

# AFRIT 8

bpost  
PB-PP  
BELGIE(N) - BELGIQUE

DRIEMAANDELIJKS MAGAZINE VAN HET PZ ONZELIEVEVROUW BRUGGE  
MAART, APRIL, MEI 2021  
JAARGANG 6, NUMMER 1 - WWW.PZONZELIEVEVROUW.BE  
P808227



## MENSEN. ANDERS BEKEKEN

### INTERVIEW

dr. Femke Wijnendaele  
psychisch kwetsbare jongeren in  
coronatijd

---

### INTERVIEW

dr. Mario Puystjens  
afscheidsinterview

---

### OP DE KOFFIE

Het verhaal van Femke





## REPORTAGE

"Een unieke kans voor  
initiatieven waar we  
100 procent in  
geloven"  
p. 4



## INTERVIEW

"Voor psychisch kwetsbare  
jongeren zijn deze  
coronatijden  
extra zwaar"  
p. 7



Kwaliteitszorg  
in de praktijk  
p. 14



## OP DE KOFFIE

"Ik groei elke dag"  
p. 10



## INTERVIEW

"We hebben meer  
verbinding nodig"  
p. 16

### COLOFON

REDACTIE:

Marc Vermeire, Tom Talloen, Birgit Icket en Caroline Vandierendonck  
i.s.m. Zorgcommunicatie.be

EINDREDACTIE:

Tom Talloen

LAY-OUT:

Tom Talloen

FOTOGRAFIE:

Tom Talloen, tenzij anders vermeld

DRUK:

Geert Daelman

AFWERKING:

Geert Daelman en De Variant van PZ Onzeliëevrouw

VRAGEN/OPMERKINGEN:

Cel communicatie en informatie, [cominfo@pzonzeliëevrouw.be](mailto:cominfo@pzonzeliëevrouw.be)

VU:

Dominique Gykiere, voorzitter vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu',  
PZ Onzeliëevrouw, 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@pzonzeliëevrouw.be](mailto:cominfo@pzonzeliëevrouw.be).



## “POSITIEVE DYNAMIEK”

De coronacrisis beheerst nu al een jaar ons leven. Momenten van hoop wisselen af met momenten van tegenslag en terugval. Het blijkt allemaal moeizamer te verlopen dan we met zijn allen gehoopt hadden. Op het ogenblik dat ik dit schrijf, moeten de algemene ziekenhuizen opnieuw extra plaats vrijmaken op de diensten intensieve zorg. En wie uitkeek naar een bevrijdende festivalzomer, moet alvast zijn ticket voor Rock Werchter nog een jaartje langer bijhouden.

Toch mogen we niet versagen. Het vaccinatieproces, hoe hobbelig ook, biedt uitzicht op betere tijden. Dat is maar goed ook. Voor ons allemaal, maar in het bijzonder voor de jonge mensen. Zij beleven immers een cruciale fase in hun leven. Een fase waarin ze volop in ontwikkeling zijn, hun eigen identiteit ontdekken, vriendschappen uitbouwen, levenskeuzes maken en relaties aangaan. Maar ook hier mogen we het niet te donker bekijken. Dr. Femke Wynendaele zet een en ander in perspectief in het interview in deze Afrit 8.

We werken in PZ Onzelvevrouw overigens volop aan een nieuw zorgprogramma voor jongeren. Deze doelgroep heeft specifieke noden die vragen om specifieke therapie en behandeling. In overleg met onze netwerkpartners investeren we de komende maanden in een zorgpad op maat. Ook al omdat de nood aan hulpverlening voor jongeren in de transitieleeftijd hand over hand toeneemt.

Het zorgprogramma voor jongeren is één van de pijlers waarin het ziekenhuis de komende tijd extra investeert. Andere pijlers zijn de High & Intensive Care (HIC-unit), de methodiek van Open Dialogue en de eengemaakte afdeling behandelaanbod voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid. De investeringen zijn vooral op het gebied van extra personeelsinzet. Het gaat om een dubbele beweging. Enerzijds realiseren we een beddenafbouw waardoor we elders meer medewerkers kunnen toewijzen. Anderzijds komt er dankzij het zorgpersoneelsfonds van de federale overheid ruimte voor extra handen op alle afdelingen. De werklastvermindering voor al onze medewerkers is meer dan welkom en heel terecht.

In deze Afrit 8 vindt u ook een afscheidsinterview met dr. Mario Puystjens. Hij herinnert zich de dynamiek en de vernieuwingsdrang van PZ Onzelvevrouw eind jaren tachtig, begin jaren negentig. En die cultuur, die schwing zoals hij het noemt, ontwaart hij nog altijd. “In het ziekenhuis hangt tot de dag van vandaag een positieve sfeer en dynamiek. Er heerst een gezond, zorgend klimaat.” Het is fijn om dat te horen van iemand die meer dan dertig jaar mee het beleid en het gezicht van het ziekenhuis heeft bepaald. We zetten de traditie vol energie en enthousiasme voort!

Marc Vermeire  
Algemeen directeur





# “EEN UNIEKE KANS VOOR INITIATIEVEN WAAR WE HONDERD PROCENT IN GELOVEN”

De komende maanden kan PZ Onzelvevrouw verspreid over de afdelingen 25 extra voltijdse equivalenten medewerkers inzetten. Een deel daarvan komt vrij door de afbouw van bedden, een ander deel is een ‘godsgeschenk’ uit het zorgpersoneelsfonds. Alle afdelingen krijgen wat meer ademruimte en werklastermindering. Tegelijk legt het ziekenhuis een aantal duidelijke accenten. We gingen praten met algemeen directeur Marc Vermeire en directeur patiëntenzorg Inge Vanthuyne.

***“Werklastvermindering maakt deel uit van ons beleidsplan en de middelen van het zorgpersoneelsfonds zijn hiervoor een godsgeschenk.”***  
**Marc Vermeire**

“Om de opstart van de High & Intensive Care (HIC-unit) vorig jaar mogelijk te maken, moesten we sowieso bedden afbouwen,” zegt Marc Vermeire. “Door de beddenafbouw kunnen we medewerkers toewijzen aan andere behandelprogramma’s. Enkele medewerkers staan nu effectief op de HIC-unit, maar lang niet allemaal, want op de crisisafdeling werkte al extra personeel. De resterende medewerkers willen we verdelen over alle afdelingen van het ziekenhuis. Maar we doen dat niet lineair. We kiezen ervoor om klemtonen te leggen en een aantal activiteiten prioritair te versterken.”

“Daarnaast is er het zorgpersoneelsfonds van de federale overheid. Dat fonds voorziet extra middelen voor meer handen aan bed. Het doel van deze versterking is om werklastermindering te realiseren.

Samengeteld kunnen we 25 extra voltijdse equivalenten inzetten. Dat is een enorme stap vooruit, een nooit geziene toevoeging van zorgpersoneel. We willen die verstandig inzetten.”

“Dat we bedden afbouwen, betekent overigens niet dat we snoeien in het behandelaanbod,” verduidelijkt Inge Van-

thuyne. “We voegen twee afdelingen samen: het residentieel behandelaanbod voor langerdurende psychosezorg en het residentieel behandelaanbod voor ouderen met een psychotische kwetsbaarheid. Samen vormen die binnenkort één gezamenlijke afdeling ‘behandelaanbod voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid’. Het aanbod op maat voor beide doelgroepen blijft overigens bestaan. Wel neemt de totale capaciteit af. Dat kan door meer in te zetten op resocialisatie. Lang verblijvende patiënten verhuizen nu sneller naar woonzorgcentra met een psychiatrische expertise of naar een of andere vorm van begeleid wonen. Dat kadert in de vermaatschappelijking van de zorg.”

“Een aantal patiënten zal kunnen verhuizen naar het PVT de Brugghe,” vult Marc Vermeire aan. “De vermaatschappelijking, die erop gericht is om mensen niet langer dan nodig in het ziekenhuis te houden, werpt vruchten af. Mee dankzij de inspanningen van Covias, het samenwerkingsverband voor de organisatie van een aanbod langdurige zorg en activering in onze regio. We blijven trouwens investeren in een uitbreiding van de mobiele teams van Covias.”

### AANBOD OP MAAT VOOR JONGEREN

25 VTE medewerkers een nieuwe plaats toewijzen op de diverse afdelingen, lijkt geen sinecure. “Gelukkig hebben we al ervaring met de herallocatie van medewerkers,” zegt Inge Vanthuyne. “We hebben eerder al afdelingen afgebouwd om nieuwe initiatieven mogelijk te maken. De geestelijke gezondheidszorg evolueert nu eenmaal voortdurend.



