sychiatrische **S**poed **I**nterventie. De afdeling leunt nauw aan bij zowel de algemene spoedgevallendienst als de PAAZ. Conform haar opdracht om op provinciaal niveau te voorzien in een crisis-eenheid beschikt de afdeling over 4 crisisbedden met daarbij een bufferbed om pieken in de aanmeldingen te kunnen opvangen. Deze bedden staan 24u/24u en 7 dagen op 7 ter beschikking van de provincie. De TEPSI verleent hulp aan een specifieke populatie, namelijk personen die in een acute middelengerelateerde medische-psychiatrische crisis verkeren. Sinds 1 juli 2017 is de doelgroep uitgebreid naar alle psychiatrische crisissen. De hoofdfocus blijft evenzeer wel de groep toxicomanie.

De crisis wordt begrepen als een tijdelijke toestand van desorganisatie, waardoor de egosterkte van de persoon is ingeperkt. De aard en de complexiteit van de crisis wordt bepaald door het gedrag en de beleving van de patiënt. De inschatting en de beoordeling van de ernst van de crisis is van essentieel belang en gebeurt door de psychiater op de algemene spoedgevallendienst. Hier kan de psychiater dan beslissen of een opname aangewezen is voor de TEPSI en zinvol is voor de patiënt in kwestie.

De doelstelling van deze afdeling is tweevoudig:

- herstel en indien mogelijk versterking van het autonoom functioneren van de patiënt te bewerkstelligen.
- opbouwen van een werkrelatie met oog op motivering van patiënt om in een aangepaste setting verder te werken aan zichzelf.

Deze doelstellingen worden nagestreefd binnen een maximum opnameduur van 5 dagen.

2.2.2 Het team

Het Tepsi-team bestaat uit:

- Psychiater Dr. H. Verslegers
- Adjunct-hoofdverpleegkundige
- Psychiatrisch verpleegkundigen
- Sociaal verpleegkundige
- Psycholoog
- Ergotherapeuten
- Psychomotorische therapeuten
- Casemanagers (aanspreekfiguur hulpverleningstraject)
- Logistiek assistenten

2.2.3 De werking

Elke crisis verloopt **fasisch**, daarom hebben wij ervoor gekozen om fasegericht te werken:

Fase 1: De eigenlijke crisisinterventie:

1. Lichamelijke stabilisatie:

- Observatie + opvolging desintoxicatie
- Farmacotherapie
- Somatische diagnostiek en follow-up

2. Inventarisatie problematiek, leefsituatie en hulpverlening: zo volledig mogelijk in kaart brengen:

- anamnese: bevraging van de patiënt zelf
- hetero-anamnese: gesprek familie/directe omgeving
- hulpvraag patiënt + systeem exploreren
- hulpverleningsgeschiedenis in kaart brengen (huisarts/andere hulpverleners)
- bij reeds bestaand zorgtraject: inschakeling casemanager

3. Opvang en begeleiding, het tot rust komen van de patiënt:

- Ondersteunende gesprekken, houding van actief en empathisch luisteren, het "er zijn" voor de patiënt, opbouwen van een vertrouwensrelatie
- Aanbod van therapieën: ontspannend (wandeling, ontspanningsactiviteit) + confronterend (psycho-educatie, ergotherapie, PMT)
- Afdelingsgesprek (informatiemoment voor de patiënten)
- Bij escalatie crisis/dreigende agressie: protocol crisisontwikkelingsmodel (= observatie gedrag patiënt, aangepast type+timing interventies, mate van structurerende maatregelen: van ondersteunend gesprek, kalmeringstechnieken tot isolatie/fixatie)

Fase 2: Geïndividualiseerde zorg:

1. Psychiatrische diagnostiek: persoonlijkheidsonderzoek + cognitief onderzoek

2. Therapieën:

- Individuele gesprekstherapie: stimuleren van verbalisatiegedachten, gevoelens en ervaringen: via faciliterende open vragen en empathische reflecties + inzichtelijk werken rond gedachten, gevoelens en ervaringen
- Via materialen (ergotherapie) en via lichamelijke expressie (PMT): uitdrukken van gevoelens op een creatieve manier

3. Informeren rond middelengebruik + rond aanbod hulpverlening via:

- Psycho-educatie in groep
- Individueel gesprek met casemanager
- Documentatiemap + brochures op de afdeling

4. Mobilisatie systeem/directe omgeving

- Partnergesprekken/gezinsgesprekken
- Opvang en informeren van systeem: individueel gesprek

5. Opstarten motivationeel-inzichtelijk proces: motivationele gesprekstechnieken (veranderingsmodel Prochaska en DiClemente) met als doel de patiënt aan te haken op de hulpverlening

6. Organisatie efficiënte nazorg via casemanager

Fase 3: Vormgeving verder hulpverleningstraject (casemanagement)

- Aanspreekfiguur cliënt in zijn/haar hulpverleningstraject: outreachment/bemoeizorg
- Verbindingsfiguur tussen cliënt en hulpverlening
- Aanspreekfiguur voor samenwerkende partners

