

P 602755
AFGIFTE LEUVEN 1

BELGIE-BELGIQUE
P.B.
LEUVEN 1
2/878



**VEERTIG JAAR
TUSSEN
RATIONALITEIT
EN
RELATIONALITEIT
DEEL II**

Driemaandelijks – Oplage: 3.600 ex.
38^e jg., nr. 3, 3 trim. 2009
V.U.: Dirk Verdonck
Tiensevest 17
3010 Kessel-Lo
☎ 016/22.96.13
Fax: 016/22.76.47
E-mail: oikonde@oikondeleuven.be

oikondenieuws@oikondeleuven.be
www.oikondeleuven.be
777-5964190-27

Beste lezer,

Met dit Oikonde Nieuws sluiten we onze voordrachtenreeks af, die werd georganiseerd in het kader van onze festiviteiten rond 40 jaar Oikonde Leuven.

In dit nummer brengen we verslag uit van de laatste twee workshops, die door de deelnemers erg werden gesmaakt. In de derde workshop bracht Trees Coucke een boeiende uiteenzetting rond het presentiedenken. Zij gaf deze theorie handen en voeten door haar jarenlange ervaring in een onthaalhuis, in 'de spoed', in de bejaardenzorg. Door die 'veld-ervaringen' kreeg het model een persoonlijke 'touch' en veel 'drive' mee.

Ook dr. Joris Vandenberghe bracht in de laatste workshop een geslaagde synthese vanuit het biopsychosociaal model. Met een eigen-zinnige visie en boeiende voorzetten lokte hij geanimeerde en gewaardeerde discussies uit met de aanwezigen.

De vier workshops gingen door onder de noemer 'Omdat goede zorg verlenen meer is dan uw verstand gebruiken'. Zorg is gaandeweg een zaak geworden van onze ratio.

Zorgverleners staan de laatste jaren vooral met hun verstand in het vak en laten zich minder leiden door relationele, emotionele aspecten. Het buikgevoel verdwijnt meer en meer. Veel zorgverleners vinden dat de balans uit evenwicht raakt en beginnen zich daar minder prettig bij te voelen. Ongetwijfeld moeten we opnieuw een goede mix vinden tussen het rationele en het relationele: in de wijze waarop we cliënten begeleiden, maar ook in onze wereld tout court...

Die gezonde mix treffen we dikwijls wel aan bij onze vrijwilligers, steunfiguren, onze gezinnen. Gezond verstand, wordt dit ook wel eens genoemd. In die zin waren de workshops ook een kleine queeste naar dat grote vraagstuk over het evenwicht tussen ratio en emotie. Een evenwicht dat we ook in de omkadering van het geheel wilden steken: met een gezellige broodmaaltijd vooraf en een after-drink kwamen de workshops ook heel Oikondeaans over. Iets wat duidelijk door de deelnemers werd geapprecieerd.

Het orgelpunt rond 40 jaar Oikonde is geprogrammeerd voor 17 oktober. Met in de vooravond een feestdis, waarmee we onze vrijwilligers, steunfiguren, gezinnen

*willen bedanken. En met als klap op de vuurpijl om 20 uur: **GROOT BAL MET SAM GOORIS**. En mét zijn basketbalsloefkes!*

Het interview met Lieven Dupont, een prominente medestichter van Oikonde Leuven, moeten we verhuizen naar het decembernummer. Dit waardevolle en diepgravende gesprek met een van de meesterbreins achter Oikonde heb je dus nog tegoed.

Veel leesgenot ondertussen, ook met 't Middenveld, en misschien tot zaterdag 17 oktober!

Dirk Verdonck

Directeur Oikonde Leuven

Het presentiedenken in zorgrelaties
Workshop, op 17 april 2009 gegeven door Trees
Coucke

Nota vooraf van de redactie:

Voor het Oikonde Nieuws heeft Trees Coucke onderstaand artikel geschreven over het presentiedenken. Met dank hiervoor.

Trees studeerde af in 1981 als ziekenhuisverpleegkundige. Eerst werkte ze vier jaar in een onthaaltehuis voor dakloze mannen. Daarna werkte ze vijf jaar op de spoedopnameafdeling van een ziekenhuis. Daarna gaf ze les aan de KATHO-hogeschool en in 2005 werd ze directeur van een Instituut voor Verpleegkunde te Roeselare. En sinds september 2009 is ze directeur van sTimul (zie verder).

Uiteraard kan een beknopte tekst de rijkdom van de presentietheorie niet dekken. Daarbij komt dat Trees de ideeën op een uitermate boeiende en inzichtelijke wijze op de workshop heeft naar voren gebracht. Wie een goede spreker wil rond dit thema hoeft niet verder te zoeken.



et boek '*Een theorie van de presentie*' van Andries Baart (2001) vindt haar oorsprong in de praktijk van buurtpastoraal. Het situeert zich daar waar mensen merendeels leven in een situatie van armoede, in de rand van de maatschappij, in een grootstedelijke context. Daarbij stelt Baart vooral dat deze kwetsbare en gekwetste mensen op een bepaald moment geen hulp meer krijgen van de reguliere hulpverlening en daardoor uiteindelijk geen troost (meer) vinden. Ze zijn eenzaam en verlaten door iedereen.

De theorie is een betoog om vooral niemand te laten vallen in hulpverlening, ook al neemt de hulpontvanger de aangeboden oplossingen niet. Meestal zijn die oplossingen overigens de voorstellen van commissies, van hulpverleners, van indicatiestellingen en budgetten. Zelden zijn ze een individueel antwoord op een individuele vraag. Daardoor vallen veel mensen uiteindelijk uit de boot en schiet de hulpverlening haar doel voorbij. Vooral de mensen aan de rand van de samenleving worden het hardst getroffen.

Baart pleit voor een benadering waarbij de hulpverlener *present* is, nabij, aanwezig, wat ook de houding, de vraag of de antwoorden van de hulpontvanger zijn. Daarmee bedoelt hij dat, als een hulpontvanger met de gegeven hulp niets aanvangt, hij daarmee en daarbij toch het recht niet verliest op nieuwe of andere hulp. En

zeker niet het recht op een persoon die present en betrokken en luisterbereid blijft, zelfs als zijn hulpvraag niet opgelost raakt.

In mijn eigen praktijk - toen ik werkte in een onthaaltehuis voor dakloze mannen - heb ik daartegen veel fouten gemaakt, besef ik nu. Tussen de jaren 1985 en 1990 slaagden wij, drie enthousiaste jonge mensen, er in om het onthaaltehuis Oikonde te Kortrijk nieuw leven in te blazen. Na een jaar hard werken openden we een tussenhuis en nog een jaar later een huis voor begeleid zelfstandig wonen. Maar na vier jaar zagen we een aantal van de cliënten opnieuw verschijnen, die we eerder toch op het 'juiste' pad hadden geholpen... We gingen hen 'circuitmensen' noemen. We hielpen hen nog wel op weg, maar het geloof, de drive om het 'goed' te doen was weg. "Hoe lang zal het nu weer duren? Waarom al die moeite doen? Zal ik jouw verhaal al voorvertellen ...?" waren onze gedachten, onze woorden zelfs. Zeer arrogant, besef ik nu.