*Inge Vanthuyne en Marc Vermeire:  
"Samengeteld kunnen we 25 extra voltijdse  
equivalenten inzetten. Dat is een enorme stap  
vooruit, een nooit geziene toevoeging van  
zorgpersoneel."*



Elke medewerker die naar een andere afdeling verhuist, kan zelf haar voorkeur bekendmaken. Bij vorige herallocaties slaagden we erin om voor 95% van de medewerkers de eer-

ste keuze in te willigen. Ik streef ernaar om ook deze keer maximaal rekening te houden met de wensen van de medewerkers. Die oefening zal tegen eind dit jaar rond zijn.



## EXTRA PERSONEELSINZET VAN 25 VTE

***“Elke medewerker die naar een andere afdeling verhuist, kan zelf haar voorkeur bekendmaken. Bij vorige herallocaties slaagden we erin om voor 95% van de medewerkers de eerste keuze in te willigen.”***  
**Inge Vanthuyne**

Ondertussen bouwen we geleidelijk aan de bedden capaciteit af.”

“De extra medewerkers van het zorgpersoneelsfonds worden verdeeld over alle afdelingen,” zegt Marc Vermeire. “Voor de herallocatie van medewerkers na de afbouw van bedden, hebben we prioriteiten bepaald.”

“Er zijn vier prioriteiten. De eerste was de HIC-unit. Dankzij de nieuwe HIC-unit kunnen we dwangmaatregelen op de crisisafdeling verder inperken. Hiermee bekrachtigen we onze visie als ziekenhuis voor een minimum aan vrijheidsbepalende maatregelen.

Een tweede prioriteit is de eengemaakte afdeling behandelplan voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Prioriteit drie is de versterking van de Open Dialogue, wat aansluit bij onze behandelvisie voor de psychose zorg. Open Dialogue wil de context – het gezin, de vrienden, de familie van de patiënt – nauwer betrekken door op geregelde tijdstippen open gesprekken te organiseren met hen, de patiënt en de hulpverleners van diverse disciplines. Dat betekent een enorme inzet van tijd voor alle betrokken disciplines. Daarom moeten we die versterken. Het loont ook. We constateren een hogere tevredenheid, zowel bij patiënten en hun context als bij de hulpverleners. Internationale onderzoeken bevestigen trouwens keer op keer dat Open Dialogue het verschil maakt in de psychose zorg. We trekken resoluut die kaart, helemaal volgens de principes van founding father Jaakko Seikkula.

De vierde pijler waar we op inzetten, is de jongerenwerking. Jongeren van 17 tot 23 jaar behoren tot een transitieleeftijd. Ze vallen tussen jeugd en volwassenen in. Vandaag worden zij samen met de volwassenen op één afdeling met een behandelplan voor mensen met een depressie en/of een persoonlijkheidsstoornis behandeld. Dat heeft voordelen: de ontmoeting van verschillende generaties werkt bevruchtend. Maar er zijn er ook nadelen: die jongvolwassenen hebben specifieke thema's, waaraan we meer aandacht willen besteden. We willen voortaan het beste van de twee werelden combineren. Er komt een apart, volwaardig behandelprogramma voor de jongvolwassenen. Dat we hiervoor kiezen, is geen toeval. We doen dat in overleg met de netwerkpartners. De noden op het vlak van jongerenpsychiatrie zijn groot en we willen ons steentje bijdragen.”

“De inzichten evolueren,” zegt Marc Vermeire. “Onlangs onderstreepte prof. Bruffaerts van de KU Leuven nog eens het belang van vroege interventie bij jongeren en zelfs bij kinderen voor bepaalde stoornissen. Een kwart van alle stoornissen bij de Belgische bevolking ontstaat voor de leeftijd van 14 jaar. Hoe sneller en hoe gericht de behandeling, hoe beter we ernstiger problemen op latere leeftijd voorkomen. Het loont echt de moeite om in deze groep van kwetsbare jongeren te investeren. We doen dat gezamenlijk met PTC Rustenburg en AZ Sint-Jan, die eveneens de nood hieraan voelen.”

### SPEERPUNTEN MEDEWERKERS

“Voor het extra personeel via het zorgpersoneelsfonds zijn we ondertussen volop nieuwe medewerkers aan het werven,” zegt Marc Vermeire. “Ook hier hebben we een aantal speerpunten. Zo willen we de psychologische functie sterker maken. We streven ernaar om op elke afdeling één VTE psycholoog te hebben. Zo kunnen we zowel individueel als in groep meer begeleiding aanbieden. De psychologen zijn vandaag overbevestigd. Naast hun therapeutisch werk zijn ze betrokken bij het afdelingsbeleid en in werkgroepen. Ze coachen ook teamleden. We willen meer ruimte scheppen voor hun klinische werk.”

“We creëren voor de therapeuten voorts een mobiele equipe. Als op een afdeling een therapeut door ziekte uitvalt, kan iemand van de mobiele equipe hem of haar meteen vervangen. Zo garanderen we een betere continuïteit van het therapieaanbod op elke afdeling,” zegt Inge Vanthuyne. “Een tweede speerpunt is het betrekken en begeleiden van de familie van patiënten. Hiervoor werven we extra maatschappelijk werkers aan.

Een derde pijler is de uitbreiding van de logistieke hulp. We willen logistieke taken zoveel mogelijk weghalen bij de verpleegkundigen, zodat zij zich optimaal kunnen toeleggen op hun verpleegkundige opdracht,” zegt Marc Vermeire. “Naast deze speerpunten, bepaald door het beleid, kan elke afdeling zijn eigen accenten leggen. Terwijl de ene afdeling de voorkeur geeft aan een extra verpleegkundige, verkiest een andere te investeren in een muziektherapeut. In de mate van het mogelijke houden we hiermee rekening. We geven elke afdeling een zekere mate van autonomie,” zegt Inge Vanthuyne.

“Dat we 25 VTE medewerkers extra kunnen inzetten op de afdelingen, is een unieke kans. We kunnen nu investeren in initiatieven waar we honderd procent in geloven. Tegelijk kunnen we op alle afdelingen de werklast verminderen. Ook dat is meer dan welkom. Werklastvermindering maakt deel uit van ons beleidsplan en de middelen van het zorgpersoneelsfonds zijn hiervoor een godsgeschenk.”





## “VOOR PSYCHISCH KWETSBAARE JONGEREN ZIJN DEZE CORONATIJDEN EXTRA ZWAAR”

Jongeren zijn de grootste slachtoffers van corona, wordt weleens beweerd. Klopt dat?

En waarom is dat zo? Wat maakt jongeren extra kwetsbaar als het sociale leven plots helemaal aan banden wordt gelegd? We gingen het vragen aan psychiater dr. Femke Wynendaele.

**Dr. Femke Wynendaele:** Jongeren van 16 tot 24 jaar zijn in volle ontwikkeling op het vlak van identiteit en interpersoonlijke relaties. Ook op neurobiologisch vlak verandert er in die jaren veel. De hersenen zijn nog volop in ontwikkeling. Jongeren kennen bijvoorbeeld minder remmingen dan volwassenen, ze handelen meer impulsief, meer op gevoel. Ze zijn zoekende op het vlak van eigen identiteit en hoe ze zich verhouden ten opzichte van anderen en de wereld. Ze stellen zich vragen over



**Dr. Femke Wynendaele: "Ook introverte jongeren hebben behoefte aan anderen, aan leeftijdsgenoten aan wie ze zich kunnen spiegelen. Iedereen wil tot een groep behoren."**

de toekomst en maken keuzes op het vlak van werk, studies en relaties. Dit gaat op zich al gepaard met onzekerheid. Een ondersteunende context en de mogelijkheid om zich te spiegelen aan anderen is cruciaal. Sinds de coronamaatregelen is dit niet meer zo vanzelfsprekend.