2.2.4 Takenpakket verpleegkundige

Dagindeling verpleegkundige	
06u45	<ul style="list-style-type: none"> • Begin A dienst • Briefing door de nachtdienst
07u00	<ul style="list-style-type: none"> • Medicatiecontrole van 8u-12u-15u • Nalezen EPD (Elektronisch Patiënten Dossier)
07u30	<ul style="list-style-type: none"> • Wekken van patiënten • Bloedafname • Ondersteuning bij dagelijks toilet
08u00 - 08u45	<ul style="list-style-type: none"> • Maaltijdkar klaarzetten + eventueel hulp bieden • Medicatiebedeling • Uitdelen menubladen + ingeven in PC
08u45	<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenbespreking (multidisciplinair overleg)
10u00 - 10u30	<ul style="list-style-type: none"> • Afdelingsgesprek
10u45 - 11u45	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie/vrijtijdsactiviteit
12u00	<ul style="list-style-type: none"> • Middagpauze • Maaltijdkar klaarzetten + eventueel hulp bieden • Medicatiebedeling • Middagpauze verpleegkundige (30 min)
13u00 - 14u00	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie
13u30	<ul style="list-style-type: none"> • Start B-dienst • Briefing verpleegkundig team • Medicatiecontrole 18u-21u
14u00	<ul style="list-style-type: none"> • Wandeling met patiënten
15u00 -16u00	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie/vrijtijds- activiteit
15u15	<ul style="list-style-type: none"> • Einde A-dienst
17u00	<ul style="list-style-type: none"> • Start bezoek
18u00	<ul style="list-style-type: none"> • Avondpauze verpleegkundige (30 min) op de afdeling
20u00	<ul style="list-style-type: none"> • Einde bezoek

21u45	<ul style="list-style-type: none"> • Start N-dienst • Briefing naar nachtverpleegkundige
22u00	<ul style="list-style-type: none"> • Einde B-dienst

2.3 DAGKLINIEK PSYCHIATRIE

2.3.1 Algemeen

De dagkliniek psychiatrie maakt deel uit van het psychiatrisch zorgaanbod in het Ziekenhuis Oost-Limburg. Een dagklinische behandeling kan een functie vervullen waardoor een volledige hospitalisatie/opname vermeden kan worden of de overgang van een volledige hospitalisatie naar de thuissituatie geleidelijk aan kan verlopen. Op deze manier krijgt de patiënt de kans om deeltijds deel te nemen aan de therapieën en deeltijds te investeren in de familiale en sociale omgeving.

2.3.2 Het team

Het team bestaat uit:

- Psychiater: Dr. J. Barbier
- Adjunct hoofdverpleegkundige
- Sociale verpleegkundigen
- Psychiatrische verpleegkundigen
- Psychologen
- Psychomotorische therapeuten
- Ergotherapeuten

2.3.3 De werking

2.3.3.1 Doelgroep

- De minimumleeftijd is 18 jaar.
- Mensen die het gevoel hebben vast te lopen in één of meerdere aspecten van hun leven (werk, studies, relaties,...) en op zoek zijn naar nieuwe perspectieven.
- Concrete indicaties kunnen zijn: depressie, relationele problemen, psychosomatische klachten, angst, levensloopp Problemen, ...
- Druggebruikers behoren niet tot de doelgroep, tenzij er zich een andere psychiatrische indicatie tot behandeling aandient.

2.3.3.2 Intakeprocedure

- Mensen melden zich aan op eigen initiatief of na doorverwijzing door huisarts, psychiater, CGG, PAAZ, ...
- Er vindt eerst een intakegesprek bij de psychiater plaats om de hulpvraag in kaart te brengen. Indien de patiënt in aanmerking komt voor de dagkliniek, volgt een tweede intake. Ditmaal is er een kennismakingsgesprek bij de psycholoog die de anamnese en behandelingsdoelstelling met patiënt(e) concreter maakt. Nadien worden de praktische afspraken overlopen bij een verpleegkundige.
- Vervolgens volgt een nieuwe afspraak bij de psychiater waar samen met de patiënt(e) beslist wordt tot al dan niet starten van een dagklinische behandeling. Patiënten kunnen enkel op maandag in de behandeling instappen.

2.3.3.3 Doelstelling

Het geheel van de afdeling wordt beheerd als een leef- en werkgemeenschap waarin de patiënten zoveel mogelijk zelf participeren. Het verwoorden van ervaringen opgedaan op de verschillende plaatsen staat centraal en is een doel op zich.

De dagkliniek beoogt een intensieve, psychotherapeutische en milieutherapeutische behandeling te bieden, gericht op het herstel van autonoom psychisch functioneren en vermindering van klachten en algemeen psychologische regressie.

De behandeling begint met een termijn van 6 weken en wordt dan om de 4 à 5 weken geëvalueerd.

2.3.3.4 Het werken met (en in) groepen

De inschakeling in 1 van de 3 therapiegroepen gebeurt op basis van de ik-sterkte of het ego-functioneren van de patiënt. Voorbeelden van deze ego-functies: realiteitstoetsing, frustratietolerantie, vermogen tot reflectie, afweermechanismen. Deze ontwikkeling is dynamisch. Patiënten kunnen dus van groep veranderen afhankelijk van hun functioneren.

Groep 5: alle psychiatrische en psychische problemen waarbij ondersteuning en structuratie centraal staan.

Doelstelling:

- Nadruk ligt op de maximale ondersteuning van de egofuncties
- Actief begeleiden bij activatie, dagstructuur, socialisatie en verwoorden
- Actief begeleiden bij het terug kunnen functioneren in de eigen omgeving, bij het zoeken van aangepaste daginvulling en van nazorg.

Programma:

- Samen doen
- Concreet
- Hier en nu
- Structuur
- Ontdekken
- Nadruk op helpen

Groep 6: alle psychiatrische en psychische problemen waarbij herstel en ondersteuning centraal staan.

