

AFRIT 8



Magazine van PZ Onzeliëvrouw Brugge
Jaargang 9 · 2024/2
www.pzonzeliëvrouw.be



INTERVIEWS

Caroline Tavernier
& Mieke Cornette
over 35 jaar verslaafdenzorg

Ellen Gielkens over
traumaverwerking bij 60-plussers

Bart Vandewalle &
Margot Verschatse over
blended hulpverlening

OP DE KOFFIE

"Onderwijs in het ziekenhuis geeft jongvolwassenen
toekomstperspectief"

MENSEN. ANDERS BEKEKEN

35 JAAR VERSLAAFDENZORG

"De ontwikkeling van een holistische flexibele aanpak op maat"

OP DE KOFFIE

"Onderwijs in het ziekenhuis geeft jongvolwassenen toekomstperspectief"

VOORWOORD

SAMEN VOOR STEEDS BETERE ZORG

Onlangs vierden we 35 jaar verslaafdenzorg in PZ Onzeliëvrouw. Het interview met leidinggevenden Caroline Tavernier en Mieke Cornette in deze Afrit 8 schetst een mooi beeld van de evoluties in de geestelijke gezondheidszorg. Meer ambulante zorg en dagbehandeling, meer participatie en inspraak van patiënten en hun familie, de intrede van ervaringswerkers enzovoort. Deze ontwikkelingen vinden niet alleen in de verslaafdenzorg plaats, maar in alle afdelingen en klinieken van het ziekenhuis.

Zo mochten we op 6 december jl. ook het 15-jarig bestaan van de dagbehandeling voor 60-plussers vieren. De Nederlandse gezondheidspsychologe Ellen Gielkens pleitte bij die gelegenheid voor meer aandacht voor onverwerkte trauma's bij ouderen. "Er leeft nog altijd een onuitgesproken vooroordeel dat oudere mensen niet meer kunnen veranderen," aldus Gielkens. "De praktijk spreekt dat tegen. Niet alleen op het vlak van kwaliteit van leven, maar ook op het niveau van de klachten."

De ontwikkelingen staan nooit stil. Nieuwe evidentie, nieuwe inzichten, nieuwe therapieën. Erg boeiend en uitdagend zijn bijvoorbeeld de mogelijkheden op het vlak van online en het zogenoemde blended care. Hierbij wordt er een combinatie gemaakt tussen de traditionele zorg en digitale vormen van zorg. Een werkgroep binnen PZ Onzeliëvrouw onderzoekt de vele mogelijkheden. Met de nodige voorzichtigheid,

weliswaar. Want ook het gebruik van die nieuwe technologie moet voldoende gefundeerd zijn, voor ze een vaste plaats in een behandeling krijgt.

Een evolutie van een andere aard is het toenemend aantal jongvolwassen patiënten. Deze jongeren tussen 16 en 25 jaar zitten in de transitieleeftijd: de overgang van jeugd naar volwassenheid, die specifieke uitdagingen met zich meebrengt, onder meer op het vlak van identiteitsontwikkeling. Het is belangrijk dat deze jonge mensen tijdens hun opname geen al te grote studieachterstand oplopen. Daarom werkt PZ Onzeliëvrouw sinds begin dit schooljaar nauw samen met Penta Ziekenhuisschool. Het betreft een heel vitale samenwerking waar we als ziekenhuis in afwachting van een structurele be-toelaging aanzienlijke middelen in investeren.

Ook de komende maanden en jaren volgen de ontwikkelingen en innovaties elkaar op voor steeds betere zorg. We kijken onder meer uit naar de bouw van het therapiecentrum. 2025 zal ongetwijfeld nieuwe uitdagingen én kansen bieden. Samen met het vernieuwde bestuur van vzw Bermhertigheid Jesu – met Peter Degadt als nieuw verkozen voorzitter – zien we 2025 met vertrouwen en heel veel goesting tegemoet. Mee in naam van het bestuur, de artsen en de medewerkers wens ik u en al uw dierbaren een gezond, gelukkig en uitdagend jaar toe.



