

AFRIT 8

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

DRIEMAANDELIJKS MAGAZINE VAN HET PZ ONZELIEEVROUW BRUGGE
SEPTEMBER, OKTOBER, NOVEMBER 2020
JAARGANG 5, NUMMER 3 - WWW.PZONZELIEEVROUW.BE
P808227



REPORTAGES

- GDPR: een stand van zaken
- De ombudsdienst

INTERVIEWS

- dr. An Vermassen, psychiater
- Loïc Moureau, stafid ethiek

OP DE KOFFIE

"Ik sta vandaag positiever in het leven"

MENSEN. ANDERS BEKEKEN



INTERVIEW

"Verandering is mogelijk, zelfs al lijkt een situatie uitzichtloos."

p. 4



INTERVIEW

We streven naar het goede, maar soms moeten we tevreden zijn met het best haalbare".

p. 12



Kwaliteitszorg
in de praktijk
p. 16



REPORTAGE

"Iedereen moet mee in dit verhaal"

p. 8



OP DE KOFFIE

"Ik sta vandaag positiever in het leven".

p. 18



IN DE KIJKER

"Wij werken altijd verbindend"

p. 10

COLOFON

REDACTIE:

Marc Vermeire, Mathilde Traen, Tom Talloen, Birgit Icket en Mieke De Ruyter i.s.m. Zorgcommunicatie.be

EINDREDACTIE:

Marc Simoens en Tom Talloen

LAY-OUT:

Tom Talloen

FOTOGRAFIE:

Tom Talloen, tenzij anders vermeld

DRUK:

Geert Daelman

AFWERKING:

Geert Daelman en De Variant van PZ Onzeliëvrouw

VRAGEN/OPMERKINGEN:

Cel communicatie en informatie, cominfo@pzonzeliëvrouw.be

VU:

Dominique Gykiere, voorzitter vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu', PZ Onzeliëvrouw, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

U ontvangt dit tijdschrift omdat u deel uitmaakt van ons adressenbestand. Wenst u dit tijdschrift niet meer te ontvangen, dan kunt u dit melden via e-mail op cominfo@pzonzeliëvrouw.be.



“ALTIJD HOOP”

“Hoe ernstig ziek iemand ook is, welk traject iemand ook al heeft afgelegd, we blijven altijd hoop koesteren. Je kan dingen veranderen. Hoe uitzichtloos een situatie ook lijkt. Meer dan ooit geloof ik in de kracht van elke mens en in herstel.”

Dr. An Vermassen gaat in haar interview naar de kern van onze opdracht en onze missie. Het is een warm en openhartig gesprek waaruit een grote menselijkheid spreekt. Het kon bijna niet anders of ook ethische vragen kwamen aan bod. Hoe behoedzaam we beslissingen wikkelen en wegen, soms botsen we in de hulpverlening op quasi onmogelijke ethische vraagstukken en dilemma's.

“We streven naar het goede, maar moeten soms tevreden zijn met het best haalbare,” zegt ethicus Loïc Moureau hierover in een ander artikel in dit magazine. “Ethiek is exploreren, in gesprek gaan, een vraagstuk vanuit alle perspectieven durven bekijken. Zelden zijn er pasklare antwoorden.”

Het belang van luisteren, dialoog en reflectie in de geestelijke gezondheidszorg mag niet onderschat worden. Zelfs – en misschien vooral – als we weinig tijd hebben om stil te staan bij fundamentele vragen, moeten we hier aandacht voor hebben. In het belang van de patiënt, maar evenzeer in het belang van onszelf en van het hele team. En altijd moeten we voor ogen houden voor wie we werken. Daarom geven we in Afrit 8 niet alleen het woord aan artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners, maar eveneens aan de patiënt en zijn of haar familie. Deze keer krijgen we het relaas van Kurt. Zijn verhaal klinkt bij momenten rauw en onversneden, maar aan het einde fonkelt de hoop. “Ergens heb ik het gevoel dat ik uit de samenleving ben gevallen,” zegt Kurt. “Ik kan niet meer werken. Ik voel mijn beperkingen. Ik heb weinig energie. Maar ik wil weer iets opbouwen. Ik beseft dat het niet meer wordt als vroeger, maar dat mag ook niet, want door de situatie vroeger ben ik hier beland... In het begin voelde dat als een nederlaag. Maar die fase ben ik nu voorbij. Ik wil niets forceren, maar kleine stappen vooruit zetten. Ik zie nog een mooie toekomst. Ik sta vandaag positiever in het leven dan vroeger.”

Daarvoor doen we het. Omdat er altijd hoop blijft. Dat maakt ons werk in de geestelijke gezondheidszorg zo waardevol.





De meeste patiënten op de afdeling kortdurende intensieve psychiatrische behandeling (afdeling 51) zijn gedwongen opgenomen en acuut in crisis. Dr. An Vermassen werkt er als psychiater. "Ik had vooraf nooit gedacht dat zo'n acute context me zo goed zou liggen, maar ik doe dit werk ontzettend graag. En dat moet ook wel, anders houd je dit niet vol," vertelt ze. Wat deze afdeling dan zo bijzonder maakt? We gingen het dr. Vermassen zelf even vragen.





“VERANDERING IS MOGELIJK, ZELFS AL LIJKT EEN SITUATIE UITZICHTLOOS”

“Als kind al wou ik later iets met kinderen doen of psychologe worden. Mensen nabij zijn met woorden, mensen helpen... dat leek me het mooiste! Op aansturen van enkele leerkrachten ben ik alsnog geneeskunde gaan studeren. Tijdens de stagejaren heb ik van diverse disciplines geproefd: chirurgie, inwendige geneeskunde, gynaecologie... Ik vond het allemaal razend interessant. Maar psychiatrie stak er met kop en schouders bovenuit. Wat mij boeit, is de mens achter het ziektebeeld. Ook de interactie tussen lichamelijke en psychische gezondheid fascineert me.

“Sinds 2014 ben ik full time werkzaam op de afdeling intensieve psychiatrische zorg, waar patiënten met een ernstige en acute psychiatrische problematiek verblijven. De afdeling telt 24 bedden, verdeeld over twee leefgroepen: 10 bedden voor personen in een psychotische of manische toestand, 14 bedden voor niet-psychotische patiënten. Wat al deze mensen gemeen hebben, is hun acute nood met gevaar op suïcide, agressie... Het is een dynamische en onvoorspelbare omgeving.”

“Ik had vooraf nooit gedacht dat zo'n acute context me zo goed zou liggen, maar ik doe dit werk ontzettend graag. Er is een grote verscheidenheid aan pathologie. De meeste patiënten hebben een gedwongen statuut. Dat maakt het niet gemakkelijker. Vaak zijn deze mensen op het moment van hun opname erg ziek en hebben ze weinig of geen ziekte-inzicht. Ze staan doorgaans niet open voor behandeling, zijn weinig of niet gemotiveerd. Het aantal gedwongen opnamen blijft overigens stijgen. De verwachte daling door de opstart van de mobiele teams is er niet gekomen. Hoe dat komt, moet verder onderzocht worden. Wel zijn er een aantal hypothesen. De maatschappelijke intolerantie voor afwijkend gedrag speelt allicht mee, net als de verstedelijking, de afbouw van residentiële bedden en de kortere opnameduur gekoppeld aan meer heropnamen. Ook het middelengebruik, en de agressie die hieruit soms voortvloeit, speelt een rol. Soms is er sprake van oneigenlijk gebruik van het statuut gedwongen opname, bijvoorbeeld om wachttijden te overbruggen of overlast te voorkomen, maar dat blijft beperkt.”

“Het therapieaanbod voor de beide leefgroepen is hetzelfde, maar het leefklimaat en de interacties tussen patiën-

ten in de beide leefgroepen zijn erg verschillend. Daarom werkt het goed om beide groepen op te splitsen. Sinds de coronacrisis zien we echter het aantal mensen met een psychotische problematiek toenemen. Ook in de andere ziekenhuizen is dat het geval. Is die toename rechtstreeks gelinkt aan de coronamaatregelen? Dat is nog niet helemaal duidelijk. In elk geval is stress een uitlokkende factor. Door de lockdown en andere maatregelen zagen veel mensen hun structuur en netwerk wegvallen. Mediaberichtgeving, de angst voor het virus en sociale isolatie maken de stress nog groter.”

INTERVENTIES SAFEWARDSMODEL

“De afdelingen voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid experimenteren volop met de principes van Open Dialogue. Het is een interessant model, dat allicht ook in acute situaties mogelijkheden biedt. We zitten echter nog in de verkennende fase. Op afdeling 51 is er niet alleen de acuutheid, dikwijls zijn er ook comorbiditeiten en druggebruik in het spel. Een gesprek of een vorm van samenwerking is niet altijd evident. Daarom werken we sinds enkele jaren met het 'safewardsmodel'. Dat is erop gericht om via interventies escalatie en dwang te reduceren. Met het hele team gaan we daarmee aan de slag. Een interventie is bijvoorbeeld: leer elkaar kennen. Als een patiënt weet wie de zorgverleners zijn, wie aanwezig en wie met vakantie is, tot wie hij zich kan richten... dan kan er een band en vertrouwen ontstaan. Daarom hebben we op beide leefgroepen een bord met de naam, de functie en een foto van alle teamleden en hun aanwezigheid. Dat lijkt iets kleins, maar het maakt wel degelijk een verschil. Daarnaast hebben we een 'calming box' met relaxerende voorwerpen: muziek, sensorielle relaxatiemethoden enzovoort. Het is niet eenvoudig om in de context van een gesloten afdeling mensen tot rust te laten komen. Nog een voorbeeld uit het safewardsmodel is het gebruik van 'positive words' tijdens een overdracht. Het gaat niet alleen om wat je vertelt, maar ook om de manier waarop. We kiezen voor niet-stigmatiserend taalgebruik. Tegelijk onderkennen we de nood bij medewerkers om eens hun hart te luchten als ze een zware shift hadden. Je moet die emoties soms kwijt kunnen, maar dan zonder een negatieve perceptie uit te lokken bij de collega die het van jou overneemt. Onderschat niet wat het betekent als



de opnamen onverwacht en ongepland gebeuren, met zeer acute situaties en altijd wel ergens een kans op agressie of suïcide.”

NIET VOOR IEDEREEN

Wat doet het met iemand om herhaaldelijk van dichtbij met suïcidepogingen en agressie geconfronteerd te worden? Dr. Vermassen: “Ik ondervind in het spreken en overleggen met andere collegae dat er niet zoveel hulpverleners zijn met zulke ingrijpende ervaringen. Het is moeilijk over te brengen, zelfs naar mijn eigen ruimere familie. Wat doet dat met me? Goede vraag. Het is in elk geval een leerproces geweest om die ervaringen op het werk te laten. Na meer dan zes jaar begint mij dat te lukken. Maar het blijft een uitdaging. Het is belangrijk om hierover in het team te kunnen spreken. Om onze emoties te kunnen delen. Om soms ook humor toe te laten, ondanks alles. Je wapent jezelf ook. Zoals urgentieartsen op een spoedgevallendienst dat doen. Uit zelfbehoud. Als elke dreun die je krijgt even hard binnenkomt, dan red je het niet. Tegelijk mag je je niet te zeer wapenen. Dan dreigt je perspectief op de dingen te veranderen. Gelukkig is er niet zo vaak fysieke agressie, maar des te meer verwijten, scheldwoorden, bedreigingen... In het begin was ik daar ondersteboven van. Nu kan ik daar beter mee om. Ik ben minder snel van streek. Maar ik waak erover dat ik daardoor mijn werk niet anders ga doen. Sommige dingen mág je niet gewoon worden. Wie op deze afdeling werkt, moet het met hart en ziel doen. Het is niet voor iedereen weggelegd. Onlangs vroeg een vrederechter me hoe lang de houdbaarheid van een psychiater of hulpverlener op deze afdeling is.

We besteden in het team veel aandacht aan hoe we hiermee omgaan. Ook dwang en drang is een belangrijk thema. We zoeken alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen, maar dwang is sowieso soms nodig. Ja, zelfs medicatie toedienen onder dwang hoort er soms bij. Een probleem is het gebrek aan wetgeving. Er is geen wettelijk kader en toch moeten we iets doen. Patiënten staan terecht op hun rechten en wij respecteren die zo goed we kunnen. Met het team hebben we vanuit juridisch en ethisch perspectief een beslissingsboom gemaakt over hoe we op een verantwoorde manier kunnen doen wat nodig is. Zo moet elke dwangmaatregel een multidisciplinaire beslissing zijn en werken we altijd in overleg met de familie als de patiënt zelf niet beslissingsbekwaam is.

Sommige familieleden hebben uitgesproken standpunten over de gedwongen opname en de behandeling, anderen minder. Ook als er aanvankelijk veel weerstand is, bijvoorbeeld tegen het gebruik van medicatie, proberen we altijd tot een consensus te komen. Dit is een gesloten afdeling in een derdelijnsziekenhuis en medicatie is hier – net als gesprekstherapie – een hoeksteen van de behandeling. The-

rapie en medicatie: die combinatie werkt het best voor de meeste van onze patiënten. We zijn daar heel transparant over. Bij opname is de patiënt dikwijls zijn autonomie kwijt en is hij niet in staat om keuzes te maken. Medicatie kan de patiënt zijn autonomie en zijn beslissingsbekwaamheid teruggeven. We hebben altijd oog voor het hele plaatje, het biopsychosociaal model. Er kunnen ook lichamelijke verklaringen zijn voor bepaald gedrag. Somatiek en psyche hebben een impact op elkaar.”

ETHISCHE VRAGEN

“Door de complexiteit en de zwaarte van de problematiek, staan we vaak voor ethische vragen. Een jonge patiënte die zichzelf uithongert tot een BMI van elf – dat is een levensbedreigende situatie. Hoe ga je daarmee om? We hebben er na grondig ethisch overleg voor gekozen om deze vrouw op te laten nemen in een algemeen ziekenhuis, waar ze onder dwang voeding toegediend kreeg. Die vrouw heeft ons dat achteraf kwalijk genomen. Het zijn geen eenvoudige beslissingen...”

Of wat doe je met een zwangere patiënte onder gedwongen statuut die niet bereid is om te proberen stoppen met drugs. Die vrouw heeft de zwangerschap tot op het einde op de gesloten afdeling doorgebracht, ver van alle middelen. Dat was een moeilijke afweging: geef je voorrang aan de autonomie van de moeder of aan de gezondheid van de baby.

Wat ik ook soms spijtig vind, is dat we zelden weten hoe het de patiënten achteraf vergaat. We zien die mensen op het meest acute moment. We ‘stabiliseren’ ze en daarna verhuizen ze naar een open afdeling. Af en toe stuurt een patiënt ons een bedankingskaartje. Dat doet dan telkens ontzettend veel deugd voor het hele team. Als we horen van een patiënt die het goed maakt of herstellende is, dan delen we dat verhaal en dan zijn we trots dat we aan het herstel hebben kunnen bijdragen. Toch blijft een gedwongen opname voor veel mensen een traumatische ervaring.

Toen ik enkele jaren geleden op deze afdeling als psychiater begon, wist ik niet of het wel iets voor mij zou zijn. Maar nogmaals, ik doe het supergraag. Hoe ernstig ziek iemand ook is, welk traject iemand ook al heeft afgelegd, we blijven altijd hoop koesteren. Je kan dingen veranderen. Hoe uitzichtloos een situatie ook lijkt. Meer dan vroeger besef ik hoe kwetsbaar we allemaal zijn. Denk niet te snel dat zoiets jou niet kan overkomen. Tegelijk geloof ik meer dan ooit in de kracht van elke mens en in herstel.”

BENOÎT FINET NIEUWE PREVENTIEADVISEUR

De vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu', waarvan PZ Onzeliëvrouw deel uitmaakt, heeft sinds het voorjaar een nieuwe preventieadviseur in dienst. De 31-jarige Benoît Finet heeft zes jaar ervaring opgedaan bij Hogeschool Vives en de Arteveldehogeschool. In zijn opdracht waakt Benoît zowel over de preventie van brand en ander onheil, maar ook over het psychosociaal welzijn van de medewerkers. Net die grote variatie in de job trekt Benoît Finet aan.



"Enkele thema's komen telkens terug, maar daarnaast legt elke voorziening van de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu eigen prioriteiten. In elke organisatie werk ik met een meerjarenplanning. Een eerste prioriteit wordt hoe dan ook de brandpreventie en alles wat met noodplanning en evacuatie te maken heeft. Het is een goede manier om elke vestiging en de medewerkers grondig te leren kennen. Als preventieadviseur werk ik samen met zowat alle medewerkers, maar toch vooral met de collega's van de technische dienst en van de directie."

"Op 1 maart ben ik aan mijn opdracht begonnen. Twee weken later vond de lockdown plaats. Het was een vreemde, onwezenlijke periode om in een nieuwe functie te beginnen. Gelukkig kreeg ik de nodige begeleiding, ook al werkte het ziekenhuis op een heel ander ritme tijdens de quarantaine." "In principe werk ik twee dagen per week in PZ Onzeliëvrouw, twee dagen in het PZ Heilig Hart in Ieper en één dag in Rustenburg. Op vraag ga ik ook naar de centra voor psychische revalidatie Inghelburch Brugge en Hedera Ieper. Ook die afwisseling van context spreekt me aan. Elke voorziening heeft haar eigen sterktes en uitdagingen. Ik ben er helemaal klaar voor!" zegt Benoît Finet.

NIEUWE HUISARTSEN



In augustus 2020 kwamen in PZ Onzeliëvrouw twee nieuwe huisartsen in dienst: dr. Charlotte De Cuyper en dr. Didier Cranskens. Na het pensioen van dr. Betrem houden zij afwisselend consultaties op onze medische dienst.

100 MEDEWERKERS LEASEN HUN FIETS



In september werd Agnetha, medewerker op onze dienst schoonmaak, door de directie in de bloemetjes gezet. Agnetha is de 100ste (!) medewerker die van de fietslease gebruik maakt. "Na een testperiode raakte ik overtuigd", zegt Agnetha. "Mijn bromfiets laat ik vanaf nu aan de kant voor deze splinternieuwe bolide." In PZ Onzeliëvrouw en het PVT de Brugghe maken, drie jaar na de lancering, bijna één op vijf medewerkers gebruik van een leasefiets.

IN DIENST

15/09	Els Van Den Herreweghe, apotheker
	Alina Badoi, keukenmedewerker
14/09	Jana Van Doesselaere Jana, verpleegkundige
20/08	Caroline Verstappen, verpleegkundige
03/08	Ann Callaert, ergotherapeut
	Aïsha Miya, maatschappelijk werker
27/07	Anaïs Loobuyck, maatschappelijk werker
16/07	Evelien Haine, logistieke hulp
13/07	Leen Van Laere, verpleegkundige
	Dorothea Biala, nachtverpleegkundige
	Elien Weidemann, logistieke hulp
	Susan Blontrock, verpleegkundige
08/07	Phyllis Mestdagh, verpleegkundige
06/07	Heleen Gouwy, creatief therapeut
	Kjersti De Neef, verpleegkundige
01/07	Ellen Jonker, verpleegkundige
	Chelsea De Meyere, verpleegkundige

	Céline Berton, kliniekpsycholoog
	Lisa Louwagie, verpleegkundige
22/06	Sophie Duran, logistieke hulp
18/06	Fien Van Wynckel, logistieke hulp
16/06	Frauke Steeman, logistieke hulp
15/06	Christophe Comyn, verpleegkundige
15/09	Jesse Slagter, verpleegkundige
	Sophie Duran, logistieke hulp

UIT DIENST

31/08	Sarah Buzeijn, begeleider Mobiel Crisisteam
	Melissa Closset, verpleegkundige
16/08	Evelien Haine, logistieke hulp
30/06	Valerie Kindt, psycholoog
	Dorine De Rycker, medewerker schoonmaak
	Dave Vandenheede, technische dienst
15/06	Heidi Van Brugghe, medewerkster schoonmaak
07/06	Eva Vincke administratief bediende



“IEDEREEN MOET MEE IN DIT VERHAAL”

Goed twee jaar geleden – op 25 mei 2018 – werd de Europese privacywet GDPR van kracht. De kranten stonden er vol van. Alle bedrijven en organisaties moesten zich reppen om aan de strenge richtlijnen te voldoen, want er dreigden torenhoge boetes. Ook PZ Onzeliëvrouw en de andere voorzieningen van vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu ondernamen actie. Hoe staat het vandaag met de privacy van patiënten en medewerkers? We vroegen het aan Hilde Cailliau en Stefaan Deloof.

Hilde Cailliau is financieel-facilitair directeur van PZ Heilig Hart in Ieper, dat net als PZ Onzeliëvrouw deel uitmaakt van de vzw Gezondheidszorg ‘Bermhertigheid Jesu’. Zij zit de werkgroep GDPR voor op vzw-niveau. Stefaan Deloof

is diensthoofd systeembeheer in PZ Onzeliëvrouw en lid van deze werkgroep.

GDPR staat voor General Data Protection Regulation. De strenge Europese wet zorgde de voorbije jaren voor heel wat beroering en ongerustheid. Toch was de aandacht voor privacy niet nieuw. Zeker niet in de zorgsector.

“In het ziekenhuis gaat heel wat gevoelige informatie rond,” merkt Stefaan Deloof op. “Medische informatie in de eerste plaats, maar ook veel persoonsgegevens: over patiënten, over medewerkers en zelfs over derden. Wie krijgt bijvoorbeeld Afrit 8 in de bus? De gegevens van die abonnees moeten we uiteraard bijhouden, anders kunnen we hen het magazine niet toesturen. Maar de manier waarop de gege-



“De vroegere privacywetgeving was in hoge mate een ‘papieren wet’. Er was weinig controle, weinig sensibilisering. Dat is nu wel anders.”
Stefaan Deloof,
diensthoofd systeembeeer



“De zorg vandaag kan niet zonder het delen van gegevens. Een gewone e-mail is al lang niet meer het geschikte medium, maar we mogen het ook niet té omslachtig maken.”
Hilde Cailliau, financieel-facilitair
directeur PZ Heilig Hart leper

vens bijgehouden worden, wie er toegang toe heeft, hoe lang de gegevens bewaard mogen worden... dat is vandaag allemaal strikt geregeld. Ook vóór GDPR was er al de privacywetgeving waarmee we rekening moesten houden, maar GDPR heeft alles op scherp gesteld.”

ALERT MAKEN

“De GDPR heeft orde op zaken gesteld met strikte administratieve en juridische kaders,” zegt Hilde Cailliau. “De grote verdienste ervan is dat ze gezorgd heeft voor een grotere bewustmaking bij iedereen. Als werkgever waren we bijvoorbeeld verplicht om alle medewerkers op te leiden en te sensibiliseren. Niet alleen zorgmedewerkers en artsen, ook de collega’s van de ondersteunende diensten. Iedereen is immers door de GDPR-richtlijnen gebonden. Met de werkgroep hebben we heel wat teksten geschreven om juridisch in orde te zijn. Maar aan de basis van die teksten ligt natuurlijk een beleid, dat onze dagelijkse aandacht vergt. Neem de richtlijn die bepaalt hoe lang je bepaalde persoonsgegevens mag bewaren: die termijn moeten we voortdurend bewaken, we moeten de hele tijd alert blijven.”

“Dat is het grote verschil met de vroegere privacywetgeving,” zegt Stefaan. “Die was in hoge mate een ‘papieren wet’. Er was weinig controle, weinig sensibilisering. Nu hebben we een zogenaamd awarenessprogramma dat elke medewerker betreft en alert maakt. We zijn nu volop bezig om dat uit te rollen.”

“We werken hiervoor goed samen op vzw-niveau,” zegt Hilde. “In de werkgroep GDPR is niet alleen elke voorziening van de vzw vertegenwoordigd, maar ook elk domein: de personeelsdienst die de persoonsgegevens van de medewerkers beheert, het zorgdepartement dat veel informatie over patiënten bijhoudt, de informatiedienst die het technisch beheer bewaakt... Het is een complex kluwen dat we best uniform en gecentraliseerd aanpakken. De verschillende leden van de werkgroep namen stap voor stap de nieuwe GDPR verplichtingen onder de loep, onder begeleiding van de firma BDO die optreedt als functionaris voor gegevensbescherming binnen de vzw.”

GEBRUIKSVRIENDELIJK

“Een grote opdracht was het opmaken van een dataregister voor elke persoonsgebonden informatie. Voor elk proces

moeten we motiveren welke informatie we bijhouden, waarom, hoe, door wie, voor hoelang... Alles dient ook duidelijk beschreven te worden en dit leidde tot privacyteksten, beleidsteksten, interne procedures... Tegelijk moeten we alles begrijpelijk en helder houden voor de betrokkenen. Het zijn ook werkinstrumenten voor elke medewerker,” legt Hilde uit. “Een datalek moeten we vermijden, maar als het dan toch gebeurt, dan moet er een duidelijke procedure zijn om binnen de 72 uur adequaat te reageren. Wil een patiënt gebruikmaken van zijn inzage-recht? Dan moet de procedure hiervoor gevolgd worden.”

“Niet alleen de eigen medewerkers zijn gebonden aan deze procedures, maar ook derden met wie we samenwerken,” zegt Stefaan. “Denk aan de softwareleverancier van het elektronisch patiëntendossier. Of aan het externe loonsecretariaat dat uiteraard toegang moet hebben tot bepaalde gegevens van onze medewerkers. Met alle derden die persoonsgebonden informatie verwerken voor ons, moeten we een verwerkingsovereenkomst hebben.”

“Ondanks de vele procedures en richtlijnen proberen we alles zo gebruiksvriendelijk mogelijk te houden,” zegt Hilde. “De zorg vandaag kan niet zonder het delen van gegevens. Ook met verwijzers en de andere partners binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een gewone e-mail is al lang niet meer het geschikte medium voor deze gegevensdeling, maar we mogen het ook niet té moeilijk en té omslachtig maken. Onze medewerkers stellen hierover heel concrete vragen. ‘Ik heb een mail met een vraag ontvangen van een externe partner? Mag ik die met een mail beantwoorden?’” “Je ziet nieuwe platformen voor veilige gegevensdeling ontstaan,” vult Stefaan aan. “Het Collaboratief Zorgplatform CoZo is een mooi voorbeeld.”

“Iedereen moet mee in dit verhaal,” zegt Hilde. “Elke patiënt moeten we informeren over ons privacybeleid. Elke medewerker wordt opgeleid, onder meer met het e-learningplatform dat we deze zomer ontplooiden. We organiseren audits om te toetsen of alles naar behoren verloopt of wat beter kan. Er blijven sowieso werkpunten. Het is een proces dat nooit af zal zijn. Het gaat in wezen om gedragsverandering en bewustmaking. Dat is altijd een moeilijke opdracht. Maar ik heb een goed gevoel over de weg die we al afgelegd hebben.”



“WIJ WERKEN ALTIJD VERBINDEND”

“Elke klacht is een kans,” zegt een volkswijsheid. Dat is ook de houding van de ombudsdienst van PZ Onzeliëevrouw. Of moeten we zeggen: de ombudsdiensten? Patiënten en familieleden hebben immers de keuze of ze bij een interne of een externe ombudspersoon aankloppen. Wij brachten Helene Cambien (extern) en Marc Simoens (intern) samen voor een gesprek.

Helene Cambien is extern ombudspersoon bij het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid (VLOGG). Haar actieterrein is Oost-Vlaanderen, maar sinds oktober 2019 neemt ze er tijdelijk enkele West-Vlaamse organisaties bij, waaronder PZ Onzeliëevrouw, waar ze elke donderdag van 12 tot 14 uur aanwezig is. Ze werkt op afspraak, maar ze maakt zich graag ook zichtbaar en aanspreekbaar op de afdelingen. “Patiënten of familieleden

en medewerkers kunnen me altijd aanklappen. Geregeld heb ik ook overleg met Marc. Het grote verschil tussen ons is dat Marc tewerkgesteld wordt door het ziekenhuis, terwijl ik in dienst ben van het VLOGG. In theorie ben ik de meest onafhankelijke van ons tweeën, maar ik weet dat ook Marc zich onafhankelijk opstelt. En zo hoort het.”

“De externe ombudspersoon is een wettelijke vereiste,” verduidelijkt Marc Simoens. “Dat PZ Onzeliëevrouw daarnaast een interne ombudspersoon heeft, is een eigen keuze, die al in 2004 gemaakt werd. De interne ombudsdienst is een bijkomende dienstverlening. Toch loopt ons werk niet door elkaar. Familieleden of naastbetrokkenen die met een eigen vraag of klacht zitten, kunnen bij mij terecht. Ik ben niet de aanspreekpersoon voor patiënten met een gedwongen opname en ook niet voor mensen in de

verslaafdenzorg, omdat ik daar een hiërarchische functie heb. Deze mensen kunnen bij Helene terecht. Voor de rest hebben patiënten de vrije keuze bij wie ze aankloppen. Er is géén getrapte werking, waarbij eerst de interne ombudsdienst in actie komt en de externe ombudsdienst pas ingeschakeld wordt pas als we intern niet tot een afdoende oplossing komen.”

EEN DUNNE LIJN

“We hebben een heldere procedure voor bemiddeling, die iedereen op de website vindt. In principe raden we de mensen aan om eerst te proberen een oplossing te vinden met de direct betrokkenen. Als dat niet lukt, kunnen ze bij Helene of mezelf terecht”, zegt Marc.

“Dan luisteren we en nemen uiteraard contact op met het niveau waar

de klacht zich voordoet,” zegt Helene. “We passeren niet via de leidinggevende. We spreken de betrokken mensen rechtstreeks aan. Niet elke patiënt wil trouwens dat er persoonlijk iets met zijn of haar klacht of opmerking gebeurt. Sommige patiënten komen pas als ze al enkele dagen of weken ontslagen zijn. Velen willen vooral dat wat hen is overkomen, niet nog eens met een ander gebeurt.

Het zijn trouwens lang niet altijd klachten waarmee mensen komen,” verduidelijkt Helene. “Vaak zijn het vragen. Over iets wat ze niet begrijpen op hun factuur. Of over de verhouding met een bewindvoerder. De lijn tussen een klacht en een vraag naar informatie is dikwijls heel dun. Daarom spreken wij doorgaans van ‘aanmeldingen’, niet van klachten.

Een leidraad is de Wet op de Patiëntenrechten. Elk jaar maakt het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid een jaarverslag. Daarin staat ook cijfermateriaal, zowel voor Vlaanderen als per organisatie. ‘Kwaliteitsvolle dienstverlening’ staat op nummer één als over het aantal meldingen gaat. Dat is een breed begrip, waaronder zowel bejegening, vriendelijkheid, de kwaliteit van de maaltijden en de infrastructuur kan vallen.”

LAGE DREMPEL

“De drempel om met een vraag of een klacht naar de ombudsdienst te stappen, wordt met de jaren kleiner,” zegt Marc. “De mensen zijn mondiger geworden. Dat zie je in alle geledingen van de maatschappij. Op zich is dat een goede zaak. Mensen kennen hun rechten en als ze iets niet begrijpen of het ergens niet mee eens zijn, durven ze de stap naar de ombudsdienst te zetten. Vaak volstaat een gesprek waarin we meer toelichting of duiding geven. Goede communicatie doet heel veel.”

Daar is Helene het volkomen mee eens. “Soms helpt het al als we de tijd



*Als we het met kleine inspanningen beter kunnen maken voor de patiënt en zijn familie, dan moeten we dat gewoon doen.”
Helene Cambien & Marc Simoens, ombudspersonen*

nemen om te luisteren naar het verhaal van de patiënt of de familie. Wat hebben ze gemist? Waarom zijn ze boos? Het lukt mensen op als mensen gehoor vinden. Waar nodig gaan we dan ook bemiddelen en brengen we een dialoog tot stand met de betrokken hulpverleners.”

“Vorig jaar had ik intern vijftien meldingen,” zegt Marc. “De duur van de ‘afhandeling’ varieert van twee dagen tot zes maanden, al is dat laatste zeer uitzonderlijk. Ik hou ook bij of de mensen na afloop tevreden waren. Dikwijls zijn ze meer tevreden over het verloop van de bemiddeling, dan over het concrete resultaat ervan. Het is belangrijk dat mensen zich ernstig genomen voelen.”

“Extern zijn er meer meldingen, doorgaans een zestigtal per jaar. Maar ik deel de ervaring van Marc: de manier waarop we bemiddelen, luisteren, het gesprek aangaan... heeft ook impact op de tevredenheid dan het loutere resultaat. Het is ook het proces dat telt. Toch leren we ook veel uit de meldingen. Elke organisatie krijgt van het VLOGG met het jaarverslag een aantal concrete aanbevelingen op maat.”

“Met die aanbevelingen gaan we intern aan de slag,” weet Marc. “Sommige items worden aangekaart op het gezamenlijke forum van leidinggevend, andere komen op het directiecomité. We krijgen trouwens ook aanbevelingen op Vlaams en op federaal niveau, bijvoorbeeld over het inzage-recht van patiënten. Er zijn veel evolu-

ties en die volgen we van nabij op. Zo is de interne procedure voor een vraag naar inzage in een dossier de jongste jaren sterk vereenvoudigd.”

VERTROUWDE FIGUREN

“Natuurlijk gaat het niet altijd om structurele knelpunten, soms zijn er ook misverstanden of wrijvingen tussen mensen. Het is niet onze taak noch onze bedoeling om een schuldige aan te wijzen,” zegt Helene. “Wel willen we het verhaal van een patiënt of een familielid toetsen en hierin bemiddelen. Ik ga bij voorkeur ter plekke bij de betrokken medewerker langs of ik bel hem of haar op. Medewerkers reageren heel verschillend. Maar wij werken altijd verbindend.”

“Zowel Helene als ikzelf zijn ondertussen vertrouwde figuren in onze ombudsfunctie. Er is een goede samenwerking met de afdelingen. Ik doe dit werk erg graag. Het is een aangename aanvulling op mijn takenpakket als kliniekcoördinator in het behandelaanbod voor mensen met een verslaving. Ik hou van het contact met patiënten en familieleden. Ik hou graag een vinger aan de pols van wat er leeft. Weet je, vaak zijn het hele kleine dingen die ervoor zorgen dat een opname niet optimaal verloopt. Een klacht is zelden of nooit onbeduidend, zeker niet voor de persoon in kwestie. Als we het met kleine inspanningen beter kunnen maken voor de patiënt en zijn familie, dan moeten we dat gewoon doen. Daar ligt voor mij de grote waarde van de ombudsdienst.”



**“WE STREVEN NAAR HET GOEDE,
MAAR MOETEN SOMS TEVREDEN ZIJN
MET HET BEST HAALBARE”**

Ethische reflectie maakt wezenlijk deel uit van patiëntgerichte zorg. PZ Onzeliievrouw zet hier, samen met de andere organisaties van vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu', sterk op in. Stafid ethiek Loïc Moureau neemt ons mee op een verkenning.

Loïc Moureau werkt halftijds als stafid voor vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'. Daarnaast is hij onderzoeker aan de KU Leuven en docent zorgethiek en filosofie. "Dat de vzw investeert in ethiek, onderlijnt het belang ervan in de missie en visie. Ik heb drie kernopdrachten: het ontwikkelen van een ethische visie, ondersteuning bieden bij individuele casussen en advies geven over onderzoeken. Het zijn niet toevallig de drie opdrachten van de wettelijke commissie ethiek.

Voor het eerste aspect, de visieontwikkeling, is er een reflectiegroep met interne en externe deskundigen. We betrekken ook familie-ervaringsdeskundigen en patiënten. Elk jaar buigen we ons over een centraal thema, bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen. Ons doel is om te komen tot een leesbare en vooral hanteerbare tekst, waar de medewerkers echt iets aan hebben.

Voor de ondersteuning bij individuele casussen heeft elke voorziening van de vzw een eigen werkgroep ethiek. Daarin zijn medewerkers van alle disciplines vertegenwoordigd. De werkgroep organiseert ook vorming. Ik werk nu vier jaar als stafid en ik zie het aantal casussen dat aan mij en aan de werkgroep wordt voorgelegd gestaag toenemen. Dat wijst erop dat medewerkers steeds meer de reflex hebben om stil te staan bij ethische vragen. Dat is positief. Het vergt moed om ethische vragen te stellen. Natuurlijk zijn het vaak de lastige vragen die op de werkgroep komen, de vragen waar het team zelf moeilijk uitraakt."

"Een voorbeeld was een zwangere vrouw die absoluut zwanger wou zijn, maar even absoluut géén kind wou – wat is de wilsbekwaamheid van die vrouw, hoe moet het verder met die zwangerschap, welke ondersteuning is mogelijk...? Het zijn moeilijke vragen, waarvoor we ook een beroep doen op externe experts waar nodig."

EEN GRIJZE ZONE

"Ethiek is exploreren, in gesprek gaan, een vraagstuk vanuit alle perspectieven durven bekijken. Zelden zijn er pasklare antwoorden. Vaak bestaat er zelfs geen 'goede' uitkomst en kunnen we alleen proberen de schade te beperken. Ethiek streeft ernaar 'het goede' te doen, maar in de praktijk moeten we soms tevreden zijn met 'het best haalbare'.

"De werkdruk in de zorgsector is hoog. Toch ben ik ervan overtuigd dat structurele aandacht voor ethiek tijdswinst kan betekenen."

De werkgroep ethiek in PZ Onzeliievrouw denkt ook na over beleidsvragen. Hoe kunnen we ervaringswerkers in de organisatie integreren? Hoe gaan we om met vermeende criminele feiten? Soms wordt het heel concreet. Bijvoorbeeld als een opgenomen patiënt beweert dat zijn broer thuis drugs en wapens heeft. Wat doe je met die informatie als hulpverlener? Wat zegt het beroepsgeheim? We blijven binnen het juridische kader, maar dikwijls is er een grijze zone en komt het erop aan om het risico in te schatten.

Af en toe botsen wij op onze grenzen. Een jonge vrouw van 20 jaar met een doodswens, die samen met het team alle mogelijkheden voor zorg en ondersteuning geëxploreerd heeft, inclusief haar vraag naar euthanasie, met wie het team een hele weg heeft afgelegd en die uiteindelijk toch zelfmoord pleegt... Dat komt binnen. Ze had een mooiere dood kunnen hebben, besef je dan. Maar je weet vooraf natuurlijk nooit hoe het zal uitdraaien. Je hebt in vele gevallen ook mensen die uit het diepste dal klauteren.

Mijn derde kernopdracht is de controlerende en adviserende functie bij onderzoeken, waarvoor ik nauw samenwerk met de commissie ethiek. Het gaat vooral om bachelorproeven, masterproeven en patiëntenbevragingen. We waken mee over de wetenschappelijkheid van deze onderzoeken en zorgen ervoor dat patiënten noch medewerkers erdoor overbelast worden."

EEN TRAAG PROCES

"Als stafid ethiek maak ik deel uit van diverse werkgroepen – dwang en drang, patiëntenrechten... – en vertegenwoordig ik de organisatie extern, bijvoorbeeld in de Federatie Palliatieve Zorg en de werkgroep ethiek van Zorgnet-Icuro. Het blijft echter een halftijdse job. Om de voeling met de werkvloer te houden, probeer ik geregeld op een afdeling langs te gaan. Ik ben mee om die reden ook intern auditor geworden. Echte kwaliteitszorg, met een menselijk gelaat, is trouwens bij uitstek een ethische keuze.

De werkdruk in de zorgsector is hoog. Toch ben ik ervan overtuigd dat structurele aandacht voor ethiek tijdswinst kan betekenen. Medewerkers hebben er deugd van om een netelige kwestie eens door te praten. Maar ethiek is een traag proces. Vaak willen we resultaten op korte termijn. Dat lukt niet altijd met ethische kwesties. Waar we wel in geslaagd zijn, is om de ethische reflex in de cultuur van PZ Onzeliievrouw en de andere voorzieningen van de vzw nog te versterken. Daarmee maken we het verschil."



“CRUSTATIEVE ZORG FOCUST OP LEVENSKWALITEIT”

Recent verscheen een artikel in het gerenommeerde Amerikaanse wetenschappelijke tijdschrift 'Frontiers in Psychiatry' over 'oyster care' of 'crustatieve zorg'. Loïc Moureau was mede-auteur. Het concept crustatieve zorg is dan ontwikkeld in PZ Onzelvevrouw in samenwerking met OPZ Geel.

“Door de vermaatschappelijking en het wettelijk kader voor euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden, dreigt een kleine groep psychiatrische patiënten vergeten te worden,” zegt Loïc Moureau. “Het gaat om mensen met een zogenaamde ernstige persisterende psychiatrische aandoening (EPPA). Deze personen hebben intensieve ondersteuning nodig, maar kunnen dat vaak moeilijk communiceren. Mee door de afbouw van residentiële plaatsen, dreigen zij tussen kant en wal te vallen. Te vaak krijgen ze het stempel 'uitbehandeld' te zijn, maar we mogen deze patiënten niet loslaten. Crustatieve zorg focust op de kwaliteit van leven. In die zin delen we de filosofie van de palliatieve zorg. De levenskwaliteit primeert, met aandacht voor somatische zorg, existentiële vragen, zinnvolle dagbesteding en alles wat het leven betekenis geeft.

Deze nieuwe wind krijgt meer en meer aandacht in hogescholen en ziekenhuizen. De belangstelling groeit ook internationaal. In het artikel in 'Frontiers in Psychiatry' behandelen we veel casuïstiek, met de nodige nuance. Crustatieve zorg staat nog in zijn kinderschoenen. Er zijn nog veel vragen: waar willen we precies naartoe, wat zijn eventuele valkuilen, hoe meten we de levenskwaliteit bij deze mensen? Wat we wel al zeker weten, is dat deze benadering op de langdurige intensieve behandelafdeling een nieuwe dynamiek heeft teweeggebracht. Zowel patiënten als medewerkers reageren positief.

Zo was er een man die gevaarlijk gedrag stelde door sigarettenpeuken van straat op te rapen en die op te eten en door hete koffie te drinken waaraan hij zich verbrandde. De traditionele reactie zou zijn: hoe kunnen we dat gedrag verhinderen, desnoods met vrijheidsbeperking? In de nieuwe benadering geven we de man een beperkt aantal propere

sigaretten en krijgt hij toegang tot de koffiekamer waar hij koffie met veel melk krijgt. Die man is blij, de risico's zijn gedaald en hij stoort niemand. Crustatieve zorg gaat met andere woorden een stukje mee in het gedrag van die man in plaats van het te proberen te verhinderen.

Iemand anders worstelde met een ongeziene verzamelwoede, mee ingegeven door een zorg voor de natuur. Hij smokkelde ook etensresten binnen, wat leidde tot onhygiënische omstandigheden en kans op ongedierte. Hoe ga je daarmee om? Controleren? Fouilleren? Vrijheidsbeperkende maatregelen? We hebben het opgelost met therapeutische aandacht en op geregelde tijdstippen een natuurwandeling één-op-één met een vrijwilliger. Het storende gedrag is merkbaar gedaald.”

VOLWAARDIG ALTERNATIEF

“Personen met een EPPA vormen een kleine, maar zeer kwetsbare groep. Over heel Vlaanderen gaat het misschien over een duizendtal mensen. Gelukkig heeft ons land een goede traditie van residentiële geestelijke gezondheidszorg. In veel andere landen leven deze mensen op straat, als daklozen, door iedereen verstoten. Een misverstand is dat het alleen om oudere personen zou gaan, maar er zijn ook twintigers en dertigers met weinig perspectief.

Een ander misverstand is dat crustatieve zorg een 'verzet' zou betekenen tegen euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden. Dat is niet zo. Het is geen zwart-witverhaal. Ik vergelijk het liever met palliatieve zorg, dat eveneens een volwaardig alternatief wil bieden door te concentreren op de levenskwaliteit. Nemen we daarmee alle vragen naar euthanasie bij psychisch lijden weg? Ik geloof het niet. Maar het kan mensen opnieuw betekenis aan het leven geven.”

Het artikel in 'Frontiers in Psychiatry' vindt u hier:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00509/full>.



OPEN DIALOGUE FOUNDATION TRAINING

Tussen januari 2021 en oktober 2021 loopt in het PZ Onzelvevrouw Brugge en het PC Sint-Amandus Beernem een 20-dagen durende training Open Dialogue. De organisatie is in handen van het Zorgcircuit Psychose Noord-West-Vlaanderen, waarin PZ Onzelvevrouw en PC Sint-Amandus een actieve rol spelen.

Open Dialogue is een innovatief systeem van zorgverlening. Het omvat zowel de organisatie van de zorg als therapeutische gespreksvoering. Deze inspirerende benadering van prof. Seikkula brengt alle betrokkenen samen vanaf de start van het hulpverleningsproces. De probleemverkenning, de betekenisgeving, de beslissingen en de planning van de behandeling: alles wordt dialogisch benaderd. Dit werkt verbindend en versterkend.

Internationaal programma

De 'Open Dialogue foundation training' is een internationaal erkend opleidingsprogramma voor professionals uit

de geestelijke gezondheidszorg, ervaringswerkers en zelfstandige beroepsbeoefenaars. In deze basistraining krijgen deelnemers de kans om Open Dialogue in te oefenen en worden ze aangemoedigd om deze benadering in de dagelijkse praktijk toe te passen.

Meer informatie

Christine Van Damme, PZ Onzelvevrouw Brugge
christine.vandamme@pzonzelvevrouw.be
Dag Van Wetter, PC Sint-Amandus Beernem
dag.vanwetter@amandus.broedersvanliefde.be
www.verbindendsprekenmetpsychose.com



BASISTRAINING DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE

Dialectische Gedragstherapie (DGT) integreert veranderingsgerichte en acceptatiegerichte vaardigheden en strategieën. Zowel voor patiënten als voor behandelaars vormt DGT een helder en gestructureerd therapeutisch kader met een concreet perspectief voor behandeling voor een breed palet van problematieken.

De patiënt leert zijn leven meer in balans te brengen door zijn psychosociale vaardigheden te vergroten. Hij wordt vaardiger in het omgaan met zichzelf en met anderen, in het beheersen van emoties, in het verdragen van onlustgevoelens, in het richten van zijn aandacht en in het sturen van zijn denken. Hij leert ook oningevulde basisbehoeften herkennen en ervaren in een veilige relatieomgeving.

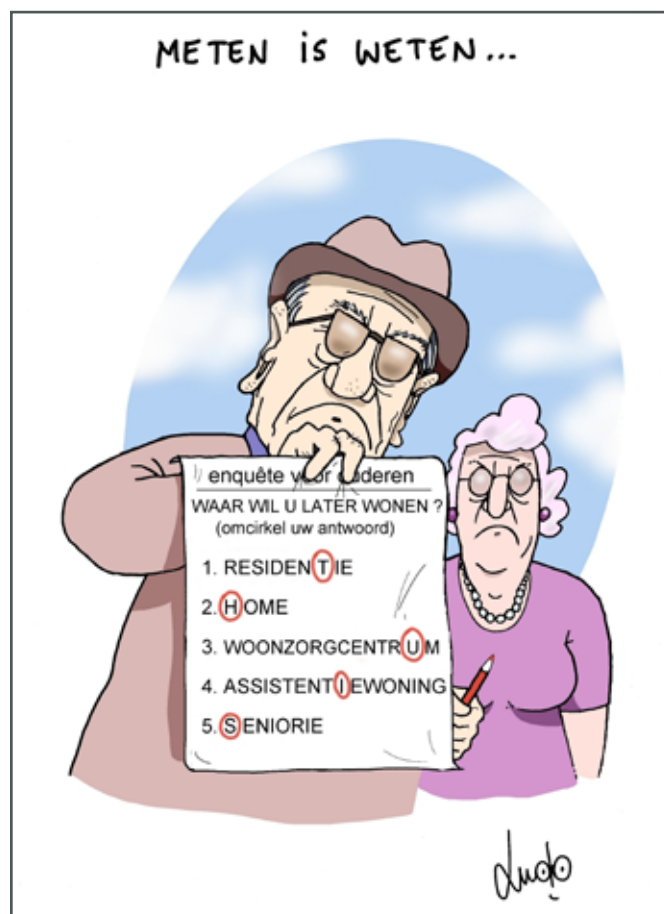
Het doel van de training is dat de deelnemers aan de slag kunnen met individuele coaching en met het toepassen van de verschillende modules van de vaardigheidstraining.

Praktisch

De training vindt plaats in PZ Onzelvevrouw. Ze start op 5 januari 2021 en loopt over acht dinsdagen met telkens één week oefentijd tussenin. De training wordt afgerond met twee terugkomdagen in september 2021.

Voor meer informatie en inschrijvingen:

www.pzonzelvevrouw.be/basistraining-dialectische-gedragstherapie-voor-hulpverleners.





De rubriek 'Kwaliteitszorg in de praktijk' belicht elke keer een concreet traject dat leidt tot een betere patiëntenzorg, meer kwaliteit van leven en/of een efficiëntere dienstverlening. Deze keer: de update van de procedure over medicatie bij opname en ontslag.



“ZORGVULDIGHEID GEBODEN”

Bij elke zorgovergang – van thuis naar het psychiatrisch ziekenhuis, van het psychiatrisch ziekenhuis naar het algemeen ziekenhuis of naar het woonzorgcentrum, van een residentieel verblijf naar dag- of ambulante behandeling – is een strikte opvolging van het medicatieschema van groot belang voor een goede zorgcontinuïteit.

“Bij opname van een patiënt willen we zo snel mogelijk zicht krijgen op zijn medicatiegebruik: wat nemen de mensen thuis of in de thuissituatie? Zowel psychofarmaca als medicatie voor somatische aandoeningen moeten we goed in kaart krijgen. Bij ontslag uit het ziekenhuis of bij een transfer, is het aan ons om onze partners – de huisarts, de huisapotheker, de zorgvoorziening – op de hoogte te brengen. Zoals elk ziekenhuis werken wij met een ‘formularium’, wat inhoudt dat patiënten bij een opname soms een ander merk van hetzelfde geneesmiddel krijgen als thuis of in het woonzorgcentrum. Zorgvuldigheid is geboden,” zegt Christine Van Damme, stafmedewerker Patiëntenzorg.

BIJ OPNAME

“Stel dat een patiënt met diabetes in PZ Onzeliëvrouw wordt opgenomen, dan moeten wij daar uiteraard van op de hoogte zijn. Die patiënt kan immers insuline nodig hebben. Bij een geplande opname is dat doorgaans geen probleem. Vóór de opname is er meestal een consultatie, waar alles goed wordt voorbereid. Bij opname brengt de patiënt een overzicht van zijn thuismedicatie mee. Hij kan die lijst zelf opstellen of daarvoor hulp vragen aan de huisarts of huisapotheker.

Anders loopt het bij een niet-geplande opname, al dan niet met een gedwongen statuut. Dan is die voorbereiding er niet en verkeert de patiënt bovendien dikwijls in een crisis. Sommige patiënten hebben daarnaast weinig ziekte-inzicht en een lage medicatietrouw. Toch moeten wij zo snel mogelijk de ziekte- en medicatiegeschiedenis van de patiënt kennen, ook somatisch, om alle risico's uit te sluiten en een goede continuïteit in zorgverlening te garanderen.

Als de patiënt op het moment van opname geen betrouwbare informatiebron is, gaan we zelf aan de slag. We contacteren de familie, de huisarts, een thuiszorgorganisatie, de huisapotheker... In een ideale wereld zouden we altijd toegang hebben tot het actueel 'farmaceutisch dossier' van de patiënt op Vitalink. Mensen kunnen hiervoor kiezen. Zij geven dan een 'informed consent': toestemming om hun medicatieschema op te laden en te laten raadplegen als dat nodig is. Dat farmaceutisch dossier maakt dan deel uit van het digitaal patiëntendossier, dat ziekenhuisartsen kunnen consulteren via CoZo. CoZo is het Collaboratief Zorgplatform, een digitaal samenwerkingsplatform dat patiënten, zorgverleners en zorginstellingen toelaat om snel en veilig medische gegevens uit te wisselen en te delen. Om maar te zeggen: er bestaat al heel wat beveiligde software en de nodige koppelingen zijn er, maar die constructie is nog niet helemaal sluitend en operationeel. Alles hangt immers af van de input van artsen, huisartsen, apothekers en de toestemming van de patiënt. We maken vorderingen, maar het gaat stapsgewijs en in afwachting van een sluitend digitaal systeem, moeten we ons behelpen.

Een sterke sensibilisering hierrond houdt alle hulpverleners alert. Comorbiditeiten komen vaak voor en bij medicatiegebruik is er kans op interacties met andere geneesmiddelen. Om die interacties te bewaken, gebruiken we de medicatiemodule in Obasi. Die medicatiemodule toetst automatisch het medicatieschema op mogelijke interacties.

Als we over medicatie spreken, moeten we dat ruim interpreteren. Veel mensen nemen ook – al dan niet op voorschrift – pijnstillers, geneeskrachtige kruiden, voedingssupplementen, anticonceptie of ze gebruiken een inhalator. Ook hier is het belangrijk om de continuïteit te bewaken of op zijn minst te evalueren. Verder houden artsen rekening met allergieën of overgevoeligheden, interactie met alcohol- of druggebruik, ongewenste nevenwerkingen enzovoort. Het medicatiegebeuren is uiterst complex en verdient de grootste aandacht."

ONTSLAG OF TRANSFER

"Als een opgenomen patiënt naar een andere context verhuist – een algemeen ziekenhuis, de thuiscontext, de ambulante zorgverlening – geven wij het medicatieoverzicht minstens in tweevoud mee. Een exemplaar is voor de patiënt, het andere voor de huisapotheker. We vermelden zowel de merknamen als de stofnamen, zodat de apotheker de omzetting veilig kan doen. De communicatie met de huisarts verloopt via Hector (HealthConnect), samen met de ontslagbrief. De ontslagbrief en het medicatieschema worden bijkomend ook via CoZo ter beschikking gesteld.

De medicatievoorschriften bij ontslag worden digitaal verstuurd via Recip-e. Alle voorschriften komen automatisch



STRIKTE OPVOLGING EN HOGERE PATIËNTVEILIGHEID

Verpleegkundige Paul Sierens werkt op de afdeling residentiële behandeling voor mensen met verslavingsproblemen. Hij illustreert de werking van het medicatiebeleid aan de hand van een recente case.

"Een patiënt van het Ambulant Behandelprogramma Alcohol (ABA) werd opgenomen voor een kort verblijf in een BOR-bed. Dat is een 'bed-op-recept', dat specifiek vrijgehouden wordt voor patiënten die ambulante begeleiding worden maar een korte, tijdelijke opname nodig hebben. We konden de patiënt zelf bevragen over zijn medicatiegebruik. Hij had een verwijsbrief en een medicatieschema van de huisarts bij. We scanden zijn medicatieschema in het patiëntendossier Obasi. De psychiater checkt het digitale dossier en neemt indien nodig rechtstreeks contact op met de huisarts.

In de geüpdatete procedure besteden we veel aandacht aan het aantoonbaar maken en het documenteren van alle stappen. Alles wordt gedetailleerd bijgehouden, zodat alles achteraf ook traceerbaar is. Hiermee verhogen we de patiëntveiligheid, verzekeren we een strikte opvolging en continuïteit en gaan we nog bewuster om met de procedures. Een minpuntje zijn de bijkomende administratieve handelingen, maar die horen er nu eenmaal bij."

bij de huisapotheker. De patiënt ontvangt een papieren bewijs met barcode. Het platform Recip-e werkt goed en eenvoudig.

Een aandachtspunt bij ontslag is verder de zelfredzaamheid van de patiënt. 'Weet wat je neemt': daarover proberen we elke patiënt goed voor te lichten. Een verpleegkundige checkt de bekwaamheid van de patiënt om die informatie op te nemen. Als de patiënt om een of andere reden onvoldoende zelfredzaam is voor zijn medicatie, dan schakelen we een familielid, een thuisverpleegkundige of een andere betrokkene in.

Om de zelfredzaamheid en de betrokkenheid van de patiënten te verhogen, hebben we een algemene infobrochure over medicatiegebruik en een aantal specifieke brochures. Al die inspanningen zorgen voor een optimale veiligheid van het medicatiegebruik en een zo goed mogelijke zorgcontinuïteit voor de patiënt."



“IK STA VANDAAG POSITIEVER IN HET LEVEN”

In elk nummer van Afrit 8 hebben we een gesprek bij een kop koffie.
Deze keer ontmoeten we Kurt Lydou.

“Ik was vrachtwagenchauffeur bij Aldi. Ik werkte hard. Ik begon doorgaans om 3 of 4 uur 's morgens. Om 14 uur kwam ik thuis, waar ik tot rond 18 uur werkte in onze hondenfokkerij. Daarna deed ik vaak nog klussen als zelfstandige in bijberoep. Ik had veel stress. Onderweg met de vrachtwagen moet je je aan de tijdslimieten houden, maar met het verkeer vandaag is dat niet eenvoudig. Ik sliep slecht 's nachts. Door de stress. En de ongerustheid. Mijn vrouw was immers ziek. Borstkanker. Ze had een amputatie gehad en chemotherapie. Ik ben er zoveel mogelijk geweest voor haar. Ik heb zelf haar haar geknipt toen het begon uit te vallen. Samen hebben we een dochtertje Lyna, die nu zes jaar is.

Twee jaar geleden kreeg ik een eerste serieuze verwittiging. Noem het een burn-out of een depressie... Dat was in september 2018. Drie maanden ben ik toen thuis gebleven. Tot het weer iets beter ging en ik in november terug aan het werk kon. Maar in januari 2019 kwam de echte klop. Ik kon niet meer. Ik was op.”

ZO DIEP

“Die ochtend was ik zoals elke dag vroeg aan de slag gegaan. Ik had er een eerste ronde met mijn vrachtwagen opzitten. Ik was uitgeput en ik ging even op mijn motorfiets zitten. Ik viel letterlijk omver. Toch ben ik nog aan een volgende ronde begonnen. Het was ondertussen volle ochtendspits. Het was druk op de weg. Veel auto's en veel kinderen en jongeren met

de fiets op weg naar school. En plots sloeg de paniek me om het hart. Ik was bang om iemand aan te rijden. Ik ben blijven staan om iedereen door te laten. Daarna ben ik naar het kantoor van Aldi gereden. 'Ik kan niet meer,' zei ik. En dat was zo. Ik kon zelfs niet met de motorfiets naar huis. Mijn vrouw is me moeten komen halen.

Vier maanden lang ben ik nauwelijks mijn bed uit gekomen. Ik sliep twintig uur per dag. Tussendoor stond ik even op, maar na een half uur moest ik terug naar bed. Zo diep zat ik. Ik had over mijn hele lichaam spierpijn. De huisarts vermoedde zelfs dat ik een spierziekte had. Ik moest naar het UZ Gent voor allerlei onderzoeken. Toen het géén spierziekte bleek te zijn, was ik echt opgelucht. Korte tijd later viel de diagnose depressie. De arts verwees me naar PZ Onzeliëvrouw. Ik sliep toen nog altijd twee keer acht uur per dag. Ik kwam op een wachtlijst. In juni kon ik opgenomen worden, maar ik heb toen zelf gevraagd om te wachten tot na de zomervakantie. Ik wou de vakantie van mijn dochtertje Lyna niet verpesten.

Op 4 september 2019 ben ik opgenomen voor drie maanden. Mijn medicatie werd aangepast en ik volgde verschillende therapieën. En belangrijk: ik kreeg weer structuur in mijn dagen. Ik sliep minder uren en ging op zoek naar een nieuw levensritme. Stapje voor stapje lukte dat. Ik stopte ook met alcohol en cannabis. Allicht vormde mijn gebruik ook een onderliggende oorzaak. Ik ben blij dat ik daar nu vanaf ben. Als je cannabis gebruikt, ken je

hoge toppen, maar ook diepe dalen. Nu vind ik meer rust en voel ik me gelukkig. Ik ben fier op mezelf hiervoor.”

SLAAPHYGIËNE

“Na drie maanden mocht ik naar huis. Even later begon ik therapie in dagospitalisatie te volgen, ook in PZ Onzeliëvrouw. Ik deed diverse modules: omgaan met piekeren, stoppen met middelengebruik... En toen was het plots maart 2020 en zette corona alles on hold. Maar voor mij bracht corona rust in mijn hoofd. Het programma in de dagkliniek werd dan wel opgeschort, toch werd ik niet aan mijn lot overgelaten. Integendeel. Elke dag belde een therapeut me om te vragen hoe het met me ging. Als ik eens een slechte dag had, mocht ik zelf opbellen. Sommige modules liepen verder via e-mail en videobellen. Ik heb daar veel aan gehad. Dat beeldbellen lukte goed. Het is fijn als je elkaar kan zien, dat werkt voor mij beter dan de telefoon. Het visuele aspect is belangrijk.

Ik besef dat veel mensen zich eenzaam voelden door corona en de lockdown. Ik heb me altijd goed omringd geweten in mijn gezin. Ik heb er nooit alleen voor gestaan. Mijn vrouw en mijn dochtertje hebben me altijd gesteund. En de rust en de stilte deden me goed. Ik vond mijn ritme.

Vandaag voel ik me beter. Als ik tenminste goed geslapen heb. Ik heb nood aan een strikte slaaphygiëne, met vaste avondrituelen en vaste tijdstippen. Dat brengt me rust. Drie dagen

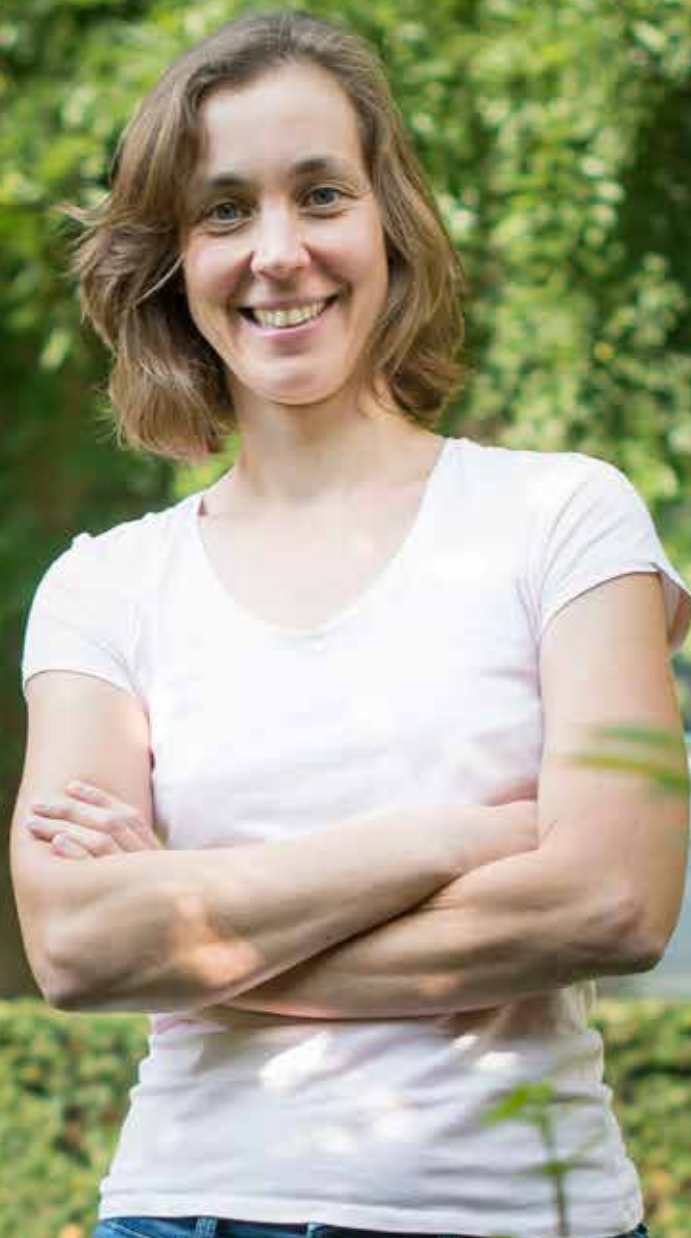


Kurt Lydou: "Ik beseft dat het niet meer wordt als vroeger, maar dat mag ook niet, want door de situatie vroeger ben ik hier beland."

per week kom ik naar de dagkliniek. Daarnaast zoek ik vrijwilligerswerk. Ik sta open voor veel opties. Ik wil graag iets terug doen voor de maatschappij. Ergens heb ik het gevoel dat ik uit de samenleving ben gevallen. Ik kan niet meer werken. Ik voel mijn beperkin-

gen. Ik heb weinig energie. Maar ik wil weer iets opbouwen. Ik beseft dat het niet meer wordt als vroeger, maar dat mag ook niet, want door de situatie vroeger ben ik hier beland... In het begin voelde dat als een nederlaag. Maar die fase ben ik nu voorbij. Ik wil niets

forceren, maar kleine stappen vooruit zetten. Ik zie nog een mooie toekomst. Ik sta vandaag positiever in het leven dan vroeger. En ik weet dat ik op mijn gezin kan rekenen, zoals zij op mij kunnen rekenen."



“DE MAATSCHAPPELIJKE MEERWAARDE DOET ERTOE”

“Met mijn diploma van maatschappelijk assistent heb ik eerst bij een sociaal bureau gewerkt, later als teamverantwoordelijke van een kinderopvang in Sijsele. Daar woon ik nu ook met mijn man Pieter en onze twee dochtertjes. Mirte is 5 jaar, Hazel 1 jaar.

Ik ben in volle coronatijd begonnen aan mijn job op de personeelsdienst van PZ Onzelvevrouw. Ik hou van administratief werk, maar ik vind het belangrijk dat er een maatschappelijke meerwaarde is. Voor een bank of een koekjesfabriek zou ik niet zo gemotiveerd zijn. Ik heb dan wel geen zorgberoep, maar ik voel me wel verbonden met de missie van een psychiatrisch ziekenhuis.

In mei leerde ik mijn nieuwe collega's kennen, noodgedwongen deels nog digitaal. En in juni mocht ik meteen alle zeilen bijzetten. Ik werd toen verantwoordelijk voor de dossiers van de jobstudenten, inclusief de organisatie van

de introductiedag. Het was een goede manier om het ziekenhuis te leren kennen. Het is de bedoeling dat ik op termijn samen met mijn collega Mathilde de ondersteunende diensten opvolg.

Ik werk deeltijds. Ik wil tijd voor mijn gezin en voor mijn passies overhouden: sporten en reizen. Zwemmen, lopen, turnen, skeeleren, paardrijden, snowboarden... ik doe het allemaal graag!

Reizen doe ik bij voorkeur met rugzak en tent en naar exotische bestemmingen: Nieuw-Zeeland, Nepal, Namibië... Dit jaar hebben we het met de kindjes en met corona wat dichterbij huis gezocht: de Vlaamse Ardennen. Maar ook dat was superleuk. En met het heuvelachtige landschap heb ik mijn dochtertjes al wat warm gemaakt voor de bergen. Je kunt niet vroeg genoeg beginnen. (lacht)”

Leen Vermeulen, personeelsdienst