Doelstelling:

- 5+
- Meer en beter zelfstandig functioneren
- Nadruk op het zo snel mogelijk herstellen en versterken van de autonomie en mogelijkheden van de patiënten
- Stimuleren van socialisatie, dagstructuur, activatie en verwoorden
- Stimuleren van het terug kunnen functioneren in de eigen omgeving, het zoeken naar een aangepaste daginvulling (bv. werkoriëntatie) en nazorg

Programma:

- Nadruk op de ervaring van controle over het eigen functioneren middels gestructureerde sessies
- Nadruk op het hoe

Groep 7: alle psychiatrische en psychische problemen waarbij de nadruk ligt op de verklaring van het eigen functioneren

Doelstelling:

- Groep 6+
- Het in vraag stellen van zichzelf, het eigen functioneren
- Stimuleren van verwoorden, reflectie en introspectie
- Deze patiënten zijn autonomer in functioneren dan groep 5 en 6

Programma:

- Minder structuur vanuit het programma geboden (meer psycho, creatieve therapie en andere invulling PMT)
- Nadruk op het waarom

2.3.3.5 Aantal deelnemers per thearpiegroep

Omwille van de groepswerking:

- Een therapiegroep wordt opgestart vanaf 4 deelnemers.
- Een bestaande groep blijft wel voortlopen bij 3 ingeschreven patiënten.
- Wanneer er nog 2 patiënten in een groep ingeschreven zijn wordt deze tijdelijk onderbroken tot zij met 4 kunnen (her)opstarten.
- Wanneer er slechts één iemand aanwezig is in een groep gaan de sessies niet door.
- Elke groep bestaat uit maximaal 7 deelnemers.
- Patiënten engageren zich om 4 dagen per week te komen van 8u30-16u (maandag, dinsdag, donderdag, vrijdag)

2.3.4 Individuele modules

Het werken met modules kan gezien worden als een manier om meer tot een holding-environment te komen op de dagkliniek. Er wordt gebruik gemaakt van 3 modules. Met de hulp hiervan kan er voor meer duidelijkheid gezorgd worden over wat juist de doelstellingen van de patiënt zijn gedurende de opname. Het heeft verschillende functies: begrenzing, het krijgen van meer uniformiteit in de verschillende disciplines, ook het meer particuliere krijgt meer een plaats. Hierdoor kan de patiënt meer specifiek en 'op maat' gedragen worden.

Daarom hanteren we drie modules:

- observatie: bij diagnostische vragen
- behandeling: de manier waarop kan erg verschillend zijn. Voorbeelden: medicatie(-aanpassing), activatie/structuratie, herstel/ondersteuning, verbalisatie/introspectie
- ontslag: vanaf het ogenblik dat een concrete ontslagdatum is afgesproken met de patiënt, kan men de nazorg actualiseren.

2.3.5 Takenpakket verpleegkundige

2.3.5.1 Dagindeling verpleegkundige

Dagindeling verpleegkundige (maandag-dinsdag-donderdag-vrijdag)	
8u00	<ul style="list-style-type: none">• Start shift• Administratie/werkafspraken met collega maken• Teamoverleg op donderdag
8u30	<ul style="list-style-type: none">• Verwelkomen van de patiënten• Opnames op maandag (optioneel)
9u10 - 9u25	<ul style="list-style-type: none">• Dagopener
9u30	<ul style="list-style-type: none">• Start therapie• WE-planning/bespreking op maandag/vrijdag• Administratie (rapportages, ...)
10u30	<ul style="list-style-type: none">• Pauze voor patiënten• Aanwezigheid op de afdeling
10u35 - 10u50	<ul style="list-style-type: none">• Afdelingsvergadering op vrijdag
11u00	<ul style="list-style-type: none">• Start therapie• WE-planning/bespreking op maandag/vrijdag• ADL dinsdag/donderdag• Administratie (rapportages, ...)
12u00	<ul style="list-style-type: none">• Middagpauze patiënten• Briefing maandag/donderdag• Middagpauze
13u15	<ul style="list-style-type: none">• Start therapie• WE-planning/bespreking op maandag/vrijdag• Administratie (rapportages, ...)
14u15	<ul style="list-style-type: none">• Pauze voor patiënten• Aanwezigheid op de afdeling
14u30	<ul style="list-style-type: none">• Start therapie• Spel op vrijdag• Administratie (rapportages, ...)
15u30	<ul style="list-style-type: none">• Einde therapie voor patiënten
15u45 - 16u00	<ul style="list-style-type: none">• Dagsluiters

16u30	• Einde shift

Dagindeling woensdag (oneven weken)	
9u45	Start shift
10u00 - 10u45	Leesgroep
10u45 - 11u45	Intervisie
11u45 - 12u30	Zorgoverleg
13u45	Einde shift

2.3.5.2 Verpleegkundige sessies

DAGOPENER/WEEKOPENER

- Samenkomen met de patiënten om de week/ dag te starten op dagkliniek
- Patiënten kunnen hier met praktische vragen terecht (afspraak met psychiater, ...)
- Verder worden hier werkpunten benoemd voor de komende week waarbij patiënten eventueel hulp vanuit de patiëntengroep of vanuit het team kunnen vragen

DAGSLUITER/WEEKSLUITER

- Hier wordt dagelijks nagegaan hoe de therapiedag verlopen is. De avondinvulling wordt overlopen.
- Iedere vrijdag wordt de week samen afgesloten en worden de werkpunten geëvalueerd.

WEEKENDPLANNING/WEEKENDBESPREKING

- Bij de weekendplanning gaat men trachten een evenwicht te vinden tussen activiteiten en rust.
- Het is de bedoeling om de patiënt te activeren om dingen te ondernemen bv: vrijetijdsactiviteiten, bankzaken, huishoudelijk werk, contact met werk

ADL

- Sessie gericht op het behouden of heractiveren van activiteiten uit het dagelijkse leven: koken huishoudelijke taken, informatie voeding,...

SPEL

- Spel is een activiteit die de patiënten enerzijds een gevoel van ontspanning wil geven en die anderzijds aandacht heeft voor hun mogelijkheden betreffende interacties en sociale contacten.

ACTUA

- Aan de hand van kranten, wordt er gepraat, geluisterd, gediscussieerd en van mening gewisseld over gebeurtenissen op actualiteitsvlak

PSYCHO-EDUCATIE

- Psycho-educatie is een therapie waarin de patiënten ervaringen kunnen uitwisselen rond herkenbare thema's. Ze krijgen informatie aangereikt en er kunnen vaardigheden worden aangeleerd.