Herman Roose
REGIODIRECTEUR BRUGGE A.I.
ALGEMEEN DIRECTEUR
VZW 'GEZONDHEIDSZORG 'BERMHERTIGHEID JESU'

INHOUD

4

8

12

14

15 JAAR DAGAFDELING 30

"Traumaverwerking bij ouderen kan het verschil maken."

INTERVIEW

"Blended care zorgt nog meer zorg op maat."



COLOFON / REDACTIE: Tom Talloen, Dirk Benoot, Herman Roose, Katia Vyncke en Caroline Vandierendonck 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, Therapiecentrum De Variant van PZ Onzeliëvrouw **VRAGEN EN OPMERKINGEN:** Cel communicatie en informatie, cominfo@pzonzeliëvrouw.be **VU:** Herman Roose, algemeen directeur 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.



CAROLINE
TAVERNIER
AFDELINGS-
COÖRDINATOR

“De ontwikkeling van een holistische flexibele aanpak op maat”

DE AFDELINGEN VERSLAAFDENZORG VAN PZ ONZELIEVEVROUW MOCHTEN DIT JAAR 35 KAARSJES UITBLAZEN. DAT WERD GEVIERD MET EEN SYMPOSIUM ‘IN VERBINDING NAAR VERANDERING’ OP 14 NOVEMBER 2024. NAAR AANLEIDING HIERVAN PRATEN WE MET CAROLINE TAVERNIER EN MIEKE CORNETTE, COÖRDINATOREN VAN RESPECTIEVELIJK DE RESIDENTIËLE AFDELING EN DE DAGAFDELING VERSLAAFDENZORG.

De voorbije 35 jaar is een hele weg afgelegd. “In de beginjaren lag de focus op verslaving als ‘aangeleerd gedrag’,” vertelt Caroline Tavernier. “De basisbehandeling was gedragstherapie: het aangeleerde gedrag moest weer afgeleerd worden. Dat legde veel verantwoordelijkheid bij de patiënt. Ook het motivationeel werken, stamt al uit die tijd. We gaan in gesprek met de patiënt en bouwen een vertrouwensrelatie op. Van de hulpverleners vergt dat een onvoorwaardelijk accepteren van elke problematiek. Die professionele attitude was van meet af aan sterk aanwezig.” Ook al is er in 35 jaar veel veranderd, toch blijven die pijlers overeind. “Ook vandaag nog zijn gedragstherapie, hervalpreventie en motivationeel werken belangrijk,” zegt Caroline. “Al worden sommige elementen anders ingevuld, omdat de context veranderde. Vandaag gaan we meer in overleg met de patiënt. In plaats van iets te verbieden, maken we afspraken. De patiënt wordt op die manier meer betrokken.”

HOLISTISCHE KIJK

Wetenschappelijk onderzoek bracht nieuwe inzichten. “Al vanaf de jaren 2000 werken we met een meer holistische kijk,” zegt Caroline Tavernier. “Hersenonderzoek toonde aan dat ook neurologische processen een impact hebben op een verslaving. En er spelen ook intrapsychische aspecten: een onderliggend

trauma, een depressie, een verstoorde emotieregulatie ... Ook existentiële en spirituele vragen hebben een invloed op de verslavingsproblematiek.”

De holistische kijk leidde tot een grotere diversiteit aan behandelingsperspectieven. “Naast het gedragstherapeutische kader, dat overeind blijft, werken we nu ook met groepsdynamische therapie,” legt Caroline uit.

“Ook psychotherapie behoort nu tot de behandelaanpak. We laten mensen reflecteren over zichzelf. Hoe kunnen ze omgaan met moeilijke situaties? Wat geeft zin aan hun leven? Vaak hebben patiënten met een verslaving het gevoel niet gehoord of beluisterd te worden.