**De transitie naar volwassenheid is ook de periode waarop psychische kwetsbaarheid zich dikwijls voor het eerst manifesteert?**

Het klopt dat het grootste deel van de psychische stoornissen zich manifesteert voor de leeftijd van 25 jaar. De transitieleeftijd is een extra gevoelige periode. Bij psychotische en bipolaire stoornissen zien we in deze leeftijdsfase vaak een eerste episode optreden. Maar ook angststoornissen, depressie en ontwikkelingsproblematiek (ADHD, ASS) treden hier vaak voor het eerst op de voorgrond. Daarnaast is het een cruciale periode voor de ontwikkeling van onze persoonlijkheid. Op de afdeling behandelaanbod voor mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsstoornis zien we veel jongeren die op het vlak van emotieregulatie en

interpersoonlijke relaties vastlopen. Zij hadden of hebben dikwijls een moeilijke thuissituatie. Vaak is er een traumatische voorgeschiedenis of zijn er hechtingsbreuken in de opvoeding. Deze bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling kan de voorbode zijn van een persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd.

### **REALITEIT IS ZELDEN EENDUIDIG**

**Jongeren lijken de grootste slachtoffers van de coronacrisis en de strikte regels. Bij het jong-zijn hoort dat je ook af en toe met je hoofd tegen de muur kunt lopen, toch?**

Het is inderdaad de leeftijd waarop jongeren proberen, ondernemen, experimenteren. Ze zoeken, gaan relaties aan, bouwen vriendschappen, vatten hun studies aan. Dat is allemaal heel moeilijk in sociaal isolement. Dat geldt voor alle jongeren, maar voor jongeren die al kampen met emotionele problemen komt dit dubbel zo hard aan. In de media komt vaak aan bod hoe moeilijk het is voor volwassenen om het thuiswerk en het gezinsleven te

organiseren. Maar ook voor de jongere die al maanden thuis online les volgt samen met thuiswerkende ouders, is dit bijzonder moeilijk. Er is voor gezinnen nog weinig (adem)ruimte en zo komt het sneller tot een crisis.

**Als je identiteitsontwikkeling voor een jaar on hold wordt gezet, heeft dat gevolgen?**

Dat hangt af van de veerkracht en de context van de jongere. In een stabiele context zie ik minder gevaar op langdurige gevolgen. Voor kwetsbare jongeren ligt dat anders. Maar ik heb geen glazen bol. Sowieso zijn het voorbije jaar veel kansen verloren gegaan voor een goede, gezonde ontwikkeling. Er zullen extra middelen nodig zijn om de geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep te ondersteunen. De jeugdzorg, waaronder de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), wordt nu reeds overspoeld door aanmeldingen. Deze trend zal zich verderzetten, ook in de geestelijke gezondheidszorg.

**Sommige volwassenen vinden dat jongeren niet te veel moeten zeuren. Ze hebben nog heel hun leven voor zich.**

Sommige mensen hebben blijkbaar moeite om zich in te leven in die situatie. Onderschat de noden, maar ook de angsten van jongeren niet. Jongeren ervaren ook angst op besmetting of angst dat hun ouders of grootouders iets zou overkomen. Onlangs sprak ik met een jonge student die consulteerde door depressieve klachten nadat hij zijn beste vriend verloor en door de coronamaatregelen niet aanwezig kon zijn bij de herdenkingsdienst. Jongeren blijven met veel emoties zitten door het sociaal isolement.

**De samenleving moet zich wat gespleten opstellen, zoals ouders wel vaker moeten doen: iets verbieden, maar tegelijk begrip hebben als de regels soms overtreden worden?**



Ja, zelfs met strikte regels is de realiteit zelden eenduidig. Iedereen doet zijn best, maar hoe langer het duurt, hoe groter de frustraties. De media brengen spijtig genoeg vaak een weinig genuanceerd beeld van hoe jongeren met de maatregelen omgaan.

### PERSPECTIEF IS BELANGRIJK

*Introverte mensen hebben het minder lastig dan extraverte, hoor je soms. Klopt dat?*

Persoonlijkheidsfactoren kunnen zeker een rol spelen. Maar het is te kort door de bocht om te stellen dat alleen extraverte mensen nood hebben aan contact en samenkomen met vrienden. Ook introverte jongeren hebben behoefte aan anderen, aan leeftijdsgenoten aan wie ze zich kunnen spiegelen. Iedereen wil tot een groep behoren.

*Gaan we een nieuwe 'roaring twenties' tegemoet eens de druk van de ketel is?*

Dit is toch wat er nu lijkt te gebeuren in het 'virusvrije' Nieuw-Zeeland. De herwonnen vrijheid zal ook in Europa heel wat teweegbrengen, vermoed ik. We zullen nog even moeten afwachten wat de toekomst brengt.

*Heeft de coronacrisis een impact op de vragen en de problematieken in de consultaties?*

Onze collega's van de eerstelijnszorg zullen meer geconfronteerd worden met vragen en problemen die een rechtstreeks gevolg zijn van de coronacrisis. Ik denk aan een eerste depressieve episode of angstklachten. In ons ziekenhuis behandelen we patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Voor hen is de coronacrisis meestal geen rechtstreekse oorzaak van de psychische klachten, maar het kan zeker een trigger zijn voor een nieuwe crisis.

*In het begin van de coronacrisis heeft de hulpverlening even on hold ge-*

### ZORGPAD VOOR JONGEREN IN DE MAAK

Binnenkort introduceert de afdeling behandelaanbod voor mensen met een depressie en/of een persoonlijkheidsstoornis een programma op maat van jongeren. Dr. Femke Wynendaele: "De jongste jaren is er een toename van het aantal aanmeldingen van jongeren van 16 tot 24 jaar. Daarom willen we een aanbod op maat, dat rekening houdt met de specificiteit van de doelgroep. We werken aan een zorgpad Jongeren, waarin zowel diagnostiek, behandelaanbod als specifieke modules aan bod zullen komen. Ons huidig therapeutisch behandelaanbod kadert vooral binnen de dialectische gedragstherapie. Voor het zorgpad Jongeren willen we hier Attachment Based Family Therapy (ABFT) aan toevoegen. ABFT is een vorm van systeemtherapie/familietherapie, die zich richt op het herstel van hechtingsrelaties, voornamelijk tussen de jongere en een ouderfiguur.

Waarom het aantal aanmeldingen van jongeren met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) toeneemt, is niet helemaal duidelijk. We slagen er zeker in om de problematiek sneller op te sporen. Bovendien zit de zogenaamde transitiepsychiatrie in een stroomversnelling. Niet alleen bij ons, maar in alle regio's. Ongetwijfeld speelt ook de maatschappelijke druk een rol. De samenleving is veeleisend, wat zorgt voor decompensatie op vroegere leeftijd. Tegelijk is er meer aandacht voor."

*staan. Daarna is de continuïteit voortdurend gegarandeerd?*

In het begin was het inderdaad wat zoeken naar alternatieve mogelijkheden, zoals videoconsult of telefonische consultaties. Bij de ene patiënt lukte dat al wat beter dan de andere. Toch kan een online consultatie nooit het persoonlijke contact tussen psychiater en patiënt vervangen. Het is voor even gelukt, maar het hoefde niet veel langer te duren. Een face-to-face contact geeft heel wat meer informatie en is belangrijk voor de therapeutische relatie. Ik geloof wel in online hulpprogramma's en apps als bijkomende ondersteuning, bijvoorbeeld een stemmingsdagboek of een mindfulness-app.

*Door corona blijven veel crisissituaties de afgelopen maanden verborgen achter de gevels: partnergeweld, kindermisbruik... Vreest u daarvoor?*

Dat zal ongetwijfeld zo zijn. Mensen zijn nog prikkelbaarder dan anders. Gezinnen of koppels waar het niet goed liep, hebben het nu allicht nog

veel moeilijker. De stap naar de hulpverlening was in de eerste fase van de coronacrisis ook niet zo simpel.

*Hebt u de impact daarvan gemerkt meteen na de eerste, strenge lockdown in het voorjaar 2020?*

Er waren toen vooral veel aanmeldingen in de psychosezorg. Ook meer gedwongen opnames, vaak voor een combinatie van psychose en druggebruik. Op de afdeling behandelaanbod voor mensen met een depressie en/of een persoonlijkheidsstoornis was er op dat moment eveneens een piek. Voor een deel door corona, maar vooral door uitgestelde zorg omwille van corona. Net zoals de algemene ziekenhuizen toen ervaren hebben.

Vandaag kunnen we optimistischer zijn. De vaccinatie is volop bezig en dat biedt perspectief. De coronacrisis heeft ons als maatschappij en als individu sterk onder druk gezet. Maar perspectief is belangrijk voor ons psychisch welzijn, en dat hebben we nu. Gelukkig maar.



In elk nummer van Afrit 8 hebben we een gesprek bij een kop koffie. Deze keer praten we coronaproof via de telefoon met Femke De Herckenrode.



## “IK GROEI ELKE DAG”

“Ik ben zeer sociaal en vrolijk van natuur. Toch kamp ik al van in mijn pubertijd met depressies. Ik was 15 jaar toen de eerste depressie me overviel. Het was de start van een lastige periode. Op mijn 17 jaar ben ik bij mijn vader gaan inwonen. Mijn ouders zijn gescheiden. Kort daarna ben ik alleen gaan wonen. Ik kreeg betalingsproblemen, moest me tot het OCMW wenden en kwam van de regen in de drop.

Vandaag ben ik 23 jaar en alleenstaande moeder met een dochtertje van 2 jaar. Een tijd geleden ben ik in de regio

Brugge komen wonen. Ik ben oorspronkelijk van Gent. Ik wou wat afstand nemen, maar tegelijk contact houden met mijn papa die in deze streek een vriendin heeft. Het ging niet van een leien dakje in Brugge. Ik heb tijdelijk onderkomen moeten zoeken in de jongerenopvang.

Na de bevalling van mijn dochtertje had ik een postnatale depressie. Ik ging bij een psycholoog in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Ik kon het allemaal niet alleen aan.

## OP DE KOFFIE MET FEMKE DE HERCKENRODE

Uiteindelijk ben ik in AZ Sint-Lucas beland, waar ik een batterij testen onderging. De diagnose was hard, maar kwam niet onverwacht. Borderline en posttraumatische stressstoornis. Ik had al langer door dat ik anders was. Het was zelfs een geruststelling te weten dat er een naam voor bestaat. Alsof mensen me nu plotseling beter zouden begrijpen.”

### AANHALEN EN AFSTOTEN

“Ik worstel vooral met stemmingswisselingen. Ik kan heel blij en opgetogen zijn en plots kan dat volledig omslaan. Zomaar uit het niets. De ene keer ben ik een vat vol emoties, de andere keer voel ik helemaal niets. Ik heb lang mijn problemen weggelachen. Mensen begrepen dat niet, maar het was mijn manier om met moeilijkheden om te gaan. Dat botste op onbegrip en vrienden lieten me vallen. Dat lag ook wel aan mij. Soms haal ik mensen heel erg aan, maar daarna stoot ik ze weer af. Het is niet slecht bedoeld. Ik reageer soms veel te impulsief.

Na de diagnose in AZ Sint-Lucas werd ik verwezen naar PZ Onzelvevrouw. Ik kwam hier aan in maart 2020, in volle coronacrisis. Het was een vreemde belevenis. De eerste dag ben ik de hele tijd op mijn kamer gebleven. Behalve om een sigaretje te roken. Ik ben ondertussen gestopt met roken.

De diagnose werd in PZ Onzelvevrouw vrij snel bevestigd, maar ik had helemaal geen zin in therapie. Toch viel het leven op de behandelafdeling best wel mee. We mochten door corona niet samen met de andere patiënten eten, maar ik kende enkelen van hen en ik had er een goede band mee. Ook de zorgverleners waren best oké, al had ik met de ene een betere band dan met de andere.

Natuurlijk wou ik deze opname niet. Maar achteraf ben ik blij dat het gebeurd is. Ik heb er veel aan gehad. Hier hebben hulpverleners naar mij geluisterd. Ze waren er voor mij.”

### PLEEGZORG

“In totaal ben ik 7 maanden in het ziekenhuis gebleven. Ik leerde er omgaan met mijn emoties en oefende sociale vaardigheden en crisisvaardigheden. De creatieve therapie vond ik niet zo leuk, ik ben nu eenmaal niet zo creatief ingesteld.

Corona maakte de opname extra moeilijk. Zeker de weken dat er geen bezoek toegelaten was. Ik zie normaal gezien toch elke week iemand van mijn familie. Ik heb een goede band met mijn broer die 18 jaar is.

Tijdens mijn opname verbleef mijn dochttertje in een Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG). Overdag lijkt een CKG op een gewone crèche, maar de kinderen kunnen er blijven slapen. Ze was daar in goede handen. Af en toe kon ze naar mijn beste vriendin, die tevens haar me-

***“Ik heb goede en slechte momenten gekend in PZ Onzelvevrouw. Maar het was nodig. Ik zat diep.”***

ter is. Drie maanden lang heb ik mijn dochttertje niet kunnen zien. Ik miste haar enorm.

Tijdens mijn verblijf in het ziekenhuis is de procedure voor pleegzorg opgestart. Ik wou dat niet, maar wat doe je eraan... Uiteindelijk ben ik wel tevreden met de oplossing. Mijn beste vriendin, de meter van mijn dochttertje, neemt de pleegzorg op zich. Ik voel me heel opgelucht daarover. Ik kan altijd opbellen of chatten of op bezoek gaan.”

### TOEKOMSTROMEN

“Op dit ogenblik voel ik me een stuk beter. Ik ben eind oktober vorig jaar ontslagen uit het ziekenhuis. Ik ben nu in een project van de VDAB gestapt. We krijgen in groep informatie en coaching. We leren hoe we een cv moeten maken en hoe we ons kunnen voorbereiden op een sollicitatie. Ik wil heel graag werk vinden.

Vroeger wou ik diervoorzorg worden in Pairi Daiza. Het liefst bij de tijgers. Heerlijk lijkt me dat! Binnenkort mag ik solliciteren bij een lingeriewinkel. Ik wil er stage doen. Het zou een eerste stap naar werk zijn. Later kan ik nog altijd studies diervoorzorg aanvangen.

Ik heb een vriend. Hij heeft werk. Over een maand willen we samenwonen. We dromen ervan om samen een huis te kopen. We proberen te sparen hiervoor. Een klein huisje om zelf helemaal op te knappen. Ik wil ook zo snel mogelijk mijn rijbewijs halen. Dat vergroot mijn kansen op werk. En we willen dolgraag samen een kindje.

Ik heb goede en slechte momenten gekend in PZ Onzelvevrouw. Maar het was nodig. Ik zat diep. Ik wou alles opgeven. Ik heb doorgezet voor mijn dochttertje en voor mezelf. Het was een hard gevecht met mezelf. Het begrip van medepatiënten en hulpverleners heeft me kracht gegeven. Ik voel dat ik op het goede spoor ben nu. Ik heb met een bang hartje het ziekenhuis verlaten, maar ik groei elke dag.

Geregeld komt Ellen van de sociale dienst nog op bezoek om te zien hoe het met me gaat. Dat vind ik wel leuk. Sociaal contact doet me goed. Ellen geeft me ook tips. De band met PZ Onzelvevrouw is dus nog niet helemaal doorgesnipt, maar ik voel me hoe langer hoe meer op eigen benen staan. En dat voelt goed.





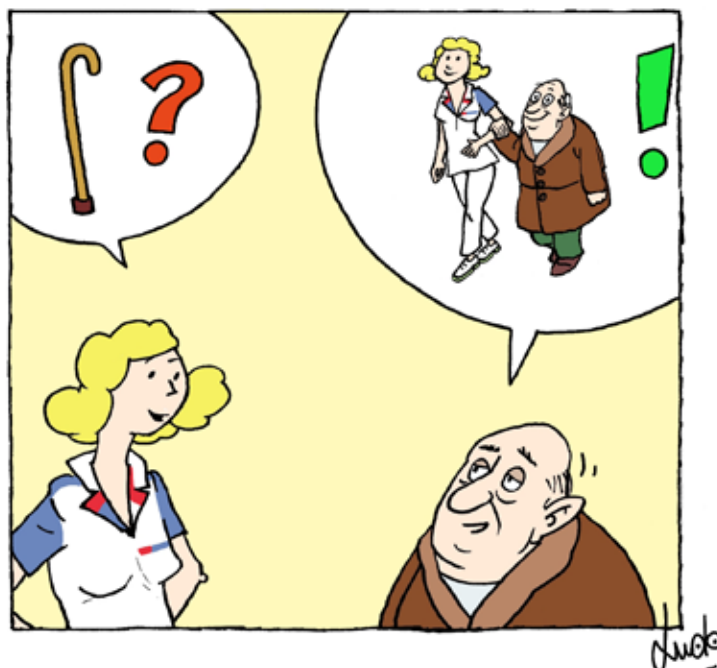
## MEER DAN 500 MEDEWERKERS LATEN ZICH VACCINEREN

Begin maart kregen alle ziekenhuismedewerkers de kans om zich te laten vaccineren. Om en bij de 500 collega's kregen op 2 dagen tijd hun eerste prik toegediend door een collega-verpleegkundige. Alles verliep vlekkeloos en we haalden een vaccinatiegraad van 85%. Afhankelijk van het type vaccin was/is de tweede prik voorzien voor eind maart en eind mei. Begin april kregen ook onze patiënten hun eerste prik.

werken met  
mensen  
anders bekeken

## BEKIJK ONZE VACATURES

PZ Onzelvevrouw is voortdurend op zoek naar nieuwe medewerkers, die dagdagelijks instaan voor het welzijn van onze patiënten. Dit kan in de rechtstreekse zorg, of in een ondersteunende functie. Bekijk ons vacatureaanbod en profiempje op [www.pzonzelvevrouw.be/jobs](http://www.pzonzelvevrouw.be/jobs) of via onderstaande QR-code.



## opties valpreventie

### PERSONALIA

#### IN DIENST

29/03 Dumez Ruth, groepsbegeleider Afdeling 42  
 08/03 Perneel Anna, Logistieke hulp Afdeling 52  
 05/03 Vanmaele Liesbeth, Creatief therapeut Afdeling 22  
 01/03 Deryckere Lies, Maatschappelijk werker, Afdeling 41  
 Ingels Bianca, Schoonmaak  
 Cortvriendt Xena, Schoonmaak  
 Ymke Snauwaert, personeelsdienst  
 22/02 Nachtergaele Els, ergotherapeut De Variant  
 01/02 Bruneel Leen, verpleegkundige Afdeling 52  
 Vermeersch Yana, verpleegkundige Afdeling 51  
 Dewulf Céline, Logistiek assistente Afdeling 31 en Afdeling 52  
 Sierens Tine, Verpleegkundige Afdeling 41  
 Georgopolis Jonah, verpleegkundige Afdeling 21  
 18/01 Cruz Dieryck, Itza, medewerker schoonmaak  
 04/01 Schraeyen Melissa, verpleegkundige nacht PVT 1&2  
 Bonkcaert Wim, Ergotherapeut De Variant  
 Vanhaute Bert, verpleegkundige Afdeling 32  
 Verkarre Eva, verpleegkundige nacht Afdeling 42  
 Binar Maria, medewerker schoonmaak  
 Watteny Anje, medewerker schoonmaak

#### UIT DIENST

04/04 Dupuis Anne-Sophie, Covias  
 31/03 Rodrigues Karine, Ergotherapeut Afdeling 51  
 05/03 Vandousselaere Katrien, voedingsdienst  
 28/02 Thijs Liesbeth, Verpleegkundige PVT 1&2  
 22/02 Vermeulen Fabrice, verpleegkundige Afdeling 21-  
 Nacht  
 21/02 Gouwy Heleen, creatief therapeut Afdeling 22  
 31/01 Maertens Billie, Logistieke hulp Afdeling 42  
 Blomme Wim, Begeleider MCT Brugge  
 De Palmenaer Leen, Therapie assistent De Variant  
 22/01 Binar Maria, medewerker schoonmaak  
 08/01 Traen Mathilde, medewerker personeelsdienst  
 Ploegaert Nicky, medewerker schoonmaak  
 Van Den Herreweghe Els, apotheker  
 03/01 Gök Didem, Groepsbegeleider PVT 1&2  
 31/12 Dierickx Thaïs, medewerker voedingsdienst  
 Vanhove Nathalie, verpleegkundige Afdeling 51  
 Vankeirsebilck Silke, ergotherapeut Afdeling 20  
 Verhaeghe Nathalie, verpleegkundige Afdeling 32  
 Weidemann Elien, Logistieke hulp Afdeling 32  
 Geldhof Jarne, medewerker voedingsdienst



## INDICATOREN MAKEN ALLES MINDER VRIJBLIJVEND

Steeds beter worden, gaat niet vanzelf. De accreditering van het ziekenhuis heeft veel in gang gezet. Die dynamiek wil PZ Onzelievevrouw warm houden. Om de verschillende verbetertrajecten nog beter op te volgen, is er de kwaliteitsindicatorfiche. "Die heeft vooral een signaalfunctie," legt Joeri Alleweireldt uit. Hij is stafmedewerker Kwaliteitszorg en Accreditatie.



*"Zicht krijgen op hoe het loopt en waar we staan: dat is de essentie van de kwaliteitsindicatorfiche."*

*Joeri Alleweireldt - stafmedewerker kwaliteit en accreditatie*

"We werken sinds een jaar met de kwaliteitsindicatorfiche," zegt Joeri Alleweireldt. "Dat kadert in ons streven naar een accreditering. We hebben verschillende verbetertrajecten op de sporen gezet. We willen die trajecten van nabij opvolgen. Niet om medewerkers of afdelingen te controleren, wel om te zien of de inspanningen die we met zijn allen leveren effectief resultaat geven. Slagen we erin om te doen wat we zeggen dat we doen?"

Om die opvolging mogelijk te maken, hebben we een set indicatoren uitgewerkt. Op regelmatige tijdstippen meten we die indicatoren en geven we feedback aan de afdelingen. Dat gebeurt met de kwaliteitsindicatorfiche.

De indicatoren omhelzen zes grote thema's: agressiepreventie, hand- en ziekenhuishygiëne, medicatiebeheer, suïcidepreventie, valpreventie en zorgcommunicatie. Onder dat laatste thema valt het zorgdossier, maar bijvoorbeeld ook de ontslagbrieven. Op die zes thema's werken we intensief met verschillende werkgroepen."

### INTERPRETATIE BELANGRIJK

"Het belang van de indicatoren is groot, maar mag ook niet overschat worden," nuanceert Joeri. "Elke indicator heeft een signaalfunctie: hij vertelt of we een bepaald resultaat behalen of niet. De indicator vertelt evenwel niets over de oorzaak van het al dan niet behalen van een doelstelling. De interpretatie van de kwaliteitsindicatorfiche kan vaak verschillende kanten uit. Het is aan de werkgroep om uit te zoeken wat het achterliggende probleem is en hoe dat verholpen kan worden. Is er iets niet duidelijk afgestemd? Ontbreekt er logistiek iets? Lag onze doelstelling misschien te hoog?"

Een voorbeeld is het behandelplan. We verwachten dat elke afdeling binnen de vier weken na opname van een patiënt een goed uitgewerkt behandelplan heeft. Inclusief

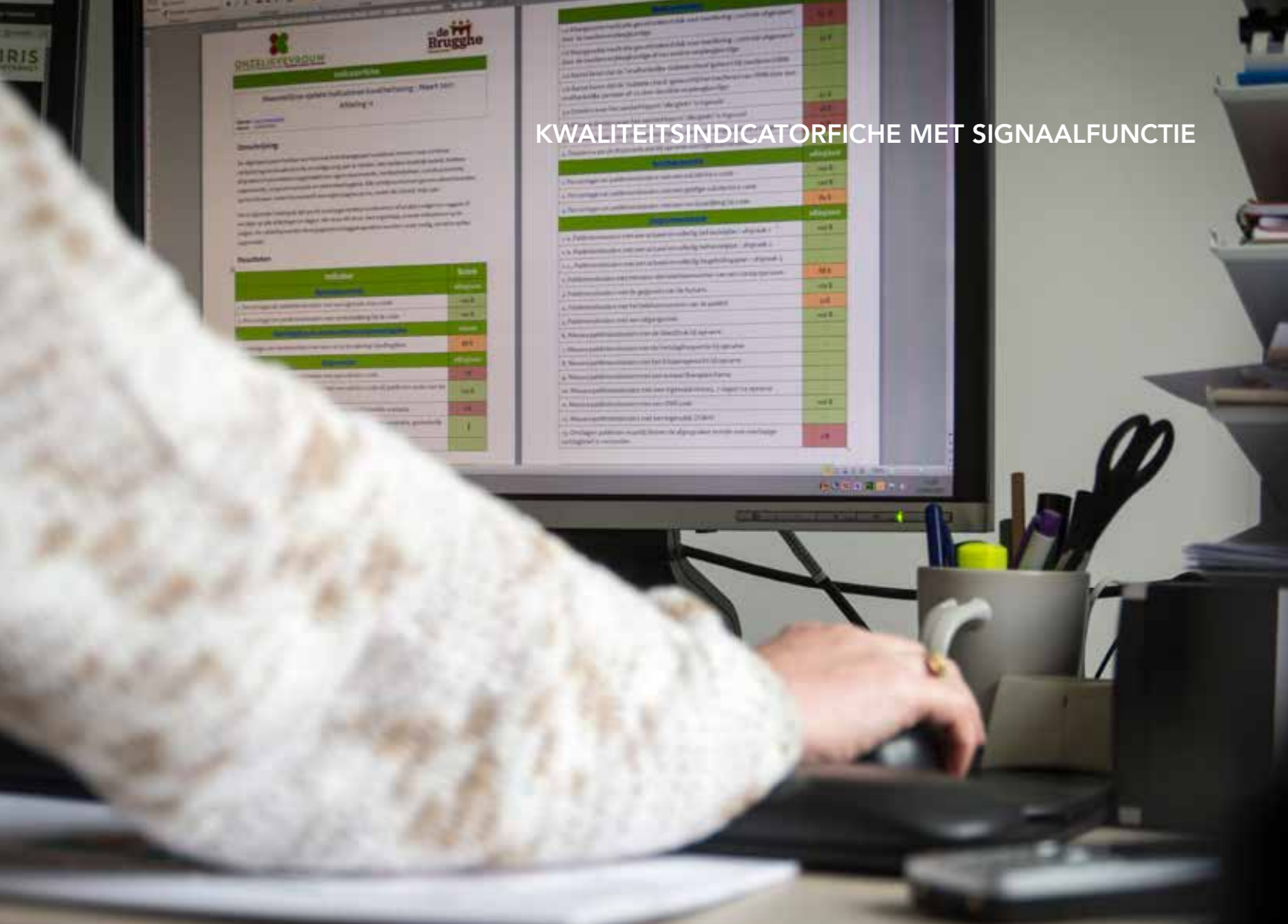
de reden van opname en de doelstellingen die in overleg met de patiënt worden bepaald. Door de ontwikkeling en opvolging van de indicator ontdekten we dat deze doelstelling voor dagafdelingen moeilijk te behalen is. Daarom zijn we in overleg gegaan met de afdelingen. Wat bleek? Voor een dagafdeling met zoveel patiënten is het gewoon niet haalbaar om altijd op vier weken het behandelplan klaar te hebben en te evalueren. De context is helemaal anders dan op een verblijfsafdeling. De lat lag dus te hoog. Elke doelstelling moet realistisch en haalbaar zijn en is bespreekbaar. Dit voorbeeld toont dat de kwaliteitsindicatorfiche in de eerste plaats een instrument is om te communiceren, om dingen bespreekbaar te maken."

### DE DINGEN DIE ERTOE DOEN

"Ondertussen zijn er ook indicatoren waarover minder discussie is," vervolgt Joeri. "Ik denk aan de opvolging van het beleid ter preventie van suïcide, agressie en valincidenten. Bij elke opname moet een risicotaxatie gemaakt worden. De indicator checkt of dat effectief gebeurt. Zo niet, dan kijken we hoe dat komt en hoe we het kunnen oplossen. Maar de doelstelling zelf staat hier niet ter discussie."

Zicht krijgen op hoe het loopt en waar we staan: dat is de essentie van de kwaliteitsindicatorfiche. De fiche helpt ons en de afdelingen om de dingen op te nemen die ertoe doen. We merken dat het werkt. Op sommige indicatoren hebben we op korte tijd heel wat vooruitgang geboekt. Ik denk onder meer aan het behandelplan en aan alle preventie-initiatieven. Ook op het gebied van handhygiëne hebben we stappen vooruitgezet. De coronacrisis heeft nog eens het belang hiervan onderstreept. Meer dan vroeger checken we of maatregelen haalbaar zijn en doelstellingen behaald worden. De indicatoren maken het allemaal wat minder vrijblijvend. Zo slagen we er samen in om steeds hogere kwaliteitsnormen te behalen."





## KWALITEITSINDICATORFICHE MET SIGNAALFUNCTIE



### “MEER EN MEER DATA OM BELEID OP TE BOUWEN”



**Anne Vanhoutte-  
Datamanager**

Anne Vanhoutte is datamanager. Zij haalt de gegevens voor de kwaliteitsindicatorfiche uit diverse registraties van artsen en zorgmedewerkers in het Obasi-patiëntendossier.

“Vandaag kunnen we uit de data in het patiëntendossier al veel relevante informatie halen,” zegt Anne Vanhoutte. “En veel meer in detail dan vroeger. We kunnen data op afdelingsniveau geven, maar indien nodig zelfs nog meer gericht, tot op het individu.

Wat de kwaliteitsindicatoren betreft, kunnen we nagaan of iets gebeurd is, maar ook wanneer en hoe. Verpleegkundigen registreren alle handelingen in het dossier. Artsen registreren DSM IV, Honos, DNR-code en maken opname- en ontslag brieven binnen de afgesproken termijn. Op die

manier verbeteren we de kwaliteit van dienstverlening voor patiënten en verwijzers.

Dat we maandelijks een overzichtelijke fiche maken, laat toe om alle indicatoren van nabij op te volgen. Het afdelingsbestuur ziet heel snel het resultaat van verbeteracties. Dat stimuleert om nog beter te doen.

Meer en meer kunnen data het beleid van het ziekenhuis sturen. Dat gebeurt stap voor stap. We zouden kunnen opteren om nog meer indicatoren op te volgen, maar het moet haalbaar blijven. We willen artsen en verpleegkundigen niet opzadelen met nog meer registraties. We maken zoveel mogelijk gebruik van de gegevens die we al beschikbaar hebben, onder meer door de verplichte registraties van de overheid.

Ook voor benchmarking met andere ziekenhuizen gebruiken we data. Zo bespreken we jaarlijks met alle ziekenhuizen van de provincie de evoluties in de gedwongen opnames. Hoe meer relevante gegevens we kunnen verzamelen, hoe beter het ziekenhuis zijn beleid hierop kan bouwen.”



## “WE HEBBEN MEER VERBINDING NODIG”



Eind april neemt dr. Mario Puystjens afscheid van PZ Onzeliëvrouw. Samen blikken we terug op een bewogen periode vol veranderingen. “Er broeide wat in Brugge en dat voelde ik als jonge psychiater. Er zat schwing in en ik was blij om daar deel van uit te maken.”

***“In het ziekenhuis hangt tot de dag van vandaag een positieve sfeer en dynamiek. Er heerst een gezond, zorgend klimaat. Dat stamt nog uit de tijd toen de zusters de plak zwaaiden.”***

Dr. Mario Puystjens begon zijn loopbaan als psychiater in 1986. Drie jaar later trad hij in dienst bij PZ Onzelvevrouw. “Vandaag zijn er veel vacatures voor psychiaters, maar toen ik afstudeerde, was dat anders. De eerste jaren combineerde ik verschillende parttimebanen. Ik werkte onder meer voor twee welzijnsvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking, deed thuisconsultaties, werkte mee als deskundige voor justitie, was verbonden aan een polikliniek aan de kust en gaf les aan de verpleegschool. Ik kwam in het PZ Onzelvevrouw op een sleutelmoment. Tot dan werkten alle psychiaters op de opnameafdeling. Het ziekenhuis besliste om geleidelijk te evolueren naar een psychiater per afdeling en om te specialiseren. Hiervoor was een extra arts nodig. Dat was mijn kans. Ik begon op de opnameafdeling voor psychozorg, maar ik kwam ook op een kortverblijfsafdeling, een verblijfsafdeling en twee afdelingen voor dagpatiënten. Er was verder de neurofysiologie, wat ik samen met een collega deed. Het streven naar een heldere opdrachtverdeling was nog pril, er was nog een weg te gaan.

De situatie was trouwens helemaal anders dan nu. De verblijfsafdeling Sint-Antonius telde toen 65 bedden. Dat is vandaag ondenkbaar. De afdeling kortverblijf had 45 patiënten. Ook de infrastructuur was niet vergelijkbaar. Patiënten sliepen vaak met vier of vijf op een kamer. Er waren slaapruintes met chambrettes en een totaal gebrek aan privacy. Er was een tekort aan badkamers. De brandveiligheid liet te wensen over. Af en toe was er een klein brandje zonder veel erg, maar één keer was er een uitslaande brand op de afdeling Sint-Antonius. Gelukkig zonder slachtoffers. Maar je kan je die situatie vandaag niet meer voorstellen.

Toch was PZ Onzelvevrouw in die tijd al een voortrekker. Directeur patiëntenzorg Vera Lambert vormde toen een tandem met hoofdarts dr. Hubert Ronse. Dr. Ronse was een visionair man. ‘Er komt een tijd waarin elke afdeling maar 30 bedden telt,’ zei hij toen al. Geen mens die hem geloofde. Maar hij verlegde grenzen. Hij had al het PTC Rustenburg opgericht. In die tijd kon dat nog: één persoon die zo’n organisatie uit het niets opbouwt. Dr. Ronse was zijn tijd vooruit. En in Vera Lambert vond hij een medestander. Ook zij was een pionier. Ze begon als verpleegkundige, werd hoofdverpleegkundige, later directeur patiëntenzorg – als eerste leek – en uiteindelijk, in 1999, algemeen directeur. Vera zette mee de vermaatschappelijking in gang. Ze trok de kar van het Beschut Wonen. Ze pleitte voor kleinere afdelingen. Ja, er broeide wat in Brugge en dat voelde ik als

jonge psychiater. Er zat schwing in en ik was blij om daar deel van uit te maken. Ik juichte de veranderingen toe. Zoals toen we overstapten van een ‘dienstenstructuur’ naar een ‘divisiestructuur’, wat erop neerkwam dat de diverse disciplines veel nauwer gingen samenwerken. Ook al op aansturen van Vera Lambert.”

### ROETSJBAAN

Zelf was dr. Puystjens van 1994 tot 2007 hoofdarts. “Ik kijk met gemengde gevoelens op die periode terug,” vertelt hij. “Het was enorm boeiend, maar erg zwaar. Een leidinggevende opdracht in een ziekenhuis is geen sinecure. Het zorglandschap verandert voortdurend, er komen steeds striktere regels, je moet zorgen voor een aangenaam klimaat voor alle medewerkers, je moet de zorg uitbouwen... De financiële situatie was toen ook vrij slecht. We kregen weinig middelen van de overheid. Ook vandaag blijft dat een pijnpunt, maar toen was het erger. Weet je, als hoofdarts kom je op een roetsjbaan terecht. Het gaat snel en je blikveld vernauwt. Ik had het gevoel te weinig tijd te hebben om echt eens stil te staan bij alle evoluties. Na een hartoperatie ben ik gestopt als hoofdarts. Het was een wijze beslissing. Een moeilijke beslissing tegelijk. Dertien jaar nauw samenwerken in een directieteam laat je niet zomaar los. We hadden samen iets opgebouwd. Ik wou het directieteam niet in de steek laten. Nu besef ik beter dan toen dat niemand onvervangbaar is. Mijn vervanging is naadloos verlopen.

In al die jaren heb ik heel wat evoluties gemaakt. De vermaatschappelijking is de rode draad. Het accent ligt minder en minder op de intramurale zorg. Mensen verbleven vroeger vaak vele jaren in het ziekenhuis. Dat gebeurde niet zomaar. Er was geen alternatief. Vandaag zijn die alternatieven er wel. En gelukkig maar. Het Beschut Wonen is een echt succesverhaal.

Soms maak ik me wel zorgen. Als je zo lang in het ziekenhuis werkt, raak je natuurlijk gehecht aan hoe het is. Je krijgt bijna als vanzelf een conservatieve reflex. Nog eens bedden afbouwen? denk ik dan. Gooien we het kind niet met het badwater weg? In veel psychiatrische ziekenhuizen zie je de wachtlijsten groeien. We zitten dan ook in een complexe verandering. De vermaatschappelijking mag niet te snel, maar ook niet te traag gaan. Je mag je oude schoenen niet weggooien voor je nieuwe hebt.”

### SAMENLEVING OP DRIFT

“Wat me ook bezighoudt, is de maatschappelijke druk op ons allen. De stress, de jachtigheid, de ratrace. De vraag naar hulp neemt jaar na jaar toe, heb ik de indruk. Is dat alleen een indruk of is er meer aan de hand? Moeilijk te zeggen. Ik hoor al 30 jaar dat de complexiteit van de patholo-





**Dr. Mario Puystjens: “Veel oudere patiënten voelen zich best oké als ze in gezelschap zijn. Zodra ze alleen zijn, steken depressieve gevoelens en angsten de kop op.”**

gie elk jaar toeneemt. Dat kan niet kloppen, natuurlijk. Het is net alsof je zou zeggen dat vroeger alles beter was. Als mensen dat jaar na jaar beweren, dan kan je alleen besluiten dat we 100 jaar geleden in het paradijs geleefd moeten hebben. Het is complex. Het toegenomen aanbod aan zorg kan ook extra vraag creëren. Dat is een bekend fenomeen. Allicht helpen we veel meer mensen dan vroeger. Onlangs stelde een Engels psychiater de vraag scherp: moeten we als maatschappij vooral inzetten op ‘the worried well’, de gezonde mensen met matige problemen, of eerder op de zware pathologie? Ik zou het niet weten, eerlijk gezegd.

Maar het zit fout met de organisatie van onze samenleving. Onlangs hoorde ik een vrouw uit Eernegem vertellen hoe mensen vroeger in de zomer tijdens de Ronde van Frankrijk allemaal binnen aan hun radio gekluisterd zaten – er was nog geen televisie – om de koers te volgen. Er was geen kat op straat. Maar zodra de koers afgelopen was, kwam iedereen op straat: mannen, vrouwen en kinderen. En samen gaven ze commentaar op de koers. En de kinderen speelden de koers na op straat... Als je die verhalen hoort, kan je niet anders dan constateren dat er vandaag veel minder contact, veel minder verbinding is.

Of wij als psychiaters niet luider de alarmbel moeten luiden over die maatschappelijke noden? Ja, we hebben mee die verantwoordelijkheid. En dat gebeurt ook. Kijk naar collega Dirk De Wachter. Hij heeft overschot van gelijk. We haasten

ons naar onze dood. Maar is dat terug te draaien? Ik weet het niet. Ik wil ook niets romantiseren. Het was vroeger echt niet allemaal beter. Misschien kan het Scandinavische maatschappijmodel inspiratie bieden. Een collega heeft een tijdlang in een algemeen ziekenhuis in Denemarken gewerkt. Om 17 uur deed de algemeen directeur zijn ronde. Artsen die nog aan het werk waren, werd vriendelijk verzocht om naar huis te gaan. Een vriend van mij koopt en verkoopt industriële machines. Hij komt overal in Europa. Er is maar één regio waar je arbeiders in een fabriek letterlijk ziet lopen, zegt hij. In Vlaanderen.”

Zijn er in de Scandinavische landen dan zoveel minder psychische problemen? “Ook daarop is er geen eenduidig antwoord,” zegt dr. Puystjens. “In het World Happiness Report staan de Scandinavische landen bovenaan. Dat is een aanwijzing. Tegelijk telt Denemarken veel suïcides. Hoe verklaar je dat dan? Er kunnen veel factoren spelen. Bijvoorbeeld de chronobiologie: de Scandinavische landen hebben qua aantal uren zonlicht per etmaal een groter verschil. Dat kan een effect hebben op het aantal depressies en zelfdodingen. Ook bij ons komen die meer voor in de herfst en de winter, de seizoenen met veranderende lichtintensiteit.”

## EENZAAMHEID

Dr. Mario Puystjens werkt al vele jaren op de afdeling behandelaanbod ouderenpsychiatrie. Wat is daar vandaag de problematiek nummer één? “De eenzaamheid,” klinkt het resoluut. “Door corona meer dan ooit. Veel oudere patiënten voelen zich best oké als ze in gezelschap zijn. Zodra ze alleen zijn, steken depressieve gevoelens en angsten de kop op. Mensen vluchten dan in middenmisbruik of ze vertonen aanklampend of hypochondrisch gedrag. Het klinkt raar, maar op de opnameafdeling ouderen voelen veel patiënten zich gelukkig. Ze willen het liefst blijven waar ze zijn. Voor het sociaal contact. Let wel, deze mensen zijn wel degelijk ziek. Ze hebben een zware depressie of ze worstelen met een verslaving. Het zijn niet enkel sociale problemen waarmee ze kampen. Als ze voldoende hersteld zijn, verhuizen ze vaak naar een woonzorgcentrum. Maar dat gaat zelden van harte. Toch is het beter dan terug te keren naar de eenzaamheid van alleen thuis te wonen. In mijn buurt is er een woonzorgcentrum vlak naast een school. Zo’n kruisbestuiving is mooi. De bewoners leven op als ze de kinderen zien spelen. Dat soort initiatieven moeten we stimuleren. Het gaat niet op om mensen aan te raden zo lang mogelijk thuis te blijven wonen als ze thuis verkommeren van de eenzaamheid.

Onderschat de nood aan psychische hulp bij ouderen niet. Ons land is wereldkampioen op het vlak van kalmerende middelen. Ook het alcoholgebruik ligt hoog. Gelukkig is de ouderenpsychiatrie enorm geëvolueerd. Vroeger werden sommige ouderen in de psychiatrie in bed verpleegd. Dat

is nu ondenkbaar. Vandaag zetten we in op herstel. Ouderen zijn net als andere patiënten volwaardige partners in de zorg. We duwen hen niet langer in een afhankelijke rol, wel integendeel.”

### BOTERHAM MET SPECULOOS

“Sommige patiënten zullen me altijd bijblijven. Zo was er ooit een mevrouw die leed aan een extreem psychotische depressie. Het was een intelligente en boeiende dame met een sterke persoonlijkheid. Maar ze dacht dat ze vergiftigd werd. De enige die haar eten mocht brengen, was ik. Ze wou bovendien alleen boterhammen met speculoospasta. Een tijdlang heb ik haar dus elke morgen boterhammen met speculoospasta gebracht.

Een andere patiënte had schizofrenie. Ze was niet gemakkelijk en zeer aanklampend. Eén keer had ik haar nogal kortaf afgewimpeld. Het had gesneeuwd. Plots kwam ze zonder kloppen mijn bureau binnen en gooide me een sneeuwbal naar het hoofd. Toegegeven, ik was wat onvriendelijk geweest. Ik mocht het bekopen.

Het vreemdste dat ik ooit heb meegemaakt, was een patiënte die in de afzonderingskamer op de rand van haar bed geklommen was en de rookdetector in het plafond had losgeschroefd. Ze had daarna het hele ding opgegeten. Inclusief de printplaat, waarvan beweerd werd dat die licht radioactief was.

Ik bewaar warme herinneringen aan de patiënten. Als ik één ding geleerd heb in al die jaren, dan wel dat we altijd het volledige plaatje moeten zien. Het klinkt cliché, maar het klopt. Alleen met een geïntegreerde biopsychosociale aanpak kunnen we het verschil maken. De sociale dimensie blijft vaak nog onderbelicht. De impact van het maatschappelijk leven op het psychisch welzijn is groot. Weet je in welke periodes in de 20ste eeuw het minst depressies en zelfdodingen voorkwamen? Tijdens beide Wereldoorlogen. Het klinkt ongelooflijk, maar er zijn verschillende verklaringen voor. Volgens de sociale psychiatrie heeft het te maken met de grote samenhang in tijden van oorlog. Die solidariteit en verbondenheid leidt tot minder depressies en suïcides. Verbinding tussen mensen heeft een positieve impact op ons welbevinden. We leven allemaal te opgefokt. Aan het begin van de coronacrisis was er even hoop op meer solidariteit en samenhang, maar die euforie is ondertussen gaan liggen. Ik denk niet dat er iets fundamenteels zal veranderen na corona.

Het ziekenhuis heeft de coronacrisis heel goed aangepakt. Dat is mee de verdienste van hoofdarts dr. Hilde Vanderheyden. Het beleid was consequent en strikt. Streng is nooit leuk, maar ik ben ervan overtuigd dat we veel ellende hebben voorkomen door de juiste maatregelen te nemen.”

***“Als ik één ding geleerd heb in al die jaren, dan wel dat we altijd het volledige plaatje moeten zien. Het klinkt cliché, maar het klopt. Alleen met een geïntegreerde biopsychosociale aanpak kunnen we het verschil maken.”***

### GOED GEVOEL

“Eind april neem ik afscheid van PZ Onzelvevrouw. Ja, ik kijk ernaar uit. Het werk van een psychiater wordt vaak onderschat. Ik hoor nog hoe een medestudent die later dermatoloog werd het formuleerde: ‘Die psychiaters hebben het gemakkelijk. Drie kwartier per patiënt en maar babbelen...’ De realiteit is anders. De psychiatrie telt veel complexe en zware pathologieën. We moeten in team samenwerken, mensen aansturen en motiveren. Je moet voortdurend risico-inschattingen durven maken: laat ik die patiënt naar huis gaan of is het risico dat het verkeerd loopt te groot? Er komt veel op je af als psychiater. De telefoon staat nauwelijks stil. En het gaat nooit om kleinigheden.

Ik heb veel leuke dingen om naar uit te kijken: meer tijd met mijn vrouw, mijn kinderen en kleinkinderen. Eindelijk eens tijd voor literatuur, sport en klussen. Het is tijd voor een ander leven. Ik zet mijn privé consultaties op een bescheiden schaal nog even verder, maar voor de rest draai ik de knop om.

Natuurlijk ga ik dingen missen. Vooral de mensen. Als je zo lang op één plek werkt, heb je heel wat goede contacten. Maar ik verlaat het ziekenhuis met een goed gevoel. Ik ben tevreden met wat ik bereikt heb. Ik ben er de man niet naar om mezelf op een podium te hijsen en ik ben altijd in de eerste plaats een clinicus gebleven: een arts die symptomen herkent, een diagnose kan stellen en een behandeling op de sporen zet. Door een gelukkig toeval maakte ik vrij vroeg ook kennis met psycho-educatie bij psychotische mensen. Ik heb dat mee geïntroduceerd in Vlaanderen. Vandaag is dat gemeengoed.

In het ziekenhuis hangt tot de dag van vandaag een positieve sfeer en dynamiek. Er heerst een gezond, zorgend klimaat. Dat stamt nog uit de tijd toen de zusters de plak zwaaiden. Hun rol is stilaan wat minder centraal, maar hun werk leeft voort in positieve zin. Ik herinner me nog mijn eerste kennismaking met directrice zuster Beatrijs vlak na mijn aanstelling. Ik was toen vooral vertrouwd met erg strenge kloosterorden, maar toen een bediende kwam vragen wat ze wou drinken, antwoordde ze zonder verpinken: ‘Geef mij maar een pintje.’ Die combinatie van gestrengheid en hard werken met een positieve ingesteldheid en goesting in het leven, dat heeft me altijd aangesproken. Dat zal ik blijven koesteren.”



## “DE ZEEMEEUWEN ZIJN ER VROEG BIJ 'S OCHTENDS”

“In 2019 ben ik van Geel naar Blankenberge verhuisd. Mijn hele leven al heb ik iets met de kust. Ik bracht er als kind vaak de vakantie door met het gezin. De zee trekt me aan. Al was het wel even wennen aan al die nieuwe geluiden. De zeemeeuwen zijn er vroeg bij elke ochtend.

Ik werk sinds oktober 2020 in PZ Onzeliëvrouw. Het was niet evident om in coronatijd een job te vinden die aansloot bij mijn interesses. Maar met 25 jaar ervaring in de horeca en de grootkeuken, vond ik hier een gepaste plek. Ik heb ook 4 jaar in de cafetaria van OPZ Geel gewerkt. De context van een psychiatrisch ziekenhuis is me dus niet vreemd. Die ervaring kan ik hier gebruiken. Ik sta vooral in de koude keuken en in cafetaria Ripozo.

Het is aanpassen in het begin. Ik ben het niet gewoon om in zo'n groot team te werken. Maar stilaan begin ik mijn draai te vinden. Het is een hecht team. Een geslaagde werkdag is voor mij een dag met een gezonde werkdruk waarin we als team iets hebben bereikt waar we trots op kunnen zijn. Wat humor af en toe vind ik heel fijn. Hoe meer ik me hier thuis voel, hoe vlotter dat zal gaan. In Blankenberge ben ik ondertussen goed gesetteld. Ik maak graag wandelingen op het strand. Na de coronacrisis wil ik me weer inschrijven voor een kookcursus. Dat doe ik graag, dat is voor mij pure ontspanning. Natuurlijk ook omdat ik kan genieten van lekker eten. Ik ben leergierig. Ik ben altijd blijven studeren. Ik heb ondertussen diploma's schoonheidsverzorging, toerisme en onthaal, en administratief bediende. Allemaal behaald in avondonderwijs. Ik hou van afwisseling in het leven en in mijn job.”

*Iris Horemans,  
medewerker dienst voeding*