AFDELINGSVERGADERING

- Iedere maandag vindt de afdelingsvergadering plaats, van 11.50 tot 12.05u
- Suggesties, vragen van algemene aard en bemerkingen met betrekking tot het afdelingsleven kunnen er aan bod komen. Er wordt verwacht dat de patiënten en alle dienstdoende personeelsleden aanwezig zijn. Er wordt een verslag van gemaakt dat ter inzage op de afdeling wordt gelegd.

2.4 RAADPLEGING PSYCHIATRIE

Patiënten kunnen op consult komen bij één van de psychiaters in het ziekenhuis. Aanmelden kan op eigen initiatief, via de huisarts, via de arts-specialist of via andere doorverwijzers. Deze ambulante raadpleging is enkel mogelijk na afspraak.

2.5 LIAISONPSYCHIATRIE

Liaisonpsychiatrie (liaison = verbinding) is verbindend op verschillende manieren:

- Liaisonpsychiatrische interventies spelen zich qua organisatie af op de grens tussen de somatische zorg en de psychiatrische of psychologische zorg. Zo kan de psychiater bijvoorbeeld ingeschakeld worden in het ambulante team (raadpleging) van de pijnkliniek of de dienst gastro-enterologie. De liaisonpsychiater kan ook op een somatische afdeling van het ziekenhuis bij patiënten langsgaan. Waar nodig kan hij verwijzen naar diensten Geestelijke Gezondheidszorg buiten het ziekenhuis of informatie verzamelen en overleggen met reeds bestaande zorgverlening (bijvoorbeeld een gedwongen opgenomen patiënt die zijn heup breekt bij een suïcidepoging, op de afdeling orthopedie terechtkomt en daar psychotische belevingen heeft t.o.v. de verpleging).
- De verbinding situeert zich ook binnen de patiënt, waar de liaisonpsychiater zich in het bijzonder richt op de interacties van lichamelijke en psychische factoren. Vaak gaat het om patiënten met een somatisch en/of een psychiatrisch probleem:
 - * depressie na kankerbehandeling
 - * delier na hartchirurgie
 - * observatie op cardiologie voor hartkloppingen, maar er is
 - * eigenlijk een stressprobleem met hyperventilatie
 - * een patiënt met leverproblemen door alcoholgebruik

In het ZOL is er een aparte liaisonpsychiatrische werking voor ouderen (Dr. Burin) en voor volwassenen (Dr. De Bie en dr. Van Kaam). Zij werken nauw samen met de psychologen (bijkomende diagnostiek, psychotherapeutische interventies, ...), werkzaam op de somatische afdelingen van het ziekenhuis en met de dienst patiëntenbegeleiding.

03 BIJLAGE

3.1 AFDELINGSVISIE

Basishoudingen-Groepen-Diagnostisch kader (Tekst: Erwin Bosmans, 2017)

Kenmerken van een heilzame hulpverleningsrelatie (basishoudingen)

= voedingsbodem van een veranderingsproces (cfr. Rogers)

Drie karakteristieken

- **Echtheid:** je bent als hulpverlener ondubbelzinnig en waarachtig aanwezig, geen 'rolletje spelen'. Je bent ook iemand van vlees en bloed met een eigen uitstraling en persoonlijke kenmerken. Dit staat tegenover jezelf te verbergen achter een professionele façade. Het betekent ook niet dat je geremd zou zijn, maar wel iemand die zich levendig kan uitdrukken en creatief is. Het betekent ook niet dat je altijd 'de' waarheid vertelt, maar dat je eerder selectief bent in je transparantie. Het betekent ook dat je grenzen durft stellen, durft confronteren met de nodige timing en 'wijsheid'.
- **Empathie:** goed kunnen luisteren waarbij je jouw eigen perspectief opzij kunt zetten en je jezelf afstemt op de context van de ander. Je erkent het verhaal van de ander zonder goed- of afkeuring. Je kunt jouw eigen gelijk/mening tussen haakjes zetten. Het impliceert ook bij heftige gevoelens aanwezig blijven, verwarring kunnen tolereren. Hiertegenover staat veel goede raad in huis hebben, gemakkelijk moraliseren, een grote behoefte aan controle hebben, snel hulp willen bieden. Het betekent ook niet 'hetzelfde zeggen als de patiënt': het is een creatief proces waarbij er een bepaalde taalvaardigheid, scherpzinnigheid en zelfs intuïtie aan te pas komen. Belangrijk is ook het zoeken naar de juiste afstand en nabijheid: te veraf van de beleving van de ander staan wordt als geremd/koud ervaren, samenvallen met de beleving van de patiënt kan overspoelend worden voor beiden. Het alsof-karakter moet aanwezig blijven.
- **Onvoorwaardelijk respect** als klimaatfactor: de wil om een vertrouwensrelatie op te bouwen is een eerder cognitieve/rationele werkingstelling waarbij de hulpverlener met de voeten op de grond staat. Je probeert dit op een onbevooroordeelde manier te doen. Je probeert geen veroordelende taal te gebruiken of een moreel oordeel (goed/slecht) te vellen. Dit wil zeggen dat je niet alle gedrag van de ander hoeft goed te keuren, maar wel dat je mee nadenkt en op zoek gaat naar betekenissen van dat gedrag (intenties). Je stelt een begrenzing in, probeert het relationeel veilig en duidelijk te maken. Zoeken naar de juiste afstand-nabijheid is hierbij ook erg belangrijk. Duidelijke grenzen en ondubbelzinnige afspraken zorgen voor een veiligheid, voorspelbaarheid, structuur. Dit wil ook hier zeggen dat er in twijfelzones en bij crisismomenten een zekere flexibiliteit aan de dag kan worden gelegd. Ook hier moeten de achterliggende motieven voor de afwijkende regels goed uitgelegd worden (duidelijkheid) en de afwijkingen goed overdacht worden in hun betekenis.