De bredere, holistische aanpak leidt volgens Caroline Tavernier tot betere resultaten. “We maken mensen sterker. Al is het niet altijd eenvoudig om aan te wijzen welk element van de behandeling welk effect heeft gehad. De verschillende invalshoeken versterken elkaar.” “Herval hoort overigens nog altijd bij het herstelproces,” zegt Caroline. “We zetten hier meer dan vroeger hard op in. Bij herval is het cruciaal om snel in te grijpen. Daarom hebben we op de afdeling vijf ‘bedden op recept’. Dat zijn plaatsen voor een snelle, korte opname om de herval te doorbreken en de patiënt terug op het goede spoor te krijgen. Dat soort innovaties werpt vruchten af.”



VERBINDING EN SAMENWERKING

Dankzij voortschrijdende wetenschappelijke inzichten neemt het taboe op verslaving geleidelijk af. “Het stigma is er nog,” relateert Caroline, “maar in de media is er meer aandacht voor. En de meeste mensen weten ondertussen dat het niet alleen een kwestie van karakter is. Patiënten met een verslaving konden vroeger op weinig begrip rekenen. Dat is nu gelukkig al anders.”

Ook initiatieven als de Familiewerking en de Familiereflectie dragen daartoe bij. “Hoe meer we de familie betrekken, hoe meer begrip. Als we het achterliggende probleem duiden, snappen mensen beter wat er aan de hand is. Zo kan een autismespectrumstoornis een element zijn in de verslaving. Dat te weten, geeft niet alleen meer behandelmogelijkheden, maar ook meer begrip bij de familie en in de samenleving.” Toch blijft er een kwetsbare patiëntengroep: daklozen, mensen zonder netwerk, patiënten die al de verregaande gevolgen van een alcoholverslaving ondervinden ... “We helpen waar we kunnen,” zegt Caroline. “Bijvoorbeeld met campuswonen en In Between: initiatieven die patiënten zonder thuis een tijdelijk onderdak bieden in een veilige omgeving, met outreachende ondersteuning vanuit het ziekenhuis. Daarnaast werken we nauw samen met de mobiele teams van Covias.” “Gelukkig kunnen we rekenen op een sterk

functionerend en gemotiveerd team van hulpverleners. Onderschat het belang van de juiste attitude niet. Als je er als hulpverlener zelf niet in gelooft, als je zelf geen hoop uitstraalt, dan wordt het voor de patiënt moeilijk om gemotiveerd aan herstel te werken.”

“‘In verbinding naar verandering’ was dan ook niet toevallig de titel van het symposium. Alleen door samen te werken, kunnen we optimale zorg op maat garanderen. We werken samen met Covias, de huisartsen, het netwerk van de patiënt en in de eerste plaats met de patiënt zelf. Die wordt steeds actiever betrokken. Al sinds 2018 wonen patiënten de multidisciplinaire besprekingen bij. We spreken niet langer over, maar met de patiënt. De patiënt bepaalt mee zijn doelen, evalueert mee de stappen die hij gezet heeft. De patiënt is mede-eigenaar van zijn behandeling. Dat werkt motiverend en het leidt tot minder conflicten.”

“Ten slotte zorgde ook de introductie van ervaringswerkers voor een positieve impuls. Ze zijn vandaag onmisbaar als brug tussen hulpverlener en de patiënt. Er is in het ziekenhuis ook een familie-ervaringsdeskundige aan de slag. Zet al die innovatieve ontwikkelingen op een rij, en je krijgt vandaag een verslaafdenzorg die mijlenver van de beginjaren staat, al blijven de basisbeginselen overeind,” besluit Caroline Tavernier.

Caroline Tavernier:
“Vandaag gaan we meer in overleg met de patiënt. In plaats van iets te verbieden, maken we afspraken. De patiënt wordt op die manier meer betrokken.”



“PATIËNTEN HOUDEN MEER REGIE OVER HUN BEHANDELING”

Naast de opnameafdeling is er ook dagtherapie voor mensen met een verslavingsproblematiek. In de beginjaren diende die uitsluitend als vervolgbehandeling en rehabilitatie. Sinds een tiental jaar kunnen patiënten hun behandeling ook starten op de dagafdeling.