We deden net waarvoor Andries Baart waarschuwde: we gaven de mensen op, we geloofden niet in 'hun' redding. Waren we misschien teveel met onze eigen redding bezig? Moesten zij leven en werken zoals wij dachten dat het moest? Waren wij diegene die faalden? Nu zeg ik 'ja'.

Sinds enige tijd maken de ideeën van Theodore Dalrymple opgang in onze contreien. Dalrymple is een Engelse psychiater, die

jarenlang met marginalen en kansarmen gewerkt heeft en vooral focust op de individuele verantwoordelijkheid van de mens. Hij maakt brandhout van de gangbare hulpverlening in zijn land en verwijt welzijnswerkers vooral dat ze veel te veel meegaan in de discours van hulpeloosheid en 'slachtofferisme', die veel van de cliënten volgens hem 'tentoonspreiden'. Het zou allemaal de schuld zijn van de samenleving of van een ongelukkige jeugd, het zou een drang zijn waaraan ze niet konden weerstaan, ze werden opgejut door slechte vrienden... Dalrymple loopt niet hoog op met die cliënten en nog minder met (voornamelijk) de criminologen, die de mensen volgens hem veel te veel naar de mond praten en hen daardoor juist verder duwen in een uitzichtloze positie.

Hier heeft Dalrymple een punt. Door de fout van alle ongeluk en falen bij anderen of bij 'de maatschappij' te leggen bewijs je mensen geen dienst. Sterker nog: je 'ont'schuldigt mensen misschien, maar je ontnemt hen tegelijkertijd ook de mogelijkheid en de kracht om 'er zelf uit te raken'. Mensen niet (ook) als verantwoordelijke wezens benaderen, kan betekenen: hen niet ernstig nemen, hen niet in hun potentiële krachten aanspreken of laten komen.

Maar Dalrymple gaat mijns inziens wel te ver, in die zin dat hij te weinig oog heeft voor het therapeutisch belang van het onvoorwaardelijk present zijn. Wellicht zit de waarheid ergens tussenin. Ik kom hier nog op terug.

Voor het behalen van de masterproef Verplegingswetenschappen maakte ik een duo-scriptie met als titel: *'Speuren naar presentie in woon- en zorgcentra'*. Samen met mijn collega wilde ik, op vraag van prof. M. Grypdonck, nagaan in welke mate die presente zorg aanwezig was in de ouderenzorg of er van toepassing kon op zijn. Het werd een hermeneutisch kwalitatief onderzoek met participerende observaties in enkele WZC, met diepte-interviews met zorgverleners en leidinggevenden.

De fundamentele vragen waren:

- ***Wat is goede zorg? Wie bepaalt wat goede zorg is?***

Daarbij zien we in de zorgsector dat het vaak de instelling, de zorgverleners en het beleid zijn die de standaarden voor goede zorg bepalen. Het uur van wakker worden, tijdstippen van eten, maar ook van toiletgebruik en frases als: "Goed eten, dat is goed voor jou" of "Je moet toch proper zijn ...". Deze opmerkingen staan ongetwijfeld bol van de goede bedoelingen, maar de kans is niet gering dat een eetgebeuren of een wasgebeuren meer op een worsteling begint te lijken, omdat het niet altijd de juiste uitkomst biedt voor de zorgontvanger. Hebben we wel gevraagd, gehoord, gezien wat hij/zij als goede zorg beschouwt?

- ***Wat met de machtsrelatie tussen zorgverleners en zorgontvangers?***

Zorg verlenen veronderstelt een onevenwichtige relatie. Wie vraagt is kleiner dan wie kan antwoorden, want in de mogelijkheid van het antwoord zit sowieso een macht (om te negeren, om het als last te laten aanvoelen, om neen te zeggen, ...). Hoe vaak beseffen we als hulpverlener dat wij 'machthebbers' zijn? Hoe kijken we zelf aan tegen de hulpvragen van onszelf? Houden we allemaal ook niet liefst de controle over ons handelen in dagdagelijkse dingen zoveel mogelijk in eigen handen? Wat dan met zorgafhankelijke personen die zelfs voor de meest fundamentele zaken van hun leven hulp moeten vragen? Hoeveel keer per dag voelen zij behoefte (omdat het niet anders kan) om die hulpvraag te stellen en hoeveel keer onderdrukken ze die vraag omdat ..., tot uitstel niet meer mogelijk is? Als zorgafhankelijk zijn een vorm van lijden is: hoezeer en hoeveel lijden die mensen dan? En hier zou iemand zoals Dalrymple niet kunnen betogen dat de maatschappij te tolerant is. Ze is te tolerant maar in de 'wegkijkende, niet-ziende' richting. In tegenstelling tot de moordenaar, die zegt dat de moord niet zijn schuld is maar dat de drugs hem ertoe gedreven hebben (alsof hij die ook niet zelf heeft ingenomen), kan de zorgafhankelijke oudere misschien wel betogen dat de zorgafhankelijkheid zijn/haar schuld niet is.

Na een lang leven van hard werken, dienstbaarheid en gehoorzaamheid krijgt Emma een beroerte. Is zij dan schuldig aan haar zorgafhankelijkheid? En hebben wij dan als maatschappij niet de plicht goed zorg voor haar te dragen? Er is geen of te weinig respectvolle aandacht voor oudere zorgontvangers die deze zorg (of het gebrek eraan) niet gevraagd hebben, en er ook niet de oorzaak van zijn. Hoe waardig kan een ernstig diep dementerende zijn, wanneer ze naakt door de gang loopt en roept om haar kinderen? En hoe ga je met deze zaken om als hulpverlener? Als we hier niet 'present' aanwezig zijn, glijdt alle waardigheid van deze zorgafhankelijke zieke weg. En hier situeert zich de ware uitdaging van het zorgverlenend beroep: nagaan wat de echte zorgvraag van deze zorgontvanger kan zijn, met grenzeloos respect denkend vanuit haar/zijn waardigheid en alleen maar van daaruit.

- ***Of ligt het aan de opleiding?***

In opleiding leren hulpverleners ingaan op de vraag van de zorgontvanger. Ze leren empathisch zijn, aandachtig en nabij. Maar op het werkveld ontmoeten ze dan geroutineerde zorgverleners, die reeds lange tijd weten hoe het moet. De student ziet, begrijpt niet, en volgt toch. Want die geroutineerde zorgverlener moet straks immers ook punten geven. De

student begrijpt ook niet hoe het kan dat sommige hulpverleners jaren kunnen werken en loon krijgen voor de kwaliteit van zorg die ze 'maar' bieden. En toch is het niet zelden zo. Een brutaal antwoord aan een oudere, een hardhandige aanpak, geen respect voor privacy Het kan allemaal gebeuren en zulke reacties worden zelden teruggefloten. Wat denkt een student in opleiding dan? Wie heeft het bij het juiste eind? De morele intuïtie van jonge mensen wordt onderdrukt door de praktijk. En na drie jaar opleiding krijgt de student 'eelt' op de ziel (Gastmans, C.), en raakt ook geïnfecteerd door de routine. Als tegengif hiervoor hebben wij het initiatief *sTimul: zorg-ethisch lab* opgericht. (Nota van de redactie: je moet zeker eens een kijkje gaan nemen op www.sTimul.be . Het is een zeer waardevol en inspirerend initiatief).