Als we deze concepten door een psychoanalytische bril bekijken, komen we oa. de termen 'containment', 'holding', overdracht en tegenoverdracht, mentaliseren tegen. Een beknopt overzicht hierover kun je eveneens vinden in de map 'vorming psychiatrie' en in de map 'Afdelingsfilosofie'

Werken met groepen

Hoe helpt groepstherapie? Volgens Yalom en anderen zijn er heel wat bijkomende heilzame, specifieke factoren die voortkomen uit het werken in en met groepen. Hieronder worden een aantal belangrijke genezende factoren kort beschreven:

- **Het wekken van hoop:** dit is belangrijk in alles wat met psychologische en psychotherapeutische hulpverlening te maken heeft. Het is de voedingsbodem waarop verandering kan groeien. Geloven in, bevorderen van optimisme en hoop hebben, helpt de patiënt in behandeling te blijven en het heeft op zich ook al een therapeutisch effect ('Ik geloof in deze manier van helpen') (dit is het placebo-effect). In groep zijn er steeds mensen die op een verschillend punt van dit continuüm zijn: het leven aankunnen en er (terug) in geloven/instoren en in crisis zijn. In groep kom je mensen tegen met dezelfde problemen die erop vooruit zijn gegaan, wat nieuwe hoop kan geven. Van tijd tot tijd eens de aandacht vestigen op vooruitgang van

de leden van de groep, is belangrijk om hoop bij de anderen op te wekken. Ook belangrijk is het geloof van de hulpverlener(s) in het kunnen helpen van de groep en de patiënt die aan de groep deelneemt.

- **Universaliteit:** mensen komen in therapie met de gedachte dat ze alleen zijn in hun ramspoed en crisis (en hun angsten, problemen, gedachten, gevoelens,...). Het sociaal geïsoleerd zijn, vergroot dit gevoel dikwijls. Door dikwijls interpersoonlijke (relationele) moeilijkheden krijgen ze niet de nodige feedback en reflectie om deze gedachten/gevoelens/... bij zichzelf te corrigeren. Vooral in het begin van de groep, wanneer ze thema's herkennen of kunnen uitspreken, geeft dit een gevoel van opluchting. Het gevoel 'er terug bij te horen' is erg belangrijk om de eenzaamheid te doorbreken: 'we zitten samen in hetzelfde schuitje'. Schaamte- en schuldgevoelens kunnen ook afnemen. Ook al spreekt iemand niet veel in de groep, toch kan de persoon veel leren door observeren, luisteren, bij zichzelf toepassen. Toch is het belangrijk om de persoon te blijven uitnodigen om ook actief aan de groep deel te nemen.
- Het **geven van informatie** (door de hulpverlener of de patiënten zelf): informatie over geestelijke gezondheid en ziekte, advies, suggesties worden niet als de belangrijkste factor in de groep gezien (wel de implicatie van wederkerige zorg, zie verder). Wel kan het helpen als eerste bindende kracht vooraleer de genezende factoren van de groep in werking zijn getreden. Verduidelijking geven is ook genezend op zich, het helpt onzekerheid te draaglijker te maken. Therapeuten kunnen ook een vorm van psycho-educatie geven, zodat patiënten correcte informatie hebben over hun problemen en al wat erbij komt kijken. Belangrijk is zeker ook er oog voor te hebben dat advies-gevend en advies-zoekend gedrag vaak een belangrijke sleutel is tot het verhelderen van interpersoonlijke problemen: bv. iemand die adviezen blijft vragen maar er niets mee doet en ze steeds naast zich neerlegt of anderen die adviezen blijven vragen terwijl het probleem al is opgelost.
- **Altruïsme:** patiënten ontvangen door louter te geven op zich, niet enkel door de wisselwerking van het geven en nemen. De andere leden van de groep zijn belangrijk voor de vooruitgang van patiënten. Zij geven spontane, eerlijke reacties en feedback. Langs de andere kant krijgen patiënten zelfvertrouwen wanneer ze merken iets voor anderen te kunnen betekenen.
- **Corrigerende herhaling** van het oorspronkelijke gezin: meestal brengen groepsleden verhalen over moeilijke ervaringen binnen het gezin van oorsprong. Afhankelijk van hun ervaringen en hoe ze zich de wereld voorstellen (waarbij de ervaringen in het gezin van oorsprong een belangrijke factor zijn), interageren de groepsleden met de groepsleiders en de andere leden zoals ze vermoedelijk ook vroeger in interactie met hun ouders en verwanten zijn gegaan. Interpersoonlijke patronen kunnen zich herhalen, conflicten kunnen terug aan de oppervlakte komen: concurrentie, rivaliteiten, blokkerende afhankelijkheid, overmatig gaan zorgen voor anderen, de oorzaak van problemen bij anderen leggen,... Het is belangrijk dat bepaalde patronen herbeleefd kunnen worden om er nadien samen over te denken. Yalom geeft wel aan dat patiënten deze factor meestal niet als veel helpend aangeven.
- Het **ontwikkelen van sociale vaardigheden:** het sociaal leren, verder ontwikkelen van sociale vaardigheden is een belangrijke genezende factor in groepen. Voor mensen die weinig of geen intieme relaties hebben, is de groep vaak een kans om interpersoonlijke feedback te krijgen: iemand kan zo meer zicht krijgen op de invloed die hij heeft op anderen. Dit kan hen helpen bij toekomstige sociale interacties.
- **Gedrag imiteren:** het kan groepsleden helpen te ontdooien, proberen te experimenteren met ander gedrag dat bij de ander wordt gezien (modelling). Het kan een proces van uitproberen worden: wat past bij mij zoals ik wil zijn. Therapeuten kunnen vooruitgang stimuleren door gepaste gedragingen zoals zelfonthulling of steun te modelen.
- **Interpersoonlijk leren:** groepsleden leren van elkaar waarbij andere/nieuwe ervaringen corrigerend kunnen werken waardoor men nieuwe inzichten over zichzelf en anderen kan krijgen. Er wordt door interactie met elkaar geleerd, getoetst en eventueel gecorrigeerd. Er wordt zo bij momenten een spiegel voorgehouden en op andere momenten wordt samen gereflecteerd. De mate waarin verdiept kan worden, hangt in grote mate af van de veiligheid in de groep.
- **Groepscohesie:** het gevoel deel uit te maken van een groep en erin aanvaard te worden. De patiënt

voelt zich geaccepteerd als persoon in een dragende, steunende omgeving. Een grotere groepscohesie zou leiden tot meer acceptatie, minder interpersoonlijke spanning, meer geëngageerde groepsleden die elkaar proberen te beïnvloeden, een groter gevoel van veiligheid binnen de groep, en meer zelfonthullingen door de groepsleden.

- **Catharsis:** een emotionele doorbraak. De persoon voelt een krachtige release en opluchting als hij in staat is diepe, soms verdrongen, emoties en emotionele ervaringen te uiten. Een meer samenhangende groep kan een groepslid hierin stimuleren en ondersteunen. Deze catharsis is noodzakelijk, maar op zich onvoldoende om tot verandering te leiden. 'Succesvolle' patiënten deden ook cognitief werk, naast de pure emotionele ervaring.
- **Existentieel leren:** het uitmaken van een groep zou volgens Yalom een existentieel leerproces stimuleren. Existentiële thema's zijn bijvoorbeeld de onontkoombaarheid aan de dood, het inzicht dat het leven soms oneerlijk is, en dat iedereen er uiteindelijk altijd voor staat in de wereld. Aanvaarding van deze thema's kan zorgen voor een meer eerlijke en geïntegreerde levenshouding.

Al deze factoren zijn onderzocht en gelden in het kader van groepstherapie. Toch kunnen deze factoren erg relevant zijn in andere settings waar er in groep wordt gewerkt. Als verpleegkundige kun je deze factoren en de kennis ervan op een creatieve manier op de afdelingen toepassen zodat het de patiënt kan vooruithelpen in zijn/haar proces. Je bent immers basaal contactpersoon tussen en naast de therapieën, waarbij je een belangrijke bijdrage kunt brengen aan het proces van de patiënt. Enkele voorbeelden:

- Doordat je laagdrempelig bereikbaar bent, kun je een **hulp-ik** zijn voor je toegewezen patiënten: wanneer de patiënt je bijvoorbeeld vertelt dat hij in de groep feedback heeft gekregen of wanneer zich bepaalde interactiepatronen herhalen, kun je hem helpen hierbij stil te staan en duidelijker te krijgen zodat hij eruit kan leren. Overleg met de psycholoog kan je hierbij helpen om zelf meer inzicht in de patronen te krijgen. Wanneer een patiënt in conflict geraakt met de groep of een andere patiënt, kun je hierin de patiënt helpen zicht te krijgen op zijn/haar rol en eventueel zijn/haar eigen aandeel of zien hoe hij/zij zich op een meer assertieve manier kan opstellen. Op die manier help je een destructief patroon te begrenzen en misschien zelfs te verhelderen. Het kan helpen om je hierbij te focussen op de gevoelens en gedachten van de patiënt om hem/haar te helpen onderzoeken waarom de patiënt iets doet zoals hij/zij doet.
- Je kan af en toe tussen de patiënten gaan zitten om te **observeren** hoe de cohesie in de groep aanvoelt en eventueel kan je helpen de binding tussen de mensen te **bevorderen** (zelf het voorbeeld geven door op een aandachtige manier aanwezig te zijn, interesse te tonen, misschien zelfs interactie te bevorderen, steun te geven). Zelf kun je dan observeren hoe de patiënten op de afdeling in de groep positie kiezen en zich (wel/niet) laten zien en welke rol ze op zich nemen. Verder kun je de **sfeer op de afdeling opsnuiven**: is er een binding tussen de patiënten? Is er een zekere steun? Is er een geven en nemen? Wordt er gesproken over de ervaring in de therapieën? Op welke manier?
- Je kunt tussen of na de therapieën helpen **vertalen** wat de patiënt nog allemaal voelt (na een catharsis bijvoorbeeld) en waar hij misschien nog door overspoeld wordt (containen). Je helpt het op die manier voor de patiënt draaglijker te maken en biedt op deze manier steun (holding). In een volgende stap kan het probleem terug (op een meer cognitief niveau) bespreekbaar worden.
- Het **geven van informatie** over bepaalde therapieën kan een grote steun zijn.
- Het **geven van hoop** en je van tijd tot tijd samen met de patiënt focussen op wat er goed gaat en waar de patiënt in groeit, kan als olie fungeren voor het proces van de patiënt.
- In de **afdelingsvergadering** kun je als 'observator' aandacht hebben voor de groepscohesie, de manier van interactie tussen de leden van de groep ('Is er genoeg respect voor elkaar?', helpen mensen elkaar?,...).

Naast de opvattingen van Yalom zijn er nog heel wat andere manieren om groepsvorming, groepsdynamieken, interacties in groepen te bekijken en er mee om te gaan. Een korte powerpoint kun je hierover vinden op de T-schijf onder 'Psychiatrie' => 'Vorming psychiatrie'=>'Vorming basisvaardigheden + groepen', een tekst

hierover vind je in de map 'Afdelingsfilosofie'. Verdiepende teksten kun je steeds vragen aan de psycholoog of therapeutisch coördinator.

Diagnostisch kader

Ons gedrag en psychisch (dys)functioneren vormen zich vanuit een **complex samenspel** van biologische (genetische aanleg) en omgevingsfactoren. Als we de overtuiging hebben dat een psychische stoornis een ziekte is, met een zuiver biologische oorzaak, dan zien we niet meer hoe de omgeving of de omstandigheden de stoornis hebben uitgelokt of in stand houden. Als we anderzijds geen rekening houden met mogelijke biologische/ genetische factoren, kan erg belangrijke info gemist worden. Belangrijk is ons af te vragen wat er juist **bij deze persoon** aan de hand is, en **waarom op dit moment**.

Het psychisch functioneren en psychische problemen worden dus bepaald en in stand gehouden door een samenspel van (wederzijds beïnvloedende) biologische, psychologische (of psychogene) en omgevingsfactoren. We kunnen dit samenspel en het gewicht van de verschillende factoren op een continuüm plaatsen:

- Aan de ene kant van het continuüm bestaan er de **zuivere/reactieve gedragsstoornissen** die hoofdzakelijk bepaald worden door psychogene (psychosociale uitlokkende) factoren. Hier denken we aan angsten, exogene depressies. Zo kan ook wat op een depressie lijkt, een 'normale' rouwreactie zijn. De aanpassingsstoornissen zijn ook een goed voorbeeld.
- Aan de andere kant bestaan er de stoornissen die **vooral door biologische (organische) factoren** worden bepaald. Hier denken we aan o.a. dementiële beelden, endogene (biologische) depressies, depressieve stemming door schildklierproblemen, ADHD of autisme.
- De **persoonlijkheidsstoornissen** zijn dan weer het resultaat van een samenspel van beiden factoren (genetische aanleg en omgevingsfactoren zoals emotionele/fysieke verwaarlozing). Bij de persoonlijkheidsstoornissen wordt vooral gekeken hoe iemand kan omgaan met zijn sociale omgeving en speelt er dus een belangrijke relationele component mee.
- Een vierde cluster van psychiatrische problemen zijn de zogenaamde '**symptom disorders**'. Deze symptomen hangen in grote mate samen met het (dys)functioneren van de persoonlijkheid. Enkele voorbeelden:
 1. Zo kan er bij een passief-onthechte persoonlijkheid onder stress een psychotische episode (vb. waan, paranoïde stoornissen) of een depressie voorkomen.
 2. Bij een eerder actief-onthechte persoonlijkheid kunnen zich dan angstproblemen of paranoïde stoornissen manifesteren.
 3. Bij een passief-afhankelijke persoonlijkheid: neerslachtigheid, verwerpingsangst voorkomen, welke niet te verwarren is met een biologische (endogene) depressie of een exogene (reactieve) depressie.
 4. Bij passief-ambivalente persoonlijkheden: twijfelzucht, psychosomatische stoornissen, geagiteerde depressie voorkomen.
 5. Bij actief-ambivalente persoonlijkheden: angststoornissen, depressie, psychosomatiek,... welke dikwijls manipulatief, aandacht eisend van aard zijn.

Deze 'symptoomstoornissen' zijn eerder gelinkt aan het dysfunctioneren van de persoonlijkheid waarbij o.a. het herstel van (en eventueel een reflectie over) de gebruikte copingstrategieën (bv. gaan vermijden of eerder gaan aanklappen) een belangrijke doelstelling kan worden.

We staan nu even stil bij de persoonlijkheidsstoornissen.

Millon (1985) ziet persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornissen als een **continuüm**: gezonde trekken worden eenzijdiger en extremer en gaan in steeds meer situaties optreden en meer het gedrag bepalen. Volgens hem ontstaat onze persoonlijkheid (PH) door een samenspel van biologische disposities (tempera-

ment) en leerervaringen. In zijn model staat bekrachtiging (versterken van bepaalde gedragingen door beloning, plezier en bevrediging) centraal.

Het leren van inadequaat en ondermijnd gedrag vindt plaats door steeds herhaalde ervaringen volgens deze principes:

- Positieve beloning/bekrachtiging: de toename van voordelen die dit gedrag oplevert
- Negatieve beloning/bekrachtiging: afname van nadelen die dit gedrag geeft
- Er wordt te weinig geleerd

Er zijn **twee vragen** die we ons kunnen stellen als we over belonen/bekrachten spreken:

Hoe zoeken mensen een beloning/bekrachtiging? Dit kan volgens Millon op twee manieren:

- Pro-actief: iemand zal dan doelgericht zijn, naar actieve controle over zijn omgeving streven. Is energiek.
- Passief of reactief: iemand is afwachtend tot de omgeving hem een beloning geeft. Minder energiek.

Waar zoeken mensen hun beloning?

- Bij zichzelf: onafhankelijke positie
- Bij de ander: afhankelijke positie
- Bij zichzelf en bij de ander: ambivalent
- Noch bij zichzelf noch bij de ander: onthecht

=> De combinatie van de 2 manieren ('Hoe') met de 4 bronnen ('Waar') levert een matrix op met **8 persoonlijkheidspatronen**:

Normale persoonlijkheidspatronen

Bronnen van beloning

	Onafhankelijk	Afhankelijk	Ambivalent	Onthecht
Instrumenteel gedragspatroon				
Actief (Pro-actief)	Krachtige PH	Vlotte gezellige PH	Sensitieve PH	Geremde PH
Passief (reactief)	Vertrouwde PH	Meegaande PH	Respectvolle PH	Introverte PH

Gestoorde persoonlijkheidspatronen

Volgens Millon bestaat er een kwantitatief verschil tussen de normale persoonlijkheid en de persoonlijkheidsstoornis: zo kan bv. de vlotte, gezellige ph zich extremer ontwikkelen tot een theatrale ph-stoornis.

Ook de manieren waarop mensen reageren, kunnen als een continuüm opgevat worden: een meegaand iemand (normaal) kan zich in sommige situaties afhankelijk gedragen. We spreken dan van afhankelijke trekken. Wanneer de persoon steeds (los van de situatie) afhankelijk reageert, spreken we van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Bronnen van beloning

	Onafhankelijk	Afhankelijk	Ambivalent	Onthecht
Instrumenteel gedragspatroon				
Actief (Pro-actief)	Paranoïde PH	Theatrale PH	Passief-agressief/ borderline PH	Ontwijkende PH
Passief (reactief)	Antisociale/ narcistische PH	Afhankelijke PH	Obsessief-compulsieve PH	Schizoïde PH

Hoe kun je als verpleegkundige deze inzichten gebruiken?

In het **opbouwen van een goede werkrelatie**

- Bij **onthechte, onafhankelijke en ambivalente persoonlijkheden** zal een eerder **cognitieve, inzichtgevende benadering** werken, ze zijn ook minder gericht op emoties. Pas in tweede instantie kan dan ook het relationele/hechtings- aspect aan bod komen (maar dan ook via een meer cognitieve aanpak).
- **Personen met een afhankelijke stijl** zullen eerder gediend zijn met een **steungevende attitude van de hulpverlener**, gericht op het veilig maken van de hulpverleningsrelatie en reageren dus in een eerste fase beter op empathische gevoelsreflecties dan op rationele inzichten. Ook bij personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is deze op de relatie gerichte, betrokken attitude belangrijk.

Dit zijn algemene opmerkingen die je eventueel kunt meenemen in contact met deze persoonlijkheden. Toch blijft het belangrijk je te blijven afvragen (en te reflecteren over) waar je staat op de afstand/nabijheid-as met de patiënt.

Belangrijk: Millon's biosociaal model helpt om persoonlijkheidsproblemen een kader te geven. De laatste jaren wordt er bij persoonlijkheidsstoornissen ook meer stilgestaan bij de vroege hechting en hierbij horende hechtingsstijlen, automatische en basale vooronderstellingen bij zichzelf en anderen (hoe zie je jezelf en de ander?), het (dys)reguleren van emoties en (problemen met) mentalisatie.

We gaan dit hier niet dieper uitwerken, maar in de vormingen gegeven door de psychologen vind je een eerste verdere verdieping. Bij verdere vragen mag je steeds de therapeutisch coördinator of één van de psychologen aanspreken.

Literatuur

Leijssen M. Gids voor gesprekstherapie. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom; 2001.

Millon T. De persoonlijkheidsstoornissen volgens Millon. Eigen samenvatting; 1980.

Vanaerschot G, Nicolai N, Hebbrecht M. Empathie: het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten. Amersfoort: Diagnosis Uitgeverij; 2015.

Yalom D I. Groepspsychotherapie in theorie en praktijk. Bohn Stafleu van Loghum; 2008.

3.2 CHECKLIST NIEUWE MEDEWERKERS

DAAG 1	OK	UITLEG DOOR
* Verwelkoming		
* Kennismaking met collega's van alle disciplines		
* Voorstelling aan patiënten		
* Rondleiding op de PAAZ		
* uitleg over		
* de dagindeling voor patiënten		
* de dagindeling voor verpleegkundigen		
* de samenstelling van het multidisciplinair team		
* over patiënten toewijzing		
* sleutels en badge		
* gebruik telefoon, waar nummers te vinden, hoe doorverbinden		
* afdelingsafspraken (aan het raam)		
* Onthaalbrochure bezorgen		
* Werkwijze EPD + verpleegdossier toelichten		
* Medicatiebeleid		
* Bijwonen van briefings en ev. vergaderingen		

WEEK 1	OK	UITLEG DOOR
Rondleiding op TEPSt & dagkliniek		
* uitleg over		
* de verschillende therapieën		
* de uurrooster, wensen, verlof, wisselingen, overuren		
* CPR koffer		
* Gebruik alarmsysteem		
* Locatie: brandbusser, branddoeken, brandslang		
+ sleutel voor deur ontgrendeling		
* Werken met modules: toelichten		
* Afdelingsregels kennen + toepassen		
* Een opname bijwonen		
* Een ontslag voorbereiden		
* Begeleiding van toegewezen patienten		
* Gericht observeren van de toegewezen patiëntengroep		
* Gestructureerd mondeling en schriftelijk rapporteren		
* Verpleegtechnische handelingen uitvoeren		
* Aangevraagde onderzoeken plannen en opvolgen		
* Verpleegdossier in orde houden		
* Medicatie nakijken en uitdelen		

WEEK 2		OK	UITLEG DOOR
* Een opname doen (mits behulp van checklist)			
* Een ontslag uitvoeren (mits behulp van checklist)			
* Overang bezoek			
* Afdelingsspecifieke procedures zoeken op Zoi net + doornemen: Collocatie procedure, Isolatie van psychiatrische patiënten, Fysieke fixatie op de psychiatrische afdeling, Suicide (poeding) protocol, Noodplan verniste pat.			
* Computer gebruik voor:			
* Wish			
* TDI			
* Meldingen: valincident, agressie, ...			
* het ingeven van technische defecten (planon)			
* Wachtdiensten geneesheren			
* Opnemen van verpleegdossiers: uitleg over verpleegkundig eindverslag + MPG			

WEEK	3	...	OK	UITLEG DOOR
	*Verdieping in de afdelingsfilosofie met therapeutisch coördinator			
	* Kennis taken van de nachtdienst			
	* Actief deelnemen aan briefing en vergaderingen			
	* E-learning diensten uitgevoerd te zijn			
	* Uitleg over verschillende vergaderingen en overlegmomenten			
	* E-learning diensten uitgevoerd te zijn			



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be