MIEKE CORNETTE
AFDELINGS-
COÖRDINATOR

“Sommige mensen zien een residentiële opname niet zitten,” zegt Mieke Cornette. “Omdat dit moeilijk te matchen valt met hun gezinsleven, bijvoorbeeld. Die mensen konden we vroeger niet bereiken. Vandaag wel. Het doelpubliek van de dagafdeling is hetzelfde als die van de residentiële afdeling,” zegt Mieke. “Het behandelprogramma verloopt dan ook gemeenschappelijk. Het verschil ligt in de zorgnood: mensen die residentieel zijn opgenomen, hebben (zeker in de beginfase) meer nood aan een zorgklimaat van volgen, zorgen en overnemen, terwijl op de dagafdeling reeds bij opname meer autonomie wordt verwacht. Daarnaast moet de dagpatiënt al een zekere nuchterheid kunnen aanhouden.

Sommige patiënten volgen een traject op de dagafdeling na een residentiële opname, als een soort van overgangsperiode naar een volledige re-integratie in de samenleving. “Daarnaast hebben we de dagbehandeling doorheen de jaren steeds breder toegankelijk gemaakt,” zegt Mieke. “Zo kunnen mensen de behandeling ook volledig ambulant volgen. Op die manier ontstaan nieuwe mogelijkheden om thuiscontext en therapie met mekaar te verweven en om de drempel naar hulpverlening te verlagen.”

Nog laagdrempeliger is het ABA-programma. “ABA staat voor ambulant behandelprogramma alcohol. Het traject loopt over 7 vrijdagvoormiddagen. Beschouw het als een compacte versie van de behandeling, op maat van mensen die de behandeling combineren met hun werk en voor wie de gevolgen van hun gebruik nog te overzien zijn. Bovendien kan het een opstap zijn om daarna alsnog de stap naar een dagprogramma te zetten, als het ABA-programma onvoldoende blijkt te zijn.”

Omdat de residentiële afdeling en de dagafdeling hetzelfde therapieprogramma aanhouden, is er een sterke synergie die de patiënten ten goede komt. “Patiënten kunnen vlot schakelen als dat nodig blijkt. We werken op maat, heel flexibel. Is

het nodig dat een dagpatiënt toch een korte opname krijgt, dan kan dat. Heeft een patiënt na een opname nog nood aan een vervolgtraject in de dagkliniek, dan kan dat. Voor die flexibiliteit kregen we een pluim van de internationale accreditingsinspectie van Qualicor.”

Dankzij de vlotte samenwerking tussen de opnameafdeling en de dagafdeling zijn de strikte regels van vroeger deels vervangen door een intensere dialoog met de patiënt. “Als een patiënt in dagkliniek vroeger herviel, dan volgde automatisch een residentiële opname van zeven dagen om de nuchterheid te hervinden. Vandaag gaan we in gesprek met de patiënt. Wat veroorzaakte het herval? Wat is er nodig om ’s avonds thuis niet opnieuw te hervallen? Glijden mensen toch af, dan blijft een korte opname mogelijk. Die flexibele aanpak op maat werkt en zet mensen in hun kracht.”

Ook de covidpandemie zorgde voor een versoepeling. “Voor covid waren mensen in dagtherapie verplicht zeven uur per dag aanwezig te zijn,” zegt Mieke. “Sinds covid heeft de overheid dit versoepeld naar minimum drie uur per dag. Al verwachten we van patiënten wel dat ze de eerste weken voltijs komen. Dat is belangrijk om een vertrouwensband te installeren. Daarna kunnen we, in overleg met patiënt en psychiater, geleidelijk afbouwen als de situatie het toelaat.”