De theorie van de presentie, en dus in feite alle hulpontvangers, stellen aan de zorgverlener deze fundamentele vraag:

Telt het voor jou (maakt het een verschil, ben ik belangrijk) dat dit hier bij/aan mij (mijn persoonlijke pijn, niet die van een andere, niet die van 'alle' medezieken) almaar weer zo gaat pijn doen (het doet pijn op mijn manier ... zagerig, kleinzerig, nonchalant, moedig, ...) en stoppen moet (de rechtstreeks hulpvraag, help me, haal me uit mijn lijden)?

In deze pertinente vraag wordt de zorgverlener persoonlijk aangesproken. Hij kan zich niet verstoppen achter beleid en structuur. Zijn 'zelf' staat op dat ogenblik oog in oog met de zorgontvanger die hulp vraagt. De hulpontvanger vraagt niet meer of niet minder dan dat hij in zijn waarde en in zijn waardigheid zou gezien worden. Hij vraagt dat de hulpverlener zou *zien* wat er gaande is bij hem en daarna al het mogelijke zou *doen* (binnen de gegeven tijd, structuur, macht, ...) om de pijn (van het alleen zijn) te doen stoppen. Eerst moet gezien en gehoord worden wat er aan de hand is, dan pas kan er effectief gehandeld worden. Niet zelden komt de hulpverlener aandraven met een korf vol instrumenten en methodieken en gaat daarmee de zorgontvanger 'te lijf'. Te weinig kijkt, luistert hij eerst naar de heel concrete vraag die op dat ogenblik leeft.

Presentie is dan een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat - van verlangens tot angsten - en die in aansluiting dáárbij 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. Het is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw.

Aandachtigheid, betrokkenheid (een beweging in de richting van de zorgontvanger), kijken en zien, handelen in functie van de echte vraag (en soms niet tot handelen komen, maar daarbij niet nalaten in te gaan op de echte vraag en 'mee te delen' dat er niet veel te verhelpen valt, maar dat je er bij blijft...) lijkt eigenlijk eenvoudig. Volgens Baart vergt het een houding van 'exposure', een zich blootstellen aan, zich openstellen voor de werkelijkheid van de ander. Wat speelt echt, wie is hij, wat vraagt hij? En wat kan ik doen voor hem? Wie kan ik zijn? Binnen mijn beperkingen, binnen mijn grenzen (materiële, structurele, emotionele, ...) maar met echte aandacht...

Trouw is een kernwoord in het presentiedenken. Ook al is het probleem niet op te lossen, ook al is de vraag onmogelijk op te volgen, toch blijft men navragen wat men voor de andere kan doen, kan betekenen. Trouw, zoals ouders een kind trouw zijn. Zelden zal men een eigen kind niet trouw zijn. Het mag vallen, het mag je pijn doen, het mag experimenteren, toch kan het steeds terecht bij de ouders. Gelukkig, waar zou het anders de veiligheid halen om de wereld te exploreren, om te groeien? Zo ook vraagt een hulpverleningsrelatie om trouw. Ook al loopt de zorgontvanger vele keren in dezelfde val, toch blijft de hulpverlener klaarstaan. Niet noodzakelijk met oplossingen, maar minstens met attente

aanwezigheid. Zo niet wordt de andere een eenzame mens die nergens meer terecht kan.

Dalrymple kan dan wel voor een deeltje juist zijn met zijn visie, hij veronachtzaamt wel het begrip 'trouw'. Trouw zijn aan de solidariteit. Dat betekent niet dat iemand alles zo maar straffeloos kan doen en laten. Want trouw zijn aan de andere veronderstelt verantwoordelijkheid voor zichzelf toelaten, verantwoordelijkheid vragen zelfs. Zoals prof. R. Burggraave zegt: je bent niet verantwoordelijk voor de andere, maar je bent verantwoordelijk voor de verantwoordelijkheid van de andere. Dat betekent dat de andere de kans moet krijgen om verantwoordelijk te zijn, dus ook voor zijn slechte daden. We moeten hem niet tot zorgobject verlagen, maar luisteren maar wat hij wenst en hoe. Daarbij kijken we wie we voor hem kunnen betekenen.

In zijn theorie ordent Baart vier procesdoelen.

Zorgbereid worden is een actieve beweging bij jezelf, zodat je je bewust gaat instellen, openstellen voor het zorg geven.

Zich tot zorg verbinden is kijken waar het op aankomt bij jezelf: in welke mate wil je zorgen?

De zorg identificeren is stilstaan bij wat er bij de andere op het spel staat: wat is zijn vraag?

De zorg geven is effectief doen wat verwacht wordt binnen je mogelijkheden.

Elk van die vier procesdoelen is opgedeeld in twee werkprincipes en deze zijn onderverdeeld in drie verschillende dimensies. Op die manier ordent Baart verschillende stappen die bewust genomen kunnen worden om tot presente zorg te komen.

De eerste stap, zich vrijmaken, met een bewuste poging tot deroutinisering is alvast één van de moeilijkste in een organisatie.

In de scriptie hebben wij deze 24 dimensies gekoppeld aan geobserveerde handelingen en uitspraken in de interviews.

De besluiten zijn zoals verwacht niet zo positief. In een organisatie vergt het blijkbaar heel wat herdenken en loslaten van vaste structuren om tot present handelen te komen. Het bemoedigende is allicht dat iedereen tot present handelen kan komen in elke relatie met een zorgontvanger. Het vergt op de eerste plaats een heel bewust aanwezig zijn in de zorg, en inderdaad een grote betrokkenheid.

In het proces van presentie-vorming is de rol en de figuur van de leidinggevende van cruciaal belang. Het is een eenvoudig maar blijkbaar essentieel principe: de manier waarop de leidinggevende present is naar de zorgverlener zal in hoge mate bepalend zijn

voor de mate waarin de zorgverlener present zal zijn naar de zorgontvanger.

Niets nieuws onder de zon..., maar het werd tijd om een heroriëntatie in de zorg in het licht te zetten. Een heroriëntatie van instrumentele en technische zorg naar warme, aandachtige en betrokken zorg.

Enkele bibliografische referenties:

'Een theorie van de presentie', Andries Baart, Lemma, Utrecht, 2001.

'Leven aan de onderkant. Het systeem dat de onderklasse in stand houdt.', Theodore Dalrymple, Het Spectrum, Houten, 2004.

'Speuren naar presentie in woon- en zorgcentra', Trees Coucke en Ann Lammens, 2006. Masterproef Master in de verpleeg- en vroedkunde.

Reacties op dit artikel zijn welkom op:

oikondenieuws@oikondeleuven.be

trees.coucke@stimul.be



Op 5 juni ging onze laatste workshop door. Vanuit de centrale stelling dat 'goede zorg verlenen meer is dan uw verstand gebruiken' vroeg Joris Vandenberghe zich af of het zogenaamde biopsychosociaal model de synthese zou kunnen bieden.

Joris is liaisonpsychiater in het UZ Leuven, campus Gasthuisberg, en tevens verantwoordelijk psychiater van de universitaire volwassenendienst Leuven van v.z.w. C.G.G. Vlaams-Brabant Oost.

Hierna kan je een beknopt verslag lezen van zijn heel boeiende voordracht. Met heel veel dank overigens ook aan Rita Bastiaensen, die de voordracht van Joris zo degelijk heeft uitgetypt, en aan Jan Raymaekers, die er zo kundig een sterke synthese heeft van gemaakt.

Tijdens de workshop ontstond er regelmatig een boeiende dialoog tussen de spreker en het publiek. Die wisselwerking is in enige mate 'verpakt' in deze tekst, maar wie de voordracht nog eens 'woordelijk' wil lezen - met een rijkdom aan voorbeelden en randbeschouwingen, en met de referenties -, mag de integrale tekst alsnog opvragen.

Maakt het biopsychosociaal model de synthese?
Workshop, op 5 juni 2009 gegeven door Joris
Vandenberghe

1. Het biopsychosociaal model in theorie

De maatschappelijke context waarin we vandaag leven dwingt ons om in onze hulpverlening de psychologische, maar vooral ook de sociaal-maatschappelijke aspecten meer en meer te betrekken. Tekenen daarvan zijn bij voorbeeld dat depressie aandoening nummer één lijkt te worden. We zien ook een verschuiving van pathologie in de richting van bij voorbeeld borderline, ADHD en stressgebonden aandoeningen. We staan ook voor toenemende vergrijzing en migratie met de daarbij horende (samenlevings)problemen. Er is ook een toenemend zingevingdeficit merkbaar waarbij de psychiater op een aantal vlakken de rol van de vroegere pastoor lijkt over te nemen.

Waarden die vandaag dominant zijn in onze maatschappij zijn onder meer: flexibiliteit, productiviteit, zelfontplooiing, autonomie, secularisering, efficiëntie, veiligheid, materialisme, actiegerichtheid, hedonisme, gezondheid,

Een toenemende groep mensen heeft het gevoel 'niet meer mee te kunnen' in de ratrace van deze tijd en lijdt onder keuzedwang, leegte en vereenzaming, zinverlies, verlies van het tijdloze, structuurverlies en permissiviteit, uitsluiting en ongelijkheid, druk van 'het hedonistisch dictaat',

De geneeskunde lapt dit 'aanspoelend wrakhout' op vanuit een biomedische focus. Ze stelt zich echter weinig vragen bij onze hedendaagse cultuur. Maatschappelijke consequenties uit deze aberraties trekken durft men weinig of niet. Er is op de eerste plaats aandacht voor het biologische aspect, soms een beetje voor het psychologische, maar nauwelijks voor het sociale.

De laatste decennia is er binnen de psychiatrie toch een poging ondernomen om een synthese te maken van de verschillende dimensies die het leven van mensen bepalen.

De term *biopsychosociaal model* die daarvoor wordt gebruikt, vinden we voor het eerst in 1977 bij de psychiater George Engel. Hij stelde vast dat het dominante model in de gezondheidszorg met voorsprong het biomedisch model is. Het biopsychosociaal model daarentegen stelt dat in de context van ziekte en gezondheid zowel biologische als psychologische (gedachten, gevoelens en gedrag) als sociale (socio-economische status, cultuur, armoede, technologie, religie, maatschappij, ecologie) factoren een belangrijke rol spelen.

Deze nieuwe zienswijze heeft grote gevolgen:

- Op vlak van de etiologie: zowel fysische als mentale stoornissen (bij voorbeeld: hartinfarct, psychiatrische aandoeningen, ...) ontstaan door een complexe multidirectionele interactie tussen biologische, psychologische en sociale aspecten.
- Voor de behandeling zijn biologische én psychologische én sociale interventies van belang.
- Op het gebied van de preventie zal ook het sociale aspect een rol moeten spelen, en zal bij voorbeeld de preventiegedachte in de psychiatrie ondermeer (moeten) leiden tot maatschappijkritiek. Iets wat de laatste twintig jaar in de zorg- en welzijnssector helaas een zeldzaamheid is geworden, en waar men meestal niet veel verder komt dan het aanraken van enkele pijnpunten.
- Ook op filosofisch vlak wordt de blik op de mens opengetrokken. Het lichaam beïnvloedt de psyche en omgekeerd. Voor de geneeskunde wordt de mens meer dan een lichaam, maar een psyche-in-een-lichaam-in-een-context.

2. Het biopsychosociaal model in de praktijk

Ondanks enkele positieve evoluties is er van dat biopsychosociaal model in de praktijk toch maar weinig in huis gekomen. Van een echte 'revolutie' in de zin van een soort paradigmawisseling naar een nieuw model is er zeker geen sprake.

De medische wereld heeft onmiskenbaar grote successen geboekt. Daardoor is de illusie ontstaan dat het biomedisch model uiteindelijk tot een punt kan komen waarbij elk probleem (dat uitsluitend *in* de mens gelegd wordt) volledig zal kunnen gekend, verklaard en opgelost worden. In de medische opleiding is deze *furor therapeuticus* nog steeds dominant aanwezig. Toekomstige medici worden aangestuurd om het medisch probleem 'te lijf' te gaan. Men wordt te weinig geleerd om ook 'naast' de patiënt als mens te gaan staan. Zo komen de 'trage vragen', de existentiële en zingevingsvragen van mensen niet aan bod. De maatschappelijke invalshoek is al helemaal afwezig. Wanneer een medicus een psychotherapeutische opleiding aanvat, moet hij als het ware een bocht van 180° nemen tegenover de medische opleiding, een soort herprogrammering van de biologische en activistische schema's uit de medische opleiding.

3. Kritiek op het biopsychosociaal model

Alhoewel de blikverruiming die het biopsychosociaal model biedt beter is dan een dogmatisch biomedisch denken, faalt dit model toch, omdat het geen antwoord geeft op enkele belangrijke vragen.

- Het is niet echt een overkoepelend model want het zegt niet *hoe* het biologische, psychische en sociale zich verhouden tot elkaar en *hoe* ze elkaar beïnvloeden. Het geeft geen betekenis aan de verbanden tussen de elementen. Dat creëert zowel theoretisch als in de praktijk een vacuüm.
- Van echte integratie tot één model is geen sprake: de verschillende aspecten worden gewoon naast elkaar geplaatst.
- Het is te breed; het wil alles zijn voor iedereen. Daardoor wordt het iets vaags, waar ieder zich wel een beetje kan in vinden. Dat kan leiden tot eclecticisme en relativisme ('anything goes'), waarbij ieder dat stuk beklemtoont wat hem of haar goed uitkomt.

In plaats van een echt nieuw paradigma te zijn, heeft dit biopsychosociaal model dus eerder een preparadigmatisch statuut. Dat leidt er ondermeer toe dat de hedendaagse psychiatrie een

overkoepelende theorie ontbeert en enigszins moet opereren in een vacuüm.

In de klassieke geneeskunde is er wel dat overkoepelend model, mét haar grote leemten en beperkingen weliswaar. Zo heeft het biomedisch model evenmin een helder antwoord op de precieze samenhang tussen bepaalde fenomenen: bijvoorbeeld tussen depressie en cardio-vasculaire ziektebeelden. Men ziet wel het verband tussen beide, maar men kan de aard van het verband niet helder duiden.

Het biomedisch model botst dus op de beperkingen van haar paradigma, terwijl de psychiatrie als onderdeel van de geneeskunde nooit een echt paradigma heeft gehad.

4. Diepere oorzaken van de problemen met het biopsychosociaal model

We kunnen uitgaan van twee mogelijke mens- en wereldbeelden die we grofweg kunnen benoemen als *objectivisme* en *subjectivisme*.

Een objectivistisch mens- en wereldbeeld gaat uit van slechts één realiteit die kan begrepen worden (realisme). Het objectivistisch perspectief vertrekt bij een 'observator' die een onafhankelijke



positie kan innemen t.o.v. het geobserveerde, waardoor (in deze visie dus) objectieve kennis mogelijk is (positivisme). Andere kenmerken van deze benadering zijn dat feiten en waarden kunnen gescheiden worden. Verbanden tussen gebeurtenissen zijn lineair en causaal. Verklaringen voor feiten kunnen veralgemeend worden naar een andere tijd en een andere plaats. Onze menselijke natuur ligt vast (determinisme). Wetenschappelijk onderzoek houdt zich bezig met kwantitatieve gegevens die moeten leiden naar algemeen geldende wetten.

Een subjectivistisch mens- en wereldbeeld daarentegen gaat ervan uit dat er meerdere werkelijkheden zijn, die socio-psychologisch geconstrueerd worden en die in verbinding staan met mekaar (nominalisme). De observator en het geobserveerde staan in deze visie nooit los van elkaar en beïnvloeden elkaar. Waarden kunnen niet van feiten gescheiden worden: ze scheppen mee de werkelijkheid. Alles hangt samen en gebeurtenissen beïnvloeden elkaar voortdurend. In plaats van 'oorzakelijk' worden verbanden eerder gezien als al of niet 'geldend'. Verklaringen zijn altijd slechts voorlopig en partieel, en gaan slechts op voor gebeurtenissen binnen een welbepaalde context. Als mens hebben wij bovendien de mogelijkheid vrije keuzes te maken (voluntarisme). Wetenschappelijk onderzoek dat vanuit subjectivistisch standpunt bedreven wordt, betreft ook kwalitatieve gegevens en heeft oog

voor het unieke levensverhaal en de unieke casus van elke persoon.

Misschien is de overgang van het biomedisch naar het biopsychosociaal model wel mislukt omdat dit niet gepaard is gegaan met een verandering van het onderliggende, objectivistische mens- en wereldbeeld.

Maatschappelijk-cultureel zitten wij dus nog heel sterk in de ban van het objectivistisch denken. Wanneer we dit meer toespitsen op het terrein van ziekte en gezondheid dan vertaalt dit objectivistisch perspectief zich onder andere in de volgende impliciet aanwezige vooronderstellingen:

- Humane wetenschappen zullen ultiem herleid worden tot neurowetenschappen (reductionisme), m.a.w. tot hersenprocessen.
- Alles is (ooit) te verklaren waardoor 'verstaan' overbodig wordt.
- Het verband tussen fysische en psychische fenomenen is (ooit) te vatten.
- Psychische verandering is een beheersbaar proces.
- Beperkingen zijn er om overwonnen en genezen te worden. Er is weinig plaats voor de aanvaarding van beperkingen en tekorten.

- Empirie (toetsing aan de feiten) staat boven hermeneutiek (interpreteren, luisteren naar betekenissen).
- Kwantitatief staat boven kwalitatief onderzoek.
- Biomedische wetenschappen staan boven menswetenschappen. Je moet iets 'tastbaars' doen (bij voorbeeld: toedienen van neurotransmitters) wanneer je iets in het hoofd van mensen wilt veranderen.
- Objectiviteit is wenselijk en haalbaar.

De basis van deze vooronderstellingen vormt het beheersingsdenken, diep geworteld in onze westerse cultuur en met een quasi onbeperkt geloof in de kenbaarheid en de maakbaarheid van de mens.

Het werkveld laat evenwel een andere wereld zien. De klinische praktijk in de geestelijke gezondheidszorg sluit bij voorbeeld veel meer aan bij een subjectivistisch mens- en wereldbeeld. De basis daarvan stoelt op een geloof in de complexiteit, de plasticiteit en de intra- en interindividuele variabiliteit tussen mensen.

Is er een integratie tussen beide modellen mogelijk? Of sluiten ze elkaar uit? Kan je beide modellen verzoenen of kan je alleen maar switchen van het ene naar het andere model?

Mijn stelling is dat het (willen) versmelten van een objectivistische en een subjectivistische visie de waarde van beide visies onderuit

haalt. Een betere benadering is er één waarbij je weet dat je kunt kiezen tussen twee verschillende mogelijkheden van kijken naar een casus. Je beseft dan dat je twee mogelijke posities kunt innemen, waarbij de ene positie nooit per definitie zo maar beter of slechter is dan de andere. Beide zijn complementair, en in een teambespreking bijvoorbeeld komt het erop aan de andere posities goed trachten te begrijpen. Switchen van positie (en van de daarbij horende taalspelen) vraagt veel flexibiliteit, maar kan men leren. Een rijke *dissensus* (als rijk verschil van meningen) kan soms beter zijn dan een flauwe consensus. Als we moeten kiezen tussen integratie, reductie of parallelle benaderingen die naast elkaar staan maar elkaar ontmoeten, kies ik voor het laatste.

Concreet voor de psychiatrische praktijk betekent dit dus dat afgestapt dient te worden van het dictaat van de objectivering die zo eigen is aan het biomedische model.

De psychotherapeut dient geen 'objectiviteit' na te streven in de zin van 'zonder betrokkenheid', 'zonder interpretatie', 'zonder beïnvloeding door emoties', 'onafhankelijk van de eigen mening', Integendeel, voor psychotherapeuten staat de subjectiviteit centraal. Psychotherapie is op de eerste plaats contact met iemand maken, samen een weg afleggen binnen een (therapeutische) relatie, waarbij beide partijen een leerproces doormaken.

De nood aan een andere terminologie dringt zich op waarbij het begrip *objectiviteit* beter zou vervangen worden door het begrip *validiteit*, dat staat voor accuraatheid en precisie. Een diagnose bij voorbeeld is valide wanneer ze accuraat is (er is overeenkomst tussen beschrijving en het beschrevene) en precies (betrouwbaar of reproduceerbaar: verschillende personen komen tot dezelfde beschrijving).

5. De toekomst: wat dan wel?

We hebben onmiskenbaar nood aan een evenwichtig verklaringsmodel met ruimte voor zowel biologische, psychologische als sociale aspecten. Daarin moet er plaats zijn voor het onbeheersbare, het meerzinnige en het weerbarstige van de menselijke psyche. Het biopsychosociaal model komt slechts gedeeltelijk tegemoet aan deze nood, omdat het de verwachting van een overkoepelend paradigma niet kan waarmaken. Daarom opteren we in de psychiatrische praktijk voor een eerder pragmatische *modus operandi*: je kunt maar iets zinvol zeggen in een concrete situatie als je bereid bent de verschillende dimensies en de verschillende manieren van kijken, benaderingen naast elkaar te zetten, ze te zien en ze dan geval per geval in te zetten en eventueel te combineren. In een therapeutische relatie worden

samen met de patiënt relevante, niet-normatieve behandeldoelen gesteld. In plaats van het primaat van de neurowetenschappen kritiekloos te accepteren, zouden de neuro- en geesteswetenschappen in een symmetrische positie naast elkaar moeten staan. Ze vormen onderscheiden beschrijvingsniveaus waarbij de hersenwerking gezien wordt als een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde om de menselijke psyche in ogenschouw te nemen. Dat betekent een bewuste keuze voor subjectiviteit, die niet wordt gezien als de problematische keerzijde van het objectivisme van de positieve wetenschappen. Dat betekent ook een erkenning van de grenzen van die wetenschappen en een erkenning van een conceptuele - en (tot nader order?) wetenschappelijk niet te vatten - sprong van brein naar geest, van materieel naar immaterieel, van hersenactiviteit naar beleving. In plaats van alles tot één amorf brij te laten versmelten, waarbij het één tot het andere wordt gereduceerd, kiezen we er beter voor om de verschillende standpunten en disciplines gescheiden en onderscheiden te houden: de geneeskunde, de psychiatrie, de biomedische wetenschappen, de humane wetenschappen en tenslotte de filosofie. Daarbij heeft elke discipline haar eigen methode en haar eigen doel.

Voor de psychiatrie zijn bij voorbeeld niet de hersenen, maar het lijdende subject, met zijn psyche en zijn beleving daarvan het diagnostisch vertrekpunt. Een deskundige inschatting (subjectief

maar op systematische en valide wijze) van de subjectieve beleving van de mens die voor ons zit is de hoeksteen van de psychiatrische diagnostiek.

Daarbij blijven we ons bewust van het feit dat vele thema's en invalshoeken voor de psychiatrie weinig begaan terrein blijven, zoals bij voorbeeld de existentiële, spirituele, religieuze dimensie, de mens als zingevers en zinzoeker, de omgang met de tragiek van de dood en het leven.

Reacties op dit artikel zijn welkom op:
oikondenieuws@oikondeleuven.be
joris.vandenbergh@uz.kuleuven.ac.be

't Middenveld

Oikonde Leuven bestaat 40 jaar, maar Gaby en Renilde hebben ook iets te vieren: ze trekken al 10 jaar samen op! We mogen hun mijmeringen hierover mee lezen.

Na 't Poubelleke (met info over ons *bal populaire!*) brengen Hugo en Louis verslag uit van “*een zomerse zaterdag*”. En eindigen doen we zowaar met enkele spitsvondige financiële adviezen van Catho...

Ook nu weer zijn reacties en suggesties welkom op oikondenieuws@oikondeleuven.be.

Of geef een belletje naar het secretariaat: 016/22 96 13

SAMEN TIEN JAAR OP WEG

Renilde

Negentiennegenennegentig.

Er kwam een telefoon van Oikonde met de vraag of ze eens konden langs komen.

Er werd een afspraak gemaakt voor een gesprek.

De vraag die mij gesteld werd was als volgt:

Er was een dame die al heel wat tijd had doorgebracht in de psychiatrie. Ze was klaar om haar leven in de maatschappij opnieuw op te nemen. Ze zou alleen gaan wonen, maar men zocht iemand die met haar een stuk 'op weg' wou gaan en haar een steuntje zou kunnen geven als het nodig was.

Mijn antwoord was "ja", gezien ik heel wat ervaring had met de psychisch zieke mens.

Hoe het verder verliep, laat ik haar vertellen.

Gaby

Op mijn 21^{ste} is het begonnen: twintig jaar lang ben ik regelmatig in de psychiatrie opgenomen geweest, en was mijn leven er een van vallen en opstaan. Op een bepaald moment kwam er een nieuw medicament uit, dat ik uitprobeerde, en wonder bij wonder sloeg het zeer goed aan en kreeg ik opnieuw vat op mijn leven.

Toen het duidelijk werd dat ik min of meer 'gestabiliseerd' was, kon ik aan ontslag denken. Mijn dokter en Jan, de verpleegkundige die ook mijn coördinator was, bereidden mij intens voor op de grote stap.

Aan Oikonde werd gevraagd om voor mij een steungezin te zoeken. Charlotte werd mijn begeleidster en is dat nog steeds. En Renilde is dus mijn steunpersoon.

In het begin viel het alleen wonen mij heel moeilijk. Ik durfde niet naar de winkel te gaan, ik wist niet hoe ik bepaalde dingen moest aanpakken en kreeg nog veel angstaanvallen. Alleen wonen, opnieuw voor mezelf zorgen, boodschappen doen, mijn vrije tijd invullen, nieuwe vrienden maken: het lag allemaal niet simpel. Maar met de steun van Renilde viel alles stilaan op zijn pootjes. Niet onbelangrijk was ook dat ik een goed vrijwilligerswerk vond, waar ik nog steeds blij mee ben.

Op een bepaald moment ontmoette ik een vrouw, die nu mijn vriendin is geworden. Zij was grootgebracht door haar grootouders en na hun overlijden erfde zij hun huis. Ik ben nu veel daar bij haar, maar ik blijf toch ook vasthouden aan mijn appartement.

Na tien jaar mag ik zeggen dat mijn nieuwe kans voor het leven zijn vruchten heeft afgeworpen. Ik ben nu een heel zelfstandig iemand, helemaal weer aangepast aan de maatschappij. Ik rijd met de auto en mijn hond en mijn poezen zijn mijn nieuwe zorg en mijn plezier. Ook de contacten met mijn familie zitten weer goed. Ik heb veel redenen om dankbaar te zijn, ondanks de kwellende jaren die vooraf gingen.

Renilde

Gaby is nu een warme, verstandige en hartelijke vrouw. En samen met haar vriendin geniet ze van vele goede dingen. In de begintijd van haar alleen wonen was ik eerder een toezichhoudende steun, ik wilde er echt zijn voor haar. Maar nu is er een vriendschapsband

gegroeid, waarvan wij beiden genieten. Gaby is nu een volwaardige burger in een toch wel stresserende maatschappij.

Samen met Gaby wil ik alle mensen bedanken die een nieuwe kans hebben gegeven om een mens gelukkig te maken. Ik ben ervan overtuigd dat meer mensen deze kans ook verdienen.



'T POUBELLEKE

Enkele wetenswaardigheden vooral van buitenshuis deze keer.

Maar beginnen doen we toch met een hoogstbelangrijk intern bericht: ***de Oikonedag op zaterdag 17 oktober in het teken van 40 jaar Oikonde Leuven.***

Voor de gezinnen en de vrijwilligers begint de ambiance al om 17 uur met een gala(nt) diner, waarmee we hen willen bedanken voor hun immense inzet.

En na de feestdis volgt het feestgedruis, het echte hoogtepunt, de max van Vlaanderen, de man met de onverslijtbare *basketbalsloefkes*, de eeuwig jonge, de enige echte **SAM GOORIS!**

Vanaf 19u30 staat de zaal op de Philipssite te Leuven dan open voor het *grote publiek*. Wie tussen 19u30 en 21u30 binnenkomt, betaalt 5€. Daarna is de inkom gratis. En voor de Gooris-supporters: noteer zeker dat het optreden van onze zingende springveer begint om 20 uur!

Na het optreden kan de dansvloer verder onveilig gemaakt worden. Maar we voorzien zeker ook een plek om een rustig glaasje te drinken.

Vormingsaanbod voor mantelzorgers. Ziekenzorg CM start een gespreksgroep voor mantelzorgers van dementerende personen, een werkgroep voor mantelzorgers van chronisch zieke mensen en een themagroep "Als thuiszorg moeilijk wordt".

Voor meer informatie: contacteer Liesbet Weynants op 016/359688, liesbet.weynants@cm.be.

Dienstencheques voor iedereen aftrekbaar van de belastingen.

Sinds 1 januari 2009 kost een dienstencheque 7,50€. Vanaf dit jaar kunnen echter alle gebruikers 30% korting bekomen via de belastingen, zodat een dienstencheque eigenlijk maar 5,25 € kost. Ook als je maar een bescheiden inkomen hebt en geen belastingsbrief ontvangt, kan je deze korting krijgen en dit door middel van het belastingskrediet. In dat geval moet je wel een eigen belastingsbrief aanvragen bij je plaatselijk belastingskantoor. Het fiscaal attest van Sodexo toevoegen aan de ingevulde belastingsbrief volstaat om een terugbetaling te krijgen. Meer info via het Contactcenter van Financiën, tel. 02/572.57.57

Basiscursus 'omgaan met autisme'

Je zoon, dochter, partner... kreeg een diagnose autisme en je hebt talloze vragen over hoe het nu verder moet? Je wil graag met lotgenoten overleggen, ervaringen uitwisselen, oplossingen vinden voor de vragen waar je anders alleen mee blijft zitten? Dan is de basiscursus iets voor jou. Elke cursus wordt begeleid door een duo: een autismedeskundige en een ervaringsdeskundige. Hij gaat door in Het Seinhuis, Tiensesteenweg 63 te Leuven, en wel op de maandagen 26 oktober, 9, 16, 23, 30 november en 14 december 2009.

Gezinnen die lid zijn van de VVA betalen 35,00 euro per persoon, gezinnen die geen lid zijn betalen 33,00 euro extra en worden zo VVA-lid.

Meer uitleg is op te vragen bij Ann@autismevlaanderen.be, of via de autismetefoon: 078/152.252

VERSLAG VAN EEN ZOMERSE ZATERDAGVERGADERING

Zoals elk jaar hadden we (*cliënten van Oikonde, nota van de redactie*) op zaterdag 4 juli 2009 een bijeenkomst op het secretariaat van Oikonde. Wat gaat het worden? Een zomerse zaterdag, zo was het voorgesteld.

We worden om 9u30 verwelkomd door Tim, Mieke en Vera. We beginnen met een tasje koffie. We waren met een 15-tal personen, er was zelfs een persoon uit Aalst gekomen. Er zijn nieuwe gezichten bij. Er wordt een kennismakingsspel met een bolkoord gedaan. Er wordt gelachen en gepraat, anekdotes genoeg. Daarna was er een rondleiding door het huis. Zo kunnen we zien waar iedereen zijn bureau heeft in Oikonde, en waar we eventueel terecht kunnen met onze problemen.

Ook was er een video te zien van activiteiten van Oikonde van de voorbije jaren. We konden ook onze wensen uitspreken in verband met 40 jaar Oikonde.

En tot slot was er een gezellig samenzijn met koffie en taart... Hartelijk dank dat we zo eens hebben kunnen zien wat er in het huis op de Tiensevest eigenlijk gebeurt. We hebben er echt van genoten, en het was een prachtige dag!

Van Hugo en Louis

DE WERELD VOLGENS CATHO

Deel 15: Overschot hebben

“Ge moet eens iets schrijven over uw geldbeheer; gij hebt daar ervaring mee”, had Vera, mijn begeleidster, al een tijd geleden gezegd.

“Dat zal wel, ik heb ervaring met zowat alles wat op niet veel trekt”, gaf ik haar terug.

“Neen, neen, maar gij hebt daar toch veel in geleerd, en ik denk dat andere mensen van uw ervaringen misschien ook iets kunnen leren.”

Hmm, dat is wel waar, maar ik wil ook niet als de expert overkomen. Maar ze kon mij overtuigen en dus ben ik weer eens in mijn pen gekropen. Over hoe omgaan met geld dat een mens bijna nooit heeft.

Maar het klopt wel natuurlijk. Ook op geldvlak heb ik zwarte sneeuw gezien. Zeker in putteke winter 2003, toen ik hier in Leuven in mijn rolstoel aanbelandde. Ik kwam hier toe met schulden vanuit het ziekenhuis, ik moest direct een dikke waarborg betalen en die eerste maanden had ik een inkomen van welgeteld 604 euro. Ik heb ze nog teruggevonden, mijn finances van die eerste maanden. Huishuur, waarborg, water, verwarming, elektriciteit, telefoon en dan nog schulden afbetalen: ik zat direct aan 455 euro vaste kosten. 149 euro hield ik over, ik heb de papiertjes nog teruggevonden. $149:4 = 37,25$. Ik had 37,25 euro over om een week van te leven. Die eerste dagen heb ik een pakje koffie van 500 gram gekocht, een potje boter, een kilo suiker, 2 broden, 2 pakken spaghetti, wat kaas en hesp en spek, waspoeder en een afwasproduct. De spaghettisaus was mijn grootste uitgave: 1,95 euro. Onverantwoorde luxe op dat moment.

Op het einde van die eerste week had ik honger, maar ik was toch ook fier op mezelf omdat ik nog zo'n 20 euro zakgeld over had: geld dat mij een beetje 'vrij' maakte en mij deed denken dat er dus toch nog groter sukkelaars moesten rondlopen.

Na enkele maanden waren mijn financies opnieuw volledig in orde gebracht. Ondertussen zit ik aan een inkomen van rond de 950 euro. Daar springt een mens nog niet ver mee, maar ik kan ermee leven, zonder het gevoel dat ik vanalles mis om gelukkig te zijn. Geluk moet ge toch vooral van anderen krijgen, heb ik ondertussen geleerd. En die contacten wat soigneren, dat kost gelukkig nog niet veel geld...

Maar wat geldzaken betreft: ik moest er dus wel mijn verstand bijhouden en mijn ogen openhouden. Anders kwam ik niet rond. Anders kwam er miserie van. Want alleen al met die vaste kosten is 't vet al van de soep en schiet er al niet veel meer over. En zo werkt dat dus iedere maand opnieuw.

Iedere maand probeer ik met weinig geld toch 'goed' te leven. Niet simpel, want een mens moet er iedere dag zijn kop bij houden, of ge hebt een gat in uw budget? Geen zottigheid doen, daar begint het volgens mij mee. Weet ge wat de grote *slok-op-pen* zijn, als ik zo rond mij kijk? Gsm's, breedbeeld-tv's en computers. Al dat gerief brengt geluk voor één dag, maar voor ge het weet maken ze van u ne sukkelaar. Want na een paar maanden is die harde schijf al vol. En na een jaar is die gsm weer uit de mode, en die breedbeeld-tv neemt zoveel plaats in dat een mens opnieuw een kleinere koopt en die breedbeeld boven op de kleerkast belandt. Allemaal gezien en horen zeggen...

Geen zottigheid doen dus, ik heb opnieuw leren tellen de voorbije jaren... Want een maand heeft voor iedereen dertig dagen en dan is het geen goed systeem om de eerste veertien dagen met uw

geld te gaan smijten. Merkproducten heb ik leren passeren. Die dienen vooral om u efkes '*meer*' te voelen, maar ze deugen niet voor uw portemonnee. Ik ga dus naar de Lidl of naar de Aldi. En af en toe toch ook naar de Delhaize. (Met dank aan Nancy voor die gouden tip!). Maar alleen na half zes. Want dan duikt daar bijna dagelijks *nen afplakker* op met bonnetjes met '*50 PROCENT KORTING*' erop, en als ge die mens ziet en hem volgt, dan zijt ge dikwijls nog beter af dan in de Aldi, en hebt ge uw potteke Danone beet. Sommige vrienden zeggen mij dan: "En durft gij dat?" Maar uw verstand en uw ogen gebruiken, daar moet een mens zich toch niet voor schamen? En 't is toch dat ze het aan die prijs willen verkopen zeker?

Het is natuurlijk ook de overheid, die de schulden doet maken, da's waar. Ze doen tegenwoordig niks anders dan mensen oproepen om maar meer geld te gaan uitgeven. Hetzelfde met die banken en die winkels die maar naar uwe kop blijven smijten dat ge bij hen vanalles op *de poef* kunt kopen 'zonder problemen'. Maar als het dan misloopt, zijn zij het niet, die ervan wakker liggen, hé. Neen, dan sturen ze voor dat ge het weet 'zonder problemen' een deurwaarder op uw dak.

En 't is waar: die reclame overal, ook dat steekt natuurlijk de ogen uit. Maar wat kunt ge daaraan doen? Ge kunt u daartegen alleen proberen te verweren door uw verstand en uw ogen te gebruiken, wat ik al gezegd heb. En door de jaloezie in u tegen te houden. Dat vooral. Want volgens mij is het vooral de jaloezie tussen de mensen, die de schuld is voor al die zotte aankopen. De een ziet iets, en wil dat kopen, en heeft er het geld voor. En de ander ziet dat haar vriendin dat gekocht heeft, en wil dat ook, en moet er al veel voor opofferen. En een derde vriendin kan het niet rap genoeg gekocht hebben, maar heeft er absoluut het geld niet

voor. Maar ze heeft nog altijd haar Visa-kaart... Jaloezie kweekt armoede, zeg ik u. Het is een heel ambetant vergif, dat heel veel op gang zet, en heel veel kapot kan maken.

Ook ik heb moeten leren met vallen en opstaan. Dikwijls, spijtig genoeg door andere mensen in hun ongeluk te zien lopen rond geldzaken. Ze geven maar uit en gaan er precies van uit dat ze altijd arm zullen blijven en dat er toch niks aan te doen is. Wel, dat is juist wat ik wil zeggen: ik heb zelf ervaren dat er wel iets aan te doen is. Met wat boerenverstand, met wat karakter, met wat *trukjes*. En als dat nog niet helpt: laat u dan begeleiden. Ook ik heb daarrond mijn koppigheid (moeten) laten varen, en die begeleiding heeft mij goed geholpen om mijn leven opnieuw in handen te krijgen.

Ik ben op een bepaald moment bijvoorbeeld al mijn vaste kosten gaan betalen met een bankopdracht. Zo kan ik al zeker geen *ambras* krijgen met Het Water of met De Gaz.

Maar het belangrijkste is volgens mij het leefgeld: het geld om te leven op een gewone, gezonde manier. Ik denk dat het belangrijker is om iedere dag 'goed' te eten en te drinken en goed voor uzelf zorg te dragen, dan dat ge uw centen zoudt verdoen aan zo'n reuzescherf of aan de nieuwste gsm.

En sparen is volgens mij ook belangrijk. Mijn ziekenhuisschulden zijn nu bijna afbetaald, ik kan eindelijk zelf wat spaargeld gaan opzij leggen. Ik weet het: het zal nooit veel zijn dat ik per maand kan opzij zetten. Maar ik weet nu al dat ik fier zal zijn op mijn eerste spaarcenten. Mensen met veel geld zegt dat misschien niks, maar met weinig inkomsten toch nog sparen, dat is volgens mij ook een prestatie om fier op te zijn. En het geld dat ik *na* mijn spaargeld overhoud, zal pas echt zakgeld zijn, denk ik nu. Een klein

beetje 'overschot hebben' dan; ik heb het in mijn leven nog niet dikwijls meegemaakt.

Verbouwingen en onderhoud van de huizen kosten handen vol geld. Zoals u wellicht weet, krijgen wij hiervoor geen subsidies en zijn we dus enkel op giften aangewezen om de woonkwaliteit in onze huizen optimaal te houden. De voorbije twee jaar zijn we bezig geweest met een zeer grondige verbouwing van de O.L.Vrouwstraat. De verdere inrichting en het onderhoud van de andere huizen zijn nu aan de orde. Wij rekenen op uw broodnodige financiële bijdrage om dit dag in dag uit waar te maken.



Mogen we vragen uw giften over te maken op:

777-5964190-27
van Oikonde Leuven
Tiensevest 17
3010 Kessel-Lo

Voor giften, die op jaarbasis 30 euro of meer bedragen, zorgen wij voor een fiscaal attest.

Met onze bijzondere dank voor uw daadwerkelijke hulp!