

AFRIT 8



Magazine van PZ Onzeliëvrouw Brugge
Jaargang 10 · 2025/2
www.pzonzeliëvrouw.be



BERM - PARTNERS IN GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG

20 JAAR INTENSIEVE ZORG EN HIC

HET MOBIEL CRISISTEAM STOOMT ZICH
KLAAR VOOR LIAISON- EN
URGENTIEPSYCHIATRIE

**MENSEN.
ANDERS
BEKEKEN**

INTERVIEW

"We willen een baken zijn in langdurige en complexe zorg"

OP DE KOFFIE

"Ik bewonder de inzet, de betrokkenheid, de capaciteiten en de vriendelijkheid van de medewerkers"



INHOUD

SAMENWERKING

Het Mobiel Crisisteam stoomt zich klaar voor liaison- en urgentiepsychiatrie

DAG IN BEELD

Ervaringswerker Maarten



COLOFON / REDACTIE: Tom Talloen i.s.m. Zorgcommunicatie.be **EINDREDACTIE & LAY-OUT:** Tom Talloen
FOTOGRAFIE: Tom Talloen, tenzij anders vermeld **DRUK:** Geert Daelman **AFWERKING:** Geert Daelman en drukkerij vrijwilligers,
VRAGEN EN OPMERKINGEN: Dienst communicatie PZ Onzeliëvrouw, cominfo@pzonzeliëvrouw.be
VU: 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..

VOORWOORD

ORGANISATIE IN BEWEGING

Deze editie van Afrit 8 geeft een mooi beeld van waar PZ Onzeliëvrouw vandaag voor staat. De artikels tonen hoe teams, patiënten, naasten en directies werken in een complexe context, met dezelfde ambitie: veilige, nabije en kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg.

Een eerste lijn in dit nummer is de crisiszorg. Het artikel over het Mobiel Crisisteam (MCT) in de regio's Brugge en Oostende-Veurne beschrijft hoe crisisbegeleiding steeds meer in de leefomgeving van mensen georganiseerd wordt. Geen wachttijden, intensieve opvolging aan huis en nauwe samenwerking met huisartsen, spoeddiensten en andere partners. Tegelijk bereiden de teams zich voor op nieuwe opdrachten in liaison- en urgentiepsychiatrie, met duidelijke afspraken in het netwerk.

Ook op de afdeling intensieve zorg is er veel veranderd. Twintig jaar na de opening van de gesloten crisisafdeling blikken we terug op de evolutie naar een HIC-afdeling met een herstelondersteunende visie. Minder nadruk op controle, meer op overleg en samenwerking met patiënten en hun context.

Een tweede rode draad is de uitbouw van de zorggroep waartoe PZ Onzeliëvrouw behoort. In de gesprekken met

voorzitter Peter Degadt en ondervoorzitter Minne Casteels wordt de nieuwe naam en structuur van de groep toegelicht. De missie en kernwaarden worden scherper gezet, met een duidelijke keuze voor complexe geestelijke gezondheidszorg en een sterke verankering in de regio's.

De artikels met algemeen directeurs Cathy Room (regio-leper) en met mezelf (regio Brugge), laten zien hoe de groepsstructuur zich vertaalt naar de dagelijkse organisatie. Groepsdiensten zoals IT, financiën en techniek worden gebundeld, terwijl zorg, therapie en HR dicht bij de lokale teams georganiseerd blijven. Duidelijke afspraken, transparante communicatie en vertrouwen in lokale directies vormen daarbij het uitgangspunt.

Bijzonder in dit magazine is ook het interview met Johan Tielens, lid van de Familieraad van het ziekenhuis. We brengen ook de dag in beeld van ervaringswerker Maarten Vandeveldde.

Samen schetsen deze bijdragen een organisatie in beweging: stevig verankerd in de regio, met aandacht voor kwaliteit van zorg, samenwerking in netwerken en werkbare structuren voor medewerkers.



Inge Vanthuyne

ALGEMEEN DIRECTEUR REGIO BRUGGE
VZW 'GEZONDHEIDSZORG 'BERMHERTIGHEID JESU'



COVERBEELD

GEZONDHEIDSZORG 'BERMHERTIGHEID JESU' WORDT BERM

KNIPOOG NAAR HET VERLEDEN BLIK OP DE TOEKOMST

Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu' heet voortaan Berm. De groep biedt zorg en behandeling aan mensen met een psychische kwetsbaarheid en begeleidt hen op hun weg naar herstel en groei. Berm verenigt zeven voorzieningen in Brugge en Ieper, met meer dan 1200 medewerkers. Samen vormen ze partners in geestelijke gezondheidszorg.

Berm omvat:



Regio Brugge: ONZELIEVEVROUW
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
RUSTENBURG
PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
DE BRUGGHE
PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS
INGHELBURCH
CENTRUM VOOR PSYCHISCHE REVALIDATIE
HEILIG HART
Regio Ieper:
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
HET TEMPELHOF
PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS
HEDERA
CENTRUM VOOR PSYCHISCHE REVALIDATIE

beziel.
betrokken.
baanbrekend.

www.berm.be


AN DECORTE DIRECTEUR ZORG

Sinds 28 oktober 2025 is An Decorte directeur zorg van PZ Onzelvevrouw. An is voormalig verpleegkundige, hoofdverpleegkundige en afdelingscoördinator in PZ Onzelvevrouw en teamcoördinator van het Mobiel Crisisteam Brugge. Vanuit haar meest recente functie als domeinmanager Geestelijke Gezondheidszorg in het Netwerk Nowe bleef de band met onze sector heel nauw. Wij heten An van harte welkom terug.



DR. AN VERMASSEN HOOFDARTS

Vanaf 1 januari 2026 neem dr. An Vermassen de functie van hoofdarts op in PZ Onzelvevrouw. Dr. Vermassen was 12 jaar lang verbonden aan de afdeling voor High en Intensive Care (Afdeling 51). Ze zal haar opdracht als hoofdarts blijven combineren met haar klinisch werk op de afdeling voor Langdurige Intensieve Zorg (Afdeling 52). Wij wensen dr. Vermassen heel veel succes toe in haar nieuwe functie.



PRAATKAFEE: 15 JAAR PRAATKAFEE PSYCHOSE DE STEM

Eind november was er 'Praatkafeest', een speciale editie Praatkafeest Psychose De Stem, dat in 2025 15 kaarsjes uitblies.

In die 15 jaar evolueerde het Praatkafeest van een klein initiatief tot een breed gedragen netwerk in de Brugse regio. Met bijna 75 edities en een waaier aan thema's blijft het een ruimte waar mensen erkenning vinden, ervaringen delen en elkaar versterken. Vandaag staat vooral ervaringskennis centraal, met panelgesprekken waarin cliënt, familielid en hulpverlener elkaar ontmoeten. Lees het volledige verhaal op onze website: www.pzonzelvevrouw.be.

“We willen een baken zijn in langdurige en complexe zorg”

MET EEN NIEUWE NAAM EN HUISSTIJL ONDERSTREEPT BERM HAAR AMBITIE ALS VOORTREKKER IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG. DE GROEP WAAR PZ ONZELIEVEVROUW DEEL VAN UITMAAKT, TREEDT MEER DAN OOI NAAR BUITEN ALS ÉÉN HERKENBARE ORGANISATIE. VOORZITTER PETER DEGADT EN ONDERVOORZITTER MINNE CASTEELS LICHTEN TOE.

De voorzieningen behouden hun naam en eigenheid, maar treden duidelijker op als één groep. “Onze patiënten en partners moeten in één oogopslag herkennen wie we zijn,” zegt Minne Casteels. “De vorige vzw-naam verwees naar de congregatie van Zusters van de Bermhertigheid Jesu. Een mooie, maar buiten de sector weinig bekende naam. We kozen voor een naam die vlot klinkt en onze verbondenheid toont.”

Peter Degadt ziet de nieuwe identiteit als een logische stap. “Onze werking is geëvolueerd: meer ambulante zorg, kortere opnames waar mogelijk én tegelijk een duidelijke opdracht rond langdurige en complexe zorg. Dat vraagt een coherent verhaal en een sterke positie in het zorglandschap.”

“Wat we efficiënter op groepsniveau kunnen organiseren, bundelen we. Denk daarbij aan financiën, facilitair beheer, ICT, bouwprojecten en aankopen. Wat met nabijheid en zorg te maken heeft, blijft lokaal verankerd,” benadrukt Minne Casteels.

MISSIE EN WAARDEN ALS FUNDAMENT

In aanloop naar de naamswijziging actualiseerde de groep haar missie en waarden. “We zijn verbonden, barmhartig, integer en divers,” zegt Minne Casteels. “We begeleiden mensen met een psychische kwetsbaarheid op hun pad naar herstel, met zorg op maat en in verbinding met hun omgeving.”

De groep focust zich verder op geestelijke gezondheidszorg. “We bouwen verder op het engagement van de stichtende zusters en kiezen expliciet voor deze sector,” vult Peter Degadt aan. “We zetten onze expertise en de middelen die de samenleving voorziet, maximaal in voor kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg.”

De organisatie investeert in vernieuwende en wetenschappelijk onderbouwde projecten, kennisdeling en samenwerking met partners. “We creëren een klimaat waar medewerkers professioneel én persoonlijk kunnen groeien,” zegt Minne Casteels. “Autonomie in verbondenheid is daarbij leidend.”

BESTUREN MET VISIE

De raad van bestuur focust sterker op strategisch beleid en lange termijn. “We mogen niet te dicht op de dagelijkse uitvoering zitten, maar ook niet te veraf staan,” zegt Peter Degadt. “Je kan geen goede bestuurder zijn als je alleen naar cijfers kijkt en niet weet wat er op de werkvloer gebeurt.”

“Mensen zijn het hart van onze organisatie,” vervolgt hij. “We moeten artsen en medewerkers aantrekken en houden, hen blijven opleiden en motiveren en ruimte geven om met verandering om te gaan. Tegelijk staan de financiën onder druk en moeten we kostenefficiënt werken. Daarvoor zoeken we synergie in ondersteunende diensten, informatica en infrastructuur.”

“Zorgconcepten veranderen, maar er moet altijd een plek zijn waar patiënten en medewerkers terecht kunnen, met gegarandeerde kwaliteit en psychologische veiligheid. Als bestuur zijn we een brug tussen voorzieningen en samenleving. De ervaringen die bestuurders van buiten meebrengen, zijn een echte meerwaarde.”

SYNERGIE IN DE PRAKTIJK

Vermaatschappelijking van de zorg vraagt om sterke netwerken. Peter Degadt: “Organisaties die alleen ambulante zorg aanbieden, doen uitstekend werk. Zij vangen psychische problemen op, op een laagdrempelige manier. Onze rol



Minne Casteels en Peter Degadt, ondervoorzitter en voorzitter van het Bestuur van BERM.

begint waar langere trajecten en samenwerking tussen partners nodig zijn.”

Voorbeelden zijn er volop. In leper werken het psychiatrisch ziekenhuis Heilig Hart en algemeen ziekenhuis Jan Yperman Ziekenhuis intensief samen: psychiaters van het Heilig Hart bemannen er ook de spoed, zodat patiënten met psychische problemen dag en nacht meteen door een specialist worden gezien. Is verdere behandeling nodig, dan is de band met het psychiatrisch ziekenhuis naadloos.”

Ook in Brugge zijn er partnerschappen, onder meer met de ziekenhuisschool en samenwerking rond de ziekenhuisapotheek en medicatiebeleid. “Expertise delen is efficiënter en komt de zorg ten goede,” aldus Peter Degadt.

MENSEN EN MIDDELEN

De grootste uitdaging blijft volgens de voorzitter het vinden én behouden van medewerkers. “Onze mensen zijn gedreven, maar we moeten hen ondersteunen in een sector die voortdurend evolueert. Daarom zetten we in op duurzame loopbanen.”

Minne Casteels ziet de groep als hefboom om nieuw talent aan te trekken. “HR-beleid wordt in de eerste plaats lokaal gevoerd, maar de koepel ondersteunt. De nieuwe naam en duidelijke profilering helpen om toekomstige medewerkers

aan te spreken. Kandidaten stappen in een lokale organisatie maar ook in een grotere zorggroep met gedeelde waarden en groeikansen.”

Financieel blijft de context uitdagend. “Iedereen in de zorg vraagt meer middelen, maar de ruimte is beperkt,” zegt Peter Degadt. “We hebben de verantwoordelijkheid om zo efficiënt mogelijk te werken. Als je naar Brussel gaat met dossiers, wordt er geluisterd naar organisaties met aantoonbare expertise die representatief zijn. Als groep zijn we een belangrijke speler.”

MEER DAN EEN NAAM

Intern moet de nieuwe naam meer zijn dan een logo. “Je creëert een momentum om stil te staan bij wie we zijn en waar we voor staan,” zegt Peter Degadt. “Wat zit er achter die naam en wat betekent die voor jou als medewerker? Onze roots en waarden zijn daarbij het kompas.”

Beiden kijken met vertrouwen vooruit. “BERM is een organisatie om fier op te zijn,” besluit Casteels. “Met gedreven medewerkers en artsen en een grote openheid voor vernieuwing.” Degadt vat het samen: “We willen vooral goed zijn. Als we erin slagen onze waarden consequent waar te maken en tegelijk te blijven vernieuwen, dan vervullen we onze opdracht in de geestelijke gezondheidszorg.”



“Duidelijke afspraken en transparante communicatie versterken het vertrouwen”

Sinds februari 2025 staan de vier voorzieningen van Berm in de regio Brugge onder één leiding. “Die reorganisatie maakte verantwoordelijkheden duidelijker en versterkte de samenwerking,” zegt algemeen directeur Inge Vanthuyne. “We behouden de lokale eigenheid: elk huis heeft een eigen missie, visie en doelgroep. We hoeven geen kopieën te worden, maar we zijn wel familie. Dat maakt ons sterker.”

De samenwerking tussen het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw, het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg, het Centrum voor Psychische Revalidatie Inghelburch en het Psychiatrisch Verzorgingstehuis de Brugghe bestond al langer, maar kreeg door de reorganisatie een helder kader. “Voorheen werd vooral gestreefd naar uniformiteit over de verschillende huizen. Daar zijn we van afgestapt. Nu kiezen we bewust voor een mix van lokale verantwoordelijkheid en groepsverantwoordelijkheid.”

Inge Vanthuyne schetst een gelaagde structuur: IT, bouw en financiën worden op groepsniveau georganiseerd. In de regio Brugge bundelen we gemeenschappelijke diensten zoals administratie, personeelsdienst, voeding en preventie. Lokaal ligt de focus op zorg, het primaire proces en soft HR.

De Brugse voorzieningen vullen elkaar volgens haar perfect aan: “Het PVT de Brugghe is een woonomgeving, CPR Inghelburch is een dagrevalidatiecentrum en dan zijn er de twee psychiatrische ziekenhuizen met een ander therapeutisch kader. PTC Rustenburg vertrekt vanuit een psychoanalytische benadering, in PZ Onzelvevrouw werken we met verschillende andere therapiemodellen. Zo kunnen we altijd het meest passende traject aanbieden.



INGE VANTHUYNE
ALGEMEEN DIRECTEUR BERM REGIO BRUGGE

“Alles staat of valt met mensen samenbrengen, vertrouwen creëren en transparant beleid voeren. Zelfs in een complex organisatiemodel en zorgrealiteit vinden we dan wel onze weg.”

Als een patiënt beter geholpen is in een ander huis, dan bespreken we dat open met de patiënt en verwijzer.”

De rol van algemeen directeur over vier voorzieningen vraagt duidelijke afspraken. “We hebben de beleidsstructuur heruitgevonden. Open communicatie en duidelijke afspraken, zijn daarbij essentieel. Om de twee weken zitten we samen met alle directieleden. Iedereen is betrokken, maar er blijft ruimte voor eigen lokaal beleid.”

Vertrouwen vormt daarbij de basis. “De lokale directies blijven zelf verantwoordelijk en worden bevestigd in hun mandaat. We hebben helder gemaakt wat zij beslissen, wat we samen afstemmen en wat mijn verantwoordelijkheid is. Dat werkt efficiënt én zij doen dat uitstekend.”

Met tevredenheid kijkt Inge Vanthuyne naar de vooruitgang:

“Het schip is opnieuw op koers.” Ook de samenwerking met regio Ieper wordt intensiever. “Met Cathy Room heb ik een sterke verstandhouding. We spreken elkaar wekelijks en lichten elkaar in zodra iets impact heeft op de andere regio.”

“Alles staat of valt met mensen samenbrengen, vertrouwen creëren en transparant beleid voeren”, besluit Inge Vanthuyne. “Zelfs in een complex organisatiemodel en zorgrealiteit vinden we dan wel onze weg.”



“Heel blij dat we onze cultuur trouw kunnen blijven”

“De nieuwe naam is een logisch gevolg van alle inspanningen om onze zorggroep te versterken,” zegt Cathy Room, algemeen directeur van regio Ieper. “Hij is geen doel op zich, maar een middel om richting te geven aan ons vernieuwde verhaal. Voor mij gaat het vooral om erkenning: onze medewerkers maken nu deel uit van een groep met een duidelijke, uitspreekbare naam. Het ondersteunt hun zichtbaarheid en dat is positief. Hun inzet mag gezien worden.”

“De keuze voor twee werkingen – Ieper en Brugge – bevestigt dat onze kernopdracht stevig verankerd ligt in de netwerken binnen die regio’s. Het bestuur onderstreept daarmee het belang van zorg die dicht bij de omgeving staat. Voor de medewerkers is dat een belangrijke erkenning, en ook voor mij als algemeen directeur maakt dat echt een verschil.”

Tegelijk is er een heldere structuur op groepsniveau. “We hebben nu twee directieleden die voor de hele groep werken, specifiek voor financiën en voor IT en techniek. Zij brengen expertise samen en ontzorgen ons. Dat geeft rust en maakt ons sterker.”

Cathy Room erkent dat het versterken van de zorggroep bij momenten een zoektocht was. “Bij aanvang van de vernieuwde directiestructuur hadden we één HR-directeur voor de hele groep, maar dat werkte niet optimaal. Beleid rond vorming of attenties houdt je beter lokaal, zodat dat past bij de cultuur van het huis. Cultuur is hoe mensen dagelijks met elkaar omgaan en dat verschilt nu eenmaal per voorziening. Vandaag werken HR-stafmedewerkers dicht bij de algemeen directeur. De lijnen zijn korter en beslissingen worden beter gedragen.”

Ook de verhouding met het bestuur is verduidelijkt. “Inge en



CATHY ROOM
ALGEMEEN DIRECTEUR BERM REGIO IEPEER

ik hebben opnieuw een directe lijn naar de voorzitter. Alleen zo kan je verantwoordelijkheid opnemen en echt beleid voeren.”

In Ieper blijft samenwerking op meerdere niveaus een rode draad. “Het ziekenhuis en PVT Het Tempelhof worden vanuit dezelfde directie aangestuurd. Daarnaast zijn er revalidatiecentrum Hedera en de afzonderlijke vzw Beschut Wonen, waarvan ik voorzitter ben. We ondersteunen hen onder meer met IT, administratie en technische diensten, telkens met respect voor hun eigen werking. Dat doen we ook voor Stuurkracht 2-Trefpunt 4, een initiatief voor arbeidszorg en activering met beperkte subsidiëring dat sterk leunt op regionale partners. Zo tonen we als groep ons engagement voor kwetsbare doelgroepen.”

Tegelijk wordt volop aan de toekomst gebouwd. “Op ons domein realiseren we een nieuw complex voor High & Intensive Care en verslavingszorg. Dat is veel meer dan een verhuis: het vraagt afstemming van teams, methodieken en organisatie. Daarnaast optimaliseren we ons therapie-aanbod en werken we aan een masterplan voor ons patrimonium.”

De rol van algemeen directeur blijft intens, maar Cathy Room kijkt met vertrouwen vooruit. “Hard werken is niet het probleem. Nu er een duidelijke structuur is, zetten we een grote stap vooruit. De cultuur blijft mijn belangrijkste toetssteen. Er zijn moeilijke beslissingen genomen, maar we zijn onze cultuur trouw gebleven”, besluit ze.

“Medewerkers zeggen dat ze graag komen werken en zich herkennen in wat we doen. Dat is essentieel. Ondanks de groeipiïnen ben ik vooral positief en hoopvol: de nieuwe naam geeft richting aan ons gezamenlijke verhaal, waar ik echt enthousiast over ben.”

"Van macht naar samenwerking, van instructie naar overleg"

Afdeling 51 bestaat twintig jaar en evolueerde in die periode van een gesloten afdeling intensieve zorg naar een High & Intensive Care-afdeling die werkt vanuit een herstelondersteunende visie. Samen met het afdelingsbestuur blikken we terug op het ontstaan, de aanpak en de toekomst van de afdeling.



"Vroeger kwamen patiënten met toeters en bellen binnen en ging het hier gewoon verder: isolatie, veiligheid... Nu begint het met aandacht, een gesprek, een kop koffie en rust. Dat heeft zijn effect."

Ludo Goderis - kliniekcoördinator

Twintig jaar geleden opende PZ Onzelvevrouw een nieuwe, gesloten crisisafdeling. De aanleiding was de toenemende bezorgdheid over de veiligheid van kwetsbare patiënten in een ziekenhuis dat grotendeels open werkte.

Kliniekcoördinator **Ludo Goderis**: "Het ziekenhuis was een aantal jaren daarvoor een volledig open ziekenhuis geworden. Dat betekende dat patiënten konden gaan en staan waar ze wilden, zowel in als buiten het ziekenhuis. Dat was niet zonder risico's. Mensen die zeer suïcidaal zijn, hebben toezicht nodig. Die mag je niet zomaar



"De toegenomen complexiteit van de opnames vraagt een voortdurende alertheid en overleg. Je moet constant evalueren: moet ik zorg opschalen of afschalen? Dat vergt een grote flexibiliteit van het team."

Johan Logie - afdelingscoördinator

laten vertrekken. Het risico op incidenten werd te groot. Het ziekenhuis ligt dicht bij de spoorweg. Meer dan eens bracht de spoorwepolitie mensen terug naar het ziekenhuis. Die situatie was niet houdbaar."

"Er was ook maatschappelijke druk, en druk vanuit justitie, om mensen onder een beschermende observatiemaatregel, zeker in een eerste fase van de behandeling, de nodige bescherming te geven," zegt afdelingscoördinator **Johan Logie**.

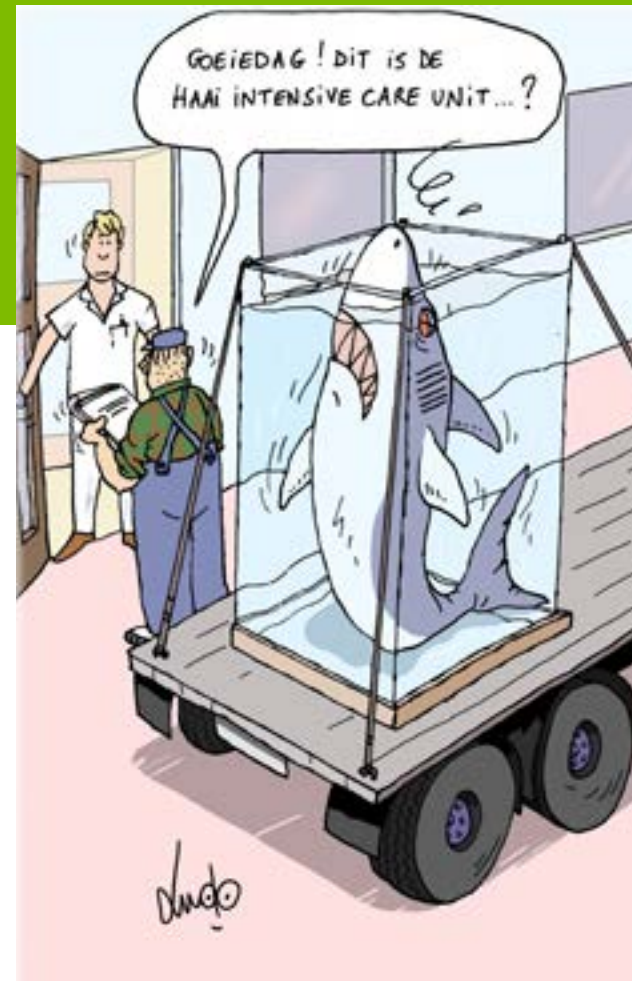
EEN NIEUW TEAM MET PIONIERSWERK

Met de oprichting van de afdeling ontstond een nieuw team, samengesteld uit medewerkers van verschillende afdelingen.

"We zijn gestart met allemaal mensen die elkaar niet kenden," vertelt **Johan Logie**. "Afdelingspsycholoog **Charlotte** werd weggeplukt op een afdeling, **Ludo** kwam als kliniekcoördinator, ik zat in de verslavingszorg. En de toenmalige arts, dr. **Bervoets**, kwam uit de psychosoziale zorg."

Ludo herinnert zich nog hoe het nieuwe team tot stand kwam: "Toen de leidinggevendenden aangesteld waren, konden verpleegkundigen en therapeuten uit het ziekenhuis solliciteren. Het was toen nog niet duidelijk hoe de werking zou evolueren, maar er waren voldoende gemotiveerde medewerkers die de kans wilden wagen. We konden bijna van nul iets uitbouwen. Dat was uniek en een groot voordeel."

De architectuur van de nieuwe afdeling was goed doordacht, maar over de inhoudelijke aanpak was in die beginfase weinig bekend.



Charlotte Vandaele: "Ik weet nog altijd de dag dat de gesloten afdeling van start ging. We moesten veel zelf uitdenken. Er was weinig literatuur over te vinden. Het was echt pionierswerk. We zaten veel met het team samen. We dachten samen na over onze rol binnen het ziekenhuis. Wat maakt ons anders dan de andere afdelingen? Eén ding stond van in het begin vast: mensen mochten niet langer opgesloten blijven dan strikt noodzakelijk. Maar wat is noodzakelijk? Dat moesten we samen scherp krijgen."

Het team vond aansluiting bij het Angelsaksische model voor intensieve psychiatrische zorg. "We kwamen in contact met NAPICU, de National Association of Psychiatric Intensive Care Units. Zij stonden al verder in het werken met die specifieke doelgroep. Nog elk jaar bezoeken we hun congressen en leren we uit hun knowhow," vertelt **Charlotte Vandaele**.

NAAR MEER AUTONOMIE EN OVERLEG

De eerste jaren van de crisisafdeling waren sterk gericht op controle. Gaandeweg verschoof het

denken naar meer autonomie en samenwerking. "De aanpak in het begin was redelijk paternalistisch, achteraf bekeken," zegt **Charlotte**. "Als zorgverleners dachten we te weten wat goed was voor de patiënt. Maar we zijn geëvolueerd



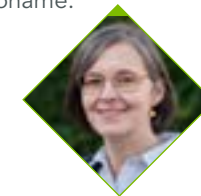
"We zijn geëvolueerd naar het HIC-concept. HIC staat voor High Intensive Care. In de HIC proberen we, zelfs in crisis, de patiënt zelf te betrekken en mee te laten nadenken: wat is nu goed voor mij?"

Charlotte Vandaele - afdelingspsycholoog

naar het HIC-concept. HIC staat voor High Intensive Care. In de HIC proberen we, zelfs in crisis, de patiënt zelf te betrekken en mee te laten nadenken: wat is nu goed voor mij?"

Afdelingspsychiater **dr. An Vermassen** ziet dezelfde evolutie: "Het is een overlegmodel geworden. Met de patiënt, de context, de naasten en het ambulante netwerk. We stemmen de zorg af met alle betrokkenen."

Eén van de sleutelprincipes binnen de nieuwe werking is de aandacht voor de eerste vijf minuten bij een opname.



"Om dwang en drang te vermijden heb je ook meer mensen nodig. Dat extra personeel is er met de HIC ook gekomen. Zo nodig kunnen we iemand individueel begeleiden als het moeilijk gaat, zonder de andere patiënten aan hun lot over te laten."

dr. An Vermassen - afdelingspsychiater

“Als een patiënt opgenomen wordt, gaan we samenzitten,” zegt Johan. “We drinken een kop koffie of een glas water. Zo brengen we mensen wat meer tot rust. Want een opname blijft een heftige ervaring voor elke patiënt.”

Charlotte bevestigt: “De HIC-werking kwam er om minder dwang en drang toe te passen. En dat start bij het onthaal van de patiënten. Mensen worden vaak onder dwang binnengebracht, met politie of een ambulance. Dan kun je veel spanning wegnemen door hen vriendelijk en rustig te ontvangen.”

Ludo ziet daarin een breuk met het verleden: “Vroeger kwamen patiënten met toeters en bellen binnen en ging het hier gewoon verder: isolatie, veiligheid... Nu begint het met aandacht, een gesprek, een kop koffie en rust. Dat heeft zijn effect.”

“Om dwang en drang te vermijden heb je ook meer mensen nodig,” zegt dr. An Vermassen. Dat extra personeel is er met de HIC ook gekomen. “Zo nodig kunnen we iemand individueel begeleiden als het moeilijk gaat, zonder de andere patiënten aan hun lot over te laten.”

INFRASTRUCTUUR DIE MEE EVOLUEERT

Twintig jaar na de opening van de crisisafdeling is de infrastructuur nog steeds bruikbaar, maar ook aangepast aan nieuwe noden.

“We hebben twee binnentuinen, er is veel licht en veel ruimte,” zegt Ludo. “Hier heerst geen gevangenisklimaat.”

“Een drietal jaar geleden is er een aanbouw opengegaan: de intensive care. Die is mee ontworpen volgens de principes van de HIC-visie,” zegt dr. Vermassen.

“Omdat we al een tijd volgens de principes van het HIC-model werkten, zijn we voor veel ziekenhuizen een referentie geworden. De ervaring die we al die jaren opdeden, kunnen we vandaag nog altijd gebruiken,” zegt Ludo.

Toch blijft de afdeling evolueren. Zo verandert de doelgroep en daarmee ook de uitdagingen.

“We gebruiken minder afzonderingsmaatregelen dan vroeger, terwijl de complexiteit op de afdeling toeneemt. Er is meer agressie, meer middelengebruik, meer sociale problematiek,” weet dr. Vermassen.

“Dat vraagt een voortdurende alertheid en overleg,” zegt Johan. “Je moet constant evalueren: moet ik zorg opschalen of afschalen? Dat vergt een grote flexibiliteit van het team.”

“Zorg op maat klinkt goed, maar het maakt het werk complexer,” beaamt Charlotte. “Er zijn geen standaardregels meer. Het team moeten alles goed opvolgen. Elke patiënt heeft andere noden, vergt een andere benadering.”

“Ook de maatschappelijke druk neem toe,” meent Ludo “We worden sneller ergens op aangesproken. Door familie, justitie, de context. Dat legt extra druk op de beslissingen die we voortdurend moeten nemen.”

CONTINU BALANCEREN IN CAPACITEIT

De werking van een intensieve crisisafdeling vraagt permanente flexibiliteit, ook qua bezetting.

“De opnamecapaciteit staat vaak onder druk, maar we streven er altijd naar om plaats te maken voor patiënten die een HIC-opname nodig hebben,” zegt dr. Vermassen.

“Het gebeurt dat we geen bed meer ter beschikking hebben,” zegt Johan. “Dan moeten we risico’s afwegen. Laten we een patiënt overgaan naar een open afdeling om plaats te maken voor een nieuwe patiënt? Soms nemen we het risico, altijd in overleg. Het is een constant balanceren tussen goede zorg en logistieke haalbaarheid.”

De voorbije jaren is er een enorme weg afgelegd. “Ik voel me vandaag beter in mijn vel als hulpverlener dan twintig jaar geleden,” bekent Charlotte. “Maar we hebben nog veel werk. Meer betrokkenheid van familie, meer kennis over middelengebruik. Het evolueert snel en we moeten mee.”

“We blijven zoeken hoe we mensen optimaal kunnen behandelen,” zegt Ludo. “De grote evolutie is die van macht naar samenwerking. Van instructie naar overleg. Dat bewustzijn is essentieel.”

“We willen ook binnen de afdeling nog groeien,” zegt dr. Vermassen. “Ervaringsdeskundigheid binnenbrengen, bijvoorbeeld. Die hebben we nog niet, maar we zijn aan het verkennen.”

“Je vindt weinig afdelingen waar drie van de vier mensen in het afdelingsbestuur er na twintig jaar nog altijd bij zijn. In zo’n intensieve context. Dat zegt iets over de kracht van dit team,” besluit Ludo.



Het Mobiel Crisisteam stoomt zich klaar voor liaison- en urgentiepsychiatrie

Het Mobiel Crisisteam (MCT) is uitgegroeid tot een vaste waarde in de crisiszorg in het Netwerk GGZ NOWE. De komende tijd breidt die rol verder uit, met een liaisonfunctie op de spoeddiensten en een nieuwe werking rond urgentiepsychiatrie. Huisartsen, spoedartsen en politie zullen sneller kunnen schakelen naar het MCT wanneer iemand in een crisis belandt. Tegelijk blijft de basis hetzelfde: geen wachttijden, intensieve opvolging aan huis en nauwe samenwerking met andere hulpverleners.

Charlotte De Ly (coördinator MCT regio Oostende-Veurne): De oprichting van het Mobiel Crisisteam in 2012 paste in de vermaatschappelijking van de zorg: minder bedden in de ziekenhuizen, meer mobiele begeleiding. Onze opdracht was het ondersteunen en begeleiden in de thuisomgeving van mensen in een psychische crisissituatie. Met de bedoeling om een opname te voorkomen of een opname te verkorten. Zo kan iemand die bijvoorbeeld op

de EPSI terecht komt en na enkele uren of dagen terug naar huis wil, toch vervolgzorg krijgen in de vorm van crisisbegeleiding. Zo spelen we kort op de bal. Er is geen wachtlijst in het Mobiel Crisisteam. We starten snel op en proberen binnen de 24 uur een eerste afspraak te maken. We bieden een intensieve begeleiding. Soms gaan we enkele opeenvolgende dagen bij de persoon in crisis langs, soms enkele keren per week, afhankelijk van de noden en de situatie.



Charlotte Dely: “Elk netwerk moet de urgentiepsychiatrie uitwerken met de politiezones, spoeddiensten en huisartsen.”

Een begeleiding is kortdurend: we ronden af wanneer de crisis gestabiliseerd is en begeleiden maximaal vier weken.

Wie kan er een aanmelding doen?

Charlotte: Eerst kon een aanmelding alleen via de huisarts of de psychiater. Nu kan elke GGZ-hulpverlener een patiënt aanmelden. Ook psychologen met een ambulante praktijk, bijvoorbeeld.

Matthijs Missinne (coördinator MCT regio Brugge): Een patiënt of een naaste kan geen aanmelding doen. We werken op de tweede lijn.

Charlotte: Toch zijn we de voorbije jaren steeds laagdrempeliger geworden. Als een psycholoog vroeger contact met ons opnam, moesten we die eerst naar de huisarts verwijzen. Dat hoeft vandaag niet meer. Dat scheelt op het vlak van snelheid en bereikbaarheid in crisissituaties. We hechten ook veel belang aan onze adviserende functie. Als een patiënt toch niet onder de doelgroep van het MCT valt, proberen we altijd gericht door te verwijzen naar onze partners in het netwerk.

Kunnen jullie mensen helpen in die vier weken?

Charlotte: Ja, al wil dat niet zeggen dat die mensen na vier weken geen problemen meer hebben. Maar de crisis is afgewend. We rekenen dan op andere instanties, hulpverlening die al betrokken was, om de vervolgzorg verder op te nemen. Onze focus is de crisissituatie. Vier weken volstaan om tot stabilisatie te komen. Vergeet niet dat we heel intensief werken. Het is die intensieve aanpak waarmee we het verschil maken.

Gaan medewerkers altijd met twee op huisbezoek?

Charlotte: In het begin zeker wel, om samen een juiste inschatting te kunnen maken, ook van de risico's. Eens de begeleiding loopt en er zijn weinig risicofactoren en we voelen dat het een veilige situatie is, dan kan het dat mensen solo aan huis gaan. Maar we zijn toch altijd alert.

Matthijs: We proberen ook een mini-team van trajectbegeleiders rond de cliënt te creëren. De eerste paar keer ga je met twee. Dan probeer je bekende gezichten in dat verhaal te brengen. Zodat mensen niet telkens hun verhaal opnieuw moeten brengen aan weer een nieuwe medewerker.

Charlotte: Zo vaak als mogelijk zijn het telkens dezelfde hulpverleners die langsgaan. We zijn zeer flexibel. We proberen te gaan wanneer het lukt voor de cliënt. Maar als de cliënt werkt, of andere afspraken heeft, dan moeten we ook rekening houden met wat mogelijk is voor de medewerkers.

Het Mobiel Crisisteam staat voor grote veranderingen?

Charlotte: De laatste jaren is er heel wat in beweging vanuit de overheid. Er wordt gewerkt aan een intensifiëring van de zorg en aan het organiseren van urgentiepsychiatrie. Dat zorgt ervoor dat we onze organisatie moeten herbekijken, samen met de psychiaters en alle diensten bij het netwerk NOWE die aan crisiszorg doen. Concreet betekent het dat onze reguliere werking blijft bestaan. Daarnaast gaan we inzetten op een liaisonfunctie op de spoedgevallendiensten. Als een psychisch kwetsbare patiënt in crisis op een spoedgevallendienst komt, kan de spoedarts ons oproepen. Twee medewerkers van ons team gaan dan zo snel als mogelijk naar de spoed om daar de patiënt al een eerste keer te zien.

Daarnaast zijn we ook alles rond urgentiepsychiatrie aan het uitwerken. Dat is een triagefunctie die beschikbaar zal zijn voor politie, huisartsen en spoed. Als uit de triage blijkt dat het urgen-

tieteam best ter plaatse gaat, wordt dat binnen de twee uur ter plaatse verwacht.

Matthijs: Soms worden psychiatrische patiënten die zich op de spoed melden meteen een bed in het ziekenhuis toegewezen. Dat willen we vermijden als het niet echt nodig is. We kunnen ook veel in de thuiscontext of ambulant aan.

Charlotte: Het stepped-care-principe vind ik daarin wel belangrijk. Spoedgevallendiensten worden overrompeld door allerlei problemen. Mensen worden soms te snel opgenomen. We proberen te kijken: kunnen we goede zorg organiseren zonder meteen naar de zwaarste zorgvorm te grijpen?

Voor de urgentiepsychiatrie zullen jullie ook nauwer samenwerken met de politie?

Charlotte: Vanuit het zorgpad Crisis zijn er al contacten met de politie. De politie stelt zich wel nog vragen rond hun verantwoordelijkheid: mogen zij beslissen om iemand niet naar het ziekenhuis te brengen en ons op te roepen? Dat moeten we samen verkennen. We hebben al een weg afgelegd. In het begin waren het enkel artsen die mochten aanmelden. Met urgentiepsychiatrie spreken we over de politie als aanmelder. Dat is een enorme evolutie.

Matthijs: We mogen ons gelukkig prijzen dat het Netwerk NOWE zo goed samenwerkt. De kerngroep voor de urgentiepsychiatrie is breed samengesteld: algemene ziekenhuizen, psychiatrische centra, politie, wij. Dat is een sterkte.

Charlotte: Elk netwerk moet de urgentiepsychiatrie uitwerken met de politiezones, spoeddiensten en huisartsen. Dat is goed voor lokale afstemming, maar kan ook versnippering geven. Sommige dingen zouden allicht beter federaal geregeld worden.

Matthijs: Het voordeel is dat je het eigen netwerk zeer goed leert kennen en dat je rekening kunt houden met lokale afspraken. Nadeel is dat er verschillen kunnen zijn tussen netwerken.

Welke impact zal de urgentiepsychiatrie op

de werking van het MCT hebben?

Matthijs: We vermoeden dat onze reguliere werking zwaarder belast zal worden. Als het werkt, gaan veel aanmeldingen vanuit de urgentie doorstromen naar onze reguliere werking.

Kunnen spoeddiensten jullie oproepen voor liaison én urgentie? Hoe wordt het verschil gemaakt?

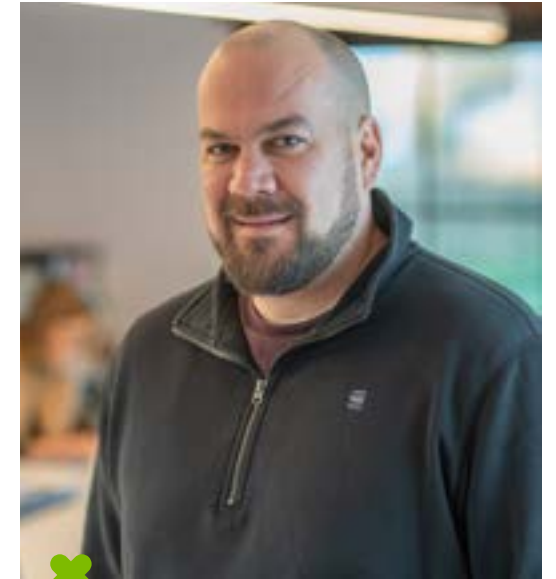
Charlotte: Binnen het zorgpad crisis hebben we een flowchart uitgewerkt. Er is ook een scoresysteem: CTRS of Crisis Triage Rating Scale.

Matthijs: De codes bepalen de flow. Soms is opname nodig. Soms kunnen wij iets betekenen. Misschien zal de urgentiepsychiatrie vaker worden geactiveerd, omdat we dan sneller ter plaatse moeten zijn. Maar we hebben geen glazen bol. Het netwerkverhaal is hoe dan ook zeer belangrijk. We werken samen met veel partners. Niet alleen voor aanmeldingen, ook voor de uitstroom. Hoe sneller andere hulpverlening het overneemt, hoe sneller wij opnieuw beschikbaar zijn. Dankzij die goede samenwerking slagen we er nog altijd in om zonder wachtlijst te werken.

Het MCT Brugge is onlangs verhuisd en aan de kust is er nu ook een uitvalsbasis in Veurne?

Matthijs: Wij zijn verhuisd naar de Oostendse Steenweg 175 in Brugge, dichtbij AZ Sint-Jan. De nabijheid van de spoedafdeling kan de samenwerking bevorderen.

Charlotte: Wij werken vanuit campus Damiaan van AZ Oostende en sinds kort ook vanuit AZ-West in Veurne. Zo kunnen we sneller schakelen met de spoeddienst in Veurne en met de andere partners in die regio.



Matthijs Missinne: “We mogen ons gelukkig prijzen dat het Netwerk NOWE zo goed samenwerkt.”

DAG IN BEELD



1

"Ik worstel al sinds mijn zeventiende met depressies. Mijn eerste opname duurde drie maanden. Daarna ben ik geregeld hervallen. Jarenlang kende ik weinig stabiele periodes. Ik ben nu 41 jaar. Sinds corona heb ik stabiliteit teruggevonden. En toen kwam die vraag van dr. Sam Deltour: zou het niets voor jou zijn om ervaringsdeskundige worden? De opleiding was bij momenten confronterend, maar ook boeiend."



2

"Ik nam deel aan een aflevering van Taboe met Philip Geubels. Ik kreeg daar veel reacties op van mensen die zich herkenden. Die verbinding probeer ik ook in het ziekenhuis tot stand te brengen. Ik ben gewoon mens tussen de mensen. Ik toon me zoals ik ben. Vaak hoor ik dat mensen mij dingen vertellen die ze elders niet kwijt kunnen. Terwijl ik eigenlijk niets bijzonders doe, behalve er zijn, openstaan en luisteren."



4

"In het therapeutenoverleg probeer ik het belang van kleine dingen onder de aandacht te brengen. Zoals een patiënt die zegt: 'Het doet me deugd als de verpleegkundige 's ochtends gewoon even bij ons zit met een koffie en de krant. Dat babbeltje, dat miste ik in de buitenwereld.' Ik merk dat die kleine dingen vaak meer betekenen dan we denken."



5

"Elke maandag begeleid ik twee groeps gesprekken: de bruggroep en de herstelwerkgroep. De herstelwerkgroep is een kwetsbare plek waar we tot iets verbindends komen. We praten over herstel, over wat kracht geeft, over emoties. Maar vooral: we zijn samen. Je voelt dat mensen zich herkennen in elkaar en dat dat al heel wat is. Dat er ruimte is om samen stil te staan, zonder druk, zonder oordeel."

MAARTEN VANDEVELDE WERKT ALS ERVARINGSDESKUNDIGE IN DE PSYCHOSEZORG. HIJ COMBINEERT ZIJN PERSOONLIJKE GESCHIEDENIS MET PROFESSIONELE INZET, EN GEEFT VANUIT ZIJN EIGEN ERVARINGEN BETEKENIS AAN HET HERSTELPROCES VAN ANDEREN.



3

"Onlangs mochten we een nieuwe ruimte in gebruik nemen voor het MENS-huis. MENS staat voor: Met Ervaring Naar Samenwerking. Het is een plek waar iedereen welkom is: patiënten, collega's, vrijwilligers. We zijn met twee ervaringsdeskundigen in dienst, maar er is ook een team van een tiental vrijwillige ervaringswerkers. We hebben een infotheek met informatie over activiteiten, sociale initiatieven, lotgenotengroepen. Wil je praten, dan praten we. Wil je zwijgen, dan zwijgen we samen."



6

"Als je weet wat iemand heeft meegemaakt, kijk je anders. Niemand staat los van wat hem overkomt. Heel vaak wordt gedrag veroordeeld. Maar als je het verhaal kent, dan begrijp je wat eronder zit. Dan zie je geen 'moeilijke mens', maar iemand die probeert te overleven. Ik ben iedere dag opnieuw verbaasd door de veerkracht van mensen."



IN ELK NUMMER VAN AFRIT 8 HEBBEN WE EEN GESPREK BIJ EEN KOP KOFFIE. DEZE KEER PRATEN WE MET JOHAN TIELENS. ZIJN ZOON HEEFT EEN PSYCHOTISCHE KWETSBAARHEID. JOHAN ENGAGEERT ZICH IN DE FAMILIERAAD VAN PZ ONZELIEVEVROUW, IN HET NETWERKCOMITÉ GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG NOWE EN IN DE STUURGROEP VAN 'DE STEM'.

"Ik studeerde Economie, maar ging meteen na mijn studies in 1977 werken bij Release Hasselt. Ik woonde toen nog in Limburg. Release was een Jongerenadviescentrum. Ik werkte er vijftien jaar en ik ben er vandaag nog altijd voorzitter van. We hadden daar in de jaren tachtig ook een werkgroep psychiatrie, die ik begeleidde. We ontmoetten er mensen met een psychische kwetsbaarheid, vaak met negatieve ervaringen in de klassieke psychiatrie.

Zo kwam ik al vroeg in contact met mensen in crisis. Aan de ene kant verzetten we ons tegen de klassieke psychiatrie, maar aan de andere kant moesten we zelf soms de burgemeester inschakelen voor een gedwongen opname. Ik herinner me nog goed hoe moeilijk dat was. Mijn vrouw en ik adopteerden in 2008 twee kinderen uit Ethiopië, waar hongersnood en armoede heersten. Yohanes was vijf jaar toen we hem gingen halen, zijn zus Bethlehem tien. Beide kinderen waren analfabeet toen ze hier aankwamen. Bethlehem legde een ongelooflijk traject af: ze behaalde haar bachelordiploma en werkt nu in de accountancy.

Voor Yohanes was de start moeilijker. Hij was zwaar ondervoed. Dat had allicht een effect op de hersenontwikkeling. Zijn moeder zette hem als peuter aan het weeshuis af en kwam nooit terug. Hij heeft geen afscheid kunnen nemen. Ik denk dat daar de oorsprong van zijn trauma's ligt."

DE EERSTE CRISIS

"Op zestienjarige leeftijd kreeg Yohanes zijn eerste psychose, na een slechte ervaring met LSD. Hij was in contact gekomen met een jongen die hem eerst pestte en hem later in contact bracht met skaten en drugs. De gevolgen waren ernstig. Yohanes werd op straat gevonden, de politie bracht hem thuis. Daarna volgde de eerste behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie van AZ Sint-Lucas. Hij kreeg er medicatie en stopte met drugs. Hij werd ernstig genomen en hij voelde zich gehoord.

Toch was daarmee het leed niet geleden. Er volgde een lange reeks van opnames, behandelaars en voorzieningen. Hij kwam

"Ik bewonder de inzet, de betrokkenheid, de capaciteiten en de vriendelijkheid van de medewerkers"

terecht op de Eenheid voor Psychiatische Spoedinterventie (EPSI), in PZ Onzelvevrouw, in de dagkliniek, bij het Mobiel Crisisteam, bij Covias. Zo zag hij in zes jaar tijd maar liefst acht verschillende psychiaters. Dat is toch niet duurzaam voor de continuïteit van zijn behandeling. En meer nog: sommige psychiaters heb ik zelf maar één keer gezien. Toch waardeer ik veel aspecten van de zorg. Het Mobiel Crisisteam, dat is fantastisch. Mensen die twee keer per week thuiskomen, luisteren, meedenken, ook voor ons als ouders. Ook Covias speelt een sleutelrol. Een medewerker zei me op een dag: 'Je legt te veel druk op je zoon.' Dat was eerst confronterend voor mij. Maar het klopte wel: ik wou graag dat Yohanes een diploma behaalde of werk vond. Ik was bang voor zijn toekomst. Maar ik besepte dat die druk van mij hem niet hielp.

In PZ Onzelvevrouw leerde ik het systeem van Open Dialoog kennen. Dat is het beste wat we meegemaakt hebben. We zitten dan samen in een kring met Yohanes, zijn individuele begeleider, de psycholoog, een verpleegkundige, een maatschappelijk werker en iemand van Covias. Iedereen spreekt vrijuit. Ik bewonder wel de inzet, de betrokkenheid, de capaciteiten en de vriendelijkheid van al de medewerkers van Afdeling 21 van PZ Onzelvevrouw, waar Yohanes momenteel verblijft.

Wat me opvalt, is de reflectie van Yohanes zelf. Hij zegt dan: 'Ik zit voor een rotsblok. Ik wil die opheffen, maar het lukt niet.' Of: 'Ik zie een muur voor mij. Die drukt op mijn buik.' Dat soort beelden gebruikt hij. Ik probeer daarop in te spelen. Ik heb hem voorgesteld: teken die rotsblok. Zet er gezichten op, dieren, voorwerpen. Maak hem tastbaar. Dat helpt hem om zijn gevoelens te structureren.

BLIJVEN COMMUNICEREN

"Ik ben actief in de familieraad van PZ Onzelvevrouw en in het netwerkcomité geestelijke gezondheidszorg NOWE. Ik zeg er waar het op staat. Maar ik geef ook complimenten aan de hulpverleners. Ik geloof in betrokkenheid van familie. Daarom zit ik ook in de stuurgroep van 'De Stem' en engageer ik me in Similes.

Je moet blijven communiceren. Mijn vrouw en ik gaan elke dag op bezoek. Ik zie het als mijn missie. Ik wil hem helpen, hem begeleiden. Soms gaat het mij allemaal te traag. Veel therapie komt op mij over als iets te vrijblijvend. Hij mist af en toe een therapie of een gesprek met de psycholoog omdat hij die afspraken vergeet. Dan vraag ik me af: waarom is er niemand die hem aanspoort dat hij moet gaan? Ik vrees soms ook dat er te weinig gebeurt met de trauma's uit zijn verleden. Toch geloof ik in het potentieel van onze zoon. Hij is intelligent. Hij schrijft mooie teksten. Hij maakt muziek. Hij ziet de dingen anders. Dat kan ook een talent zijn. Niet iedereen hoeft in een bank of een fabriek te werken.

De toekomst is onzeker. Hij leeft in het nu. Een uur verder, dat bestaat niet. Maar vorige week zei hij voor het eerst: 'Ik zou wel schilder willen worden.' Dat is nieuw. Ik blijf hoopvol. Ik denk dat zijn hersenen nog kunnen herstellen. Hij is 22 jaar nu. Wetenschappers zeggen dat de hersenen rijpen tot 26 of zelfs 30 jaar. Hij krijgt zeer professionele ondersteuning in PZ Onzelvevrouw. Hij kan nergens beter zijn. We blijven elke dag warmte en aandacht geven. Misschien komt het nooit helemaal goed. Dat beseft ik. Maar elke stap vooruit is een stap in de goede richting."

"Iedereen is hier belangrijk"

"Na de hotelschool werkte ik een tijdlang in Maximiliaan van Oostenrijk, een restaurant in Brugge. Eerst als hulpkok, later als chef-kok. Maar toen ons tweede kindje op komst was, begon ik na te denken over een plan B. Ik was altijd aan het werk als mijn kinderen thuis waren. Wou ik dat?"

Ik volgde dan een opleiding grootkeuken. Ik werkte in schoolkeukens en in een woonzorgcentrum, tot ik in 2020 de kans kreeg chef-kok te worden in PTC Rustenburg. Ik deed dat vijf jaar, waarna ik in 2024 solliciteerde voor de functie van diensthoofd voeding in PZ Onzeliëvrouw.

Koken doe ik vandaag niet zo vaak meer, behalve thuis. Maar ik kan ook geen vier uur aan een stuk aan een bureau zitten. Ik probeer veel bij het team in de keuken te zijn. Ik vind dat belangrijk. Er werken hier 32 mensen: koks, keukenmedewerkers, een diëtiste en chauffeurs. Het is een grote ploeg.

Qua maaltijden hecht ik veel belang aan variatie. Voor sommige mensen mag het elke dag vlees, groente en aardappe-

len zijn, veel anderen willen wel eens iets anders. Ik probeer graag nieuwe dingen uit. Dit vergt wel een extra inspanning van de koks.

De keuken is de plek waar ik me goed voel. Net als veel koks blijf ik graag op de achtergrond. Ik ben geen roeper of tafelspringer. Toch is het fijn dat we geregeld waardering krijgen. Als mensen zeggen dat ze het lekker vonden, wijs ik altijd naar de medewerkers. Zij hebben het klaargemaakt.

Ik ben ondertussen vader van drie kinderen: 13, 11 en 4 jaar. Onze weekends zijn goed gevuld. Toen ik in het restaurant werkte, ging het gezinsleven grotendeels aan mij voorbij. Nu gelukkig niet meer. Ik ga ook vaak lopen. Vier tot vijf keer per week. Ik liep al enkele marathons. Lopen is voor mij ook mentaal belangrijk. Na een drukke dag zegt mijn vrouw soms: ga maar eens lopen. En dat helpt echt."

Hendrik Hostens, diensthoofd voeding