WAARDEVOLLE NAZORG

Patiënten die na ontslag nog nood hebben aan ondersteuning, kunnen een jaar om de twee weken op dinsdagavond terecht in de nazorg. Ze komen er samen onder begeleiding van een therapeute en verpleegkundige van de afdeling. “Er wordt stilgestaan bij de voorbije weken, een mogelijk herval wordt besproken, ze ontmoeten lotgenoten en steunen elkaar,” zegt Mieke. “Voor ABA-patiënten is er een afzonderlijk nazorgprogramma. “Na het jaar nazorg onder begeleiding bestaat de mogelijkheid om deel te nemen aan ‘Enjoy’. Dit is een initiatief van ex-nazorgers. Ze komen maandelijks samen rond een thema. Die samenkomsten vinden plaats in PZ Onzelvevrouw. Het is een mooi en waardevol initiatief.”

“De belangrijkste evolutie in die 35 jaar is de grotere regie die patiënten in hun behandelproces hebben. Vroeger werd alles voor hen bepaald, nu zitten ze mee aan tafel nemen we beslissingen in overleg. Ook het integreren van ervaringswerkers in is niet meer weg te denken,” besluit Mieke.



VAN KLANKEN DIE VERDOVEN NAAR TONEN DIE VERBINDEN

Welke rol kan muziek spelen in het kader van verslaafdenzorg? Dat is de vraag die muzik- en kunstfilosofe Marlies De Munck zichzelf stelde toen ze werd uitgenodigd voor een lezing op het symposium ‘In verbinding naar verandering’. Het symposium vond plaats op 14 november ter gelegenheid van het 35-jarig bestaan van de afdelingen verslaafdenzorg van PZ Onzelvevrouw.

Marlies De Munck schreef als filosofe een doctoraat over muziek aan de Universiteit Antwerpen. Ze doceert er vandaag muziek- en kunstfilosofie, schrijft essays en opiniebijdragen en werkt ook samen met het Anwerp Research Institute for the Arts (ARIA). Haar beide ouders én haar echtgenoot zijn muzikanten en ze speelt zelf ook muziek. Op dit ogenblik schrijft ze een boek over de toekomst van de klassieke muziek.

“Ik was blij verrast met de uitnodiging om te spreken op het symposium van de afdeling Verslaafdenzorg,” bekend ze aan het eind van het interview. “Thema’s als nabijheid en kwetsbaarheid liggen me altijd al nauw aan het hart. Bovendien is de verslavingsproblematiek me persoonlijk niet vreemd. Ik schreef eerder al over mijn vroegere worsteling met een eetproblematiek. Heeft muziek me toen geholpen om daar uit te geraken? Ik had me nooit eerder die vraag gesteld.”

PERSPECTIEVEN OP MUZIEK

“Er zijn verschillende manieren om naar muziek te kijken,” zegt Marlies De Munck. “Soms dient muziek als een soort verdoving. Je hebt mensen die voortdurend muziek nodig hebben. Misschien om iets anders weg te drukken? Of om in een roes te geraken? Dan is de vraag: waarom vluchten we in muziek? Wat is er mis met het reële leven?”

“Mark Fisher, filosoof en muziekblogger, schreef daar interessante dingen over. Hij beschouwde de Westerse samenleving en ons economisch systeem als een ‘verslavingsmodel’. Er is een tekort dat ingevuld moet worden, maar eens dat gebeurd is, hebben we een nieuw tekort nodig, anders valt de economie stil. Zo geraakten we in een tredmolen van nooit genoeg. Muziek kan dan een proteststem laten horen. Denk



aan punk of underground. Die muziek wil niet verdoven, maar kritiek geven en een uitlaatklep zijn. Dat kan ook een therapiemodel zijn.”

“Een derde insteek is de link tussen verslaving en neurodivergentie. Veel verslavingen blijken te ontstaan doordat mensen anders ‘gewired’ zijn, zonder dat zelf te beseffen. Mensen met ADHD bijvoorbeeld, grijpen naar middelen om hun concentratie terug te krijgen. Muziek die hierbij past, is het postminimalisme dat vandaag erg populair is. Denk aan Max Richter. Hij noemt zijn werk zelf protestmuziek, maar ik beschouw het vooral als muziek met de ambitie om je tot jezelf te brengen. Muziek die je helpt om je te concentreren. Als ‘white noise’ die elke afleiding uitwist. Hoeveel mensen lopen er vandaag niet rond met een koptelefoon of oortjes om zich af te sluiten?”

“Het vierde en voor mij belangrijkste perspectief is muziek als bron van zin en betekenis op zichzelf. Muziek creëert verbinding. Met jezelf en met anderen. Ik denk hierbij vooral aan klassieke werken met een narratieve structuur, een catharsis. Die muziek is op zichzelf interessant. Ze stelt vragen. Ze gaat in dialoog met ons. Ze verbindt ons met andere mensen. En op die manier heeft ze indirect ook een therapeutische waarde. Dit zijn geen klanken die verdoven, maar tonen die verbinden.”



NELE DEVIAENE
BELEIDSMEDEWERKER



GRIET INGELBRECHT
LEERKRACHT



JOHANNA CAFMEYER
LEERKRACHT

"Onderwijs in het ziekenhuis geeft jongvolwassenen toekomstperspectief"

JONGE PATIËNTEN VANAF 16 JAAR KUNNEN SINDS DIT SCHOOLJAAR LES KRIJGEN IN PZ ONZELIEVEVROUW. HET ZIEKENHUIS WERKT HIERVOOR SAMEN MET ZIEKENHUISCHOOL PENTA. WIJ GINGEN PRATEN MET BELEIDSMEDEWERKER NELE DEVIAENE EN LEERKRACHTEN JOHANNA CAFMEYER EN GRIET INGELBRECHT.

Ziekenhuisschool Penta biedt onderwijs in ziekenhuizen, preventoria en andere residentiële settings. PZ Onzelvevrouw heeft geen afzonderlijke jongerenafdeling, maar het aantal jongvolwassen patiënten neemt toe. En dus ook de vraag naar onderwijs. Het ziekenhuis diende een aanvraag in bij de Vlaamse overheid, maar in afwachting van een erkenning, neemt het de financiering ervan zelf op zich.

De twee leerkrachten Johanna en Griet geven samen dertig uur onderwijs per week. Het doel is om elke patiënt tussen 16 en 25 jaar die dat wil, een uur les per dag te geven. De focus ligt op wie nog geen diploma secundair onderwijs heeft.

"Veel jongeren met een psychische kwetsbaarheid hebben al een traject van schoolse problemen: schooluitval, spijbelen, leerachterstand ... We streven ernaar om die achterstand zo klein mogelijk te houden," zegt Nele Deviaene. "We willen de connectie met de school behouden of herstellen. We nemen daarom contact op met het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) van de school als dat betrokken is. Zij helpen ons, en vice versa. Zo geven wij de school en de thuiscontext advies over hoe ze op onderwijsvlak kunnen omgaan met de psychisch kwetsbare leerling."

//
De leerkracht van mijn thuishchool zal verschieten als ik terugkom, die oefeningen lukken me nu.

//
Het voelt als een overwinning. Ik had nooit gedacht dat ik die wiskundeoefeningen zou kunnen.

//
Ik ben nog nooit zo graag naar school gekomen!

ONDERWIJS À LA CARTE

Is er een jonge patiënt die graag onderwijs wil krijgen, dan neemt de afdeling contact met de leerkrachten van Penta. "Alles gebeurt vrijwillig," zegt leerkracht Griet, "al stimuleren we zeker de minderjarige patiënten. Sommigen hebben nog een 'thuishchool', anderen niet. We stemmen op maat af. We bieden onderwijs à la carte, al naargelang van de interesses en de noden. Johanna geeft vooral taalvakken en algemene vakken, terwijl ik wiskunde en wetenschappen voor mijn rekening neem."

"We zijn flexibel," beaamt leerkracht Johanna. "We leggen samen een traject af, waar het kan in overleg met het CLB van de thuishchool. Jongeren een toekomstperspectief geven, is belangrijk. We werken aan hun zelfredzaamheid. En we volgen ze op. Als een jongere op ontslag gaat, maar enkele maanden later opnieuw wordt opgenomen, zetten we zijn of haar leertraject verder."

"We stemmen ook af met de sociale dienst van het ziekenhuis," zegt Griet. "We hebben nu enkele maanden ervaring in PZ Onzelvevrouw. Het is zoeken naar de beste aanpak voor de leerlingen. Soms is het goed om af te stemmen met de individuele verpleegkundige van de jongere. Al krijgen we uiteraard nooit medische info. Ook wij kunnen feedback geven vanuit onze ervaring."

//
Soms is het lastig, maar ik merk dat ik beter leer onthouden.



//
Ik ben 10
minuten
vroeger,
zo kan ik
meer les
krijgen.

//
In de les kan
ik werken
aan mijn
toekomst-
perspectief.



SUPERGEMOTIVEERD

De meeste lessen vinden een-op-een plaats. "Sommige leerlingen leren beter als ze niet in groep zitten," zegt Johanna. "Bovendien werken we op maat. Met een uur individuele les per dag kan je best wel veel gedaan krijgen. Daarnaast willen we themagerichte lessen ontwikkelen, die we dan aan groepjes leerlingen aanbieden."

"Een-op-een onderwijs is een luxe," zegt Griet. "Als het aantal leerlingen groeit, zullen we meer coachend werken. Jongeren positieve leservaringen geven, zodat ze weer in zichzelf geloven, is onze betrachtning. Onze focus ligt niet op het resultaat, maar veeleer op het proces. We willen jongeren motiveren om te leren. Om de draad van school weer op te pikken eens ze het ziekenhuis verlaten."

"De jongeren die bij ons les volgen, zijn supergemotiveerd," zegt Johanna. "Ook al is dat niet altijd evident. Hun psychische problemen spelen hen parten. Maar tijdens de les kunnen ze hun aandacht op iets anders richten. Daar zijn ze blij om. We zien onze opdracht ook breed. Zo helpen we jongeren zich voorbereiden op het theoretisch rijexamen. Dat geeft perspectief. We krijgen dan ook veel dankbaarheid terug."

ELKE STAP TELT

Na enkele maanden ziekenhuisschool in PZ Onzelievevrouw is het nog te vroeg voor een grondige evaluatie. Maar de leerkrachten en de leerlingen zijn alvast overtuigd.

"Het voelt zeer zinvol om deze jongeren een succeservaring mee te kunnen geven," zegt Griet. "Leren is iets wat we ons hele leven lang blijven doen. Het is belangrijk en het kan ook leuk zijn. Wij leggen niemand druk op. We gaan stap voor stap. Elke stap telt, elke stap geeft perspectief. Zo laten we jongeren weer dromen van een toekomst na hun opname."

"We zijn warm onthaald in PZ Onzelievevrouw. Er is een grote openheid. We vragen ook feedback aan het zorgpersoneel," zegt Johanna.

"Samen met directie en staf van PZ Onzelievevrouw hebben we dit project meer dan een jaar lang grondig voorbereid," zegt beleidsmedewerker Nele Deviaene. "Vandaag plukken we de vruchten van die goede samenwerking. We hebben een gemeenschappelijk doel: jongvolwassenen perspectief bieden. Daar werken we elke dag aan."



NIEUW THERAPIECENTRUM IN DE STEIGERS

PZ Onzelievevrouw bouwt centraal op de campus een nieuw therapiecentrum; Dit gebouw vervangt het huidige therapiegebouw uit de jaren 1960. PZ Onzelievevrouw garandeert op die manier een breed gamma aan therapievormen en blijft zo gespecialiseerde behandeling op maat aanbieden voor patiënten in opname en in dagbehandeling. In de nieuwbouw is ook ruimte voorzien voor de linnendienst van het ziekenhuis.



WAT?

Een multifunctioneel gebouw dat het huidige therapiecentrum en de linnendienst vervangt. Het project beoogt niet alleen de functionaliteit te verbeteren, maar ook de beleving en sfeer te versterken die patiënten en medewerkers ervaren.



CONCEPT

Het nieuwe gebouw is volumetrisch ontworpen in een U-vorm, waardoor een centrale binnentuin wordt omarmd. Deze binnentuin fungeert als open werkplek, tentoonstellingsruimte en ontspanningsgebied. Bij binnenkomst kunnen bezoekers genieten van het zonnige terras, dat uitkijkt op deze groene ruimte. Deze opzet stimuleert interactie en creëert een uitnodigende sfeer.



INDELING

- Zuidelijke Vleugel: linnendienst op de begane grond, met daarboven kantoorruimtes.
- Noordelijke Vleugel: begane grond herbergt 't Koffée; bovenverdieping met therapieruimtes.
- Centrale Blok: bevat de meeste therapieruimtes, centraal voor zorg en therapie.
- Wassalon en kleioren: tussen de vleugels; biedt gedeeltelijk afscherming van de binnentuin.



BOUWTECHNISCH

Het nieuwe therapiecentrum is opgebouwd uit een vaste betonstructuur, aangevuld met lichte scheidingswanden. Deze constructie zorgt voor een open en flexibele indeling, waardoor diverse functies en activiteiten kunnen worden geïntegreerd.

Materiaalgebruik binnen

Warme materialen zoals houten schrijnwerk, gepolijste betonvloeren en zichtbetonwanden creëren een uitnodigende sfeer.

Materiaalgebruik buiten

Groene baksteen gecombineerd met witte voorgevels benadrukken het unieke karakter en integreren het gebouw in de natuurlijke omgeving.



WIE

- Bouwheer: vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu' PZ Onzelievevrouw
- Architect: Laagland architecten
- Technieken: SDK Engineering
- Stabiliteit: Studiebureau Vansteelandt
- Akoestiek: De Fonseca



TIMING

De bouwwerken gingen van start in september 2024. De vermoedelijke oplevering is voorzien in maart 2026.

“Traumaverwerking bij ouderen kan het verschil maken”

‘Het levensverhaal als sleutel bij trauma en zingeving bij 60-plussers’ luidde de titel van het symposium op 6 december naar aanleiding van 15 jaar dagbehandeling voor 60-plussers in PZ Onzelvevrouw. De Nederlandse gezondheidspsychologe Ellen Gielkens pleitte er voor meer aandacht voor onverwerkte trauma’s bij oudere patiënten.

Ellen Gielkens is gezondheidspsycholoog bij Mondriaan, een GGZ-organisatie in Zuid-Limburg (Nederland) met 37 locaties en een sterke ambulante tak. Ze werkt er sinds 2004 op de afdeling ouderen, in het bijzonder met mensen met persoonlijkheidsstoornissen en complex trauma. Ze doet ook intensieve traumabehandeling.

“Trauma bij ouderen wordt nog onvoldoende onderkend,” zegt Ellen Gielkens. “Er is nog weinig onderzoek naar. Daarom heb ik me erin verdiept, met onder meer een onderzoek naar EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) bij ouderen.”

“Luisteren naar het verhaal van de patiënt, is helend. Het verhaal geeft tegelijk aan in welke richting de behandeling kan gaan. Patiënten hebben niet voor niks klachten. Vanuit het verhaal van de patiënt kan je de klachten duiden. Het is belangrijk om die verhalen op je netvlies te houden.”

U hebt het over ‘miskende en onbeluisterde verhalen’. Wordt er te weinig geluisterd in de geestelijke gezondheidszorg?

We denken vaak te snel resultaat- en oplossingsgericht. Zo missen we soms het verhaal eronder. Dat vergt vaak meer tijd en geduld. Zeker als dat verhaal op het eerste gezicht lijkt af te leiden van de klacht in het hier en nu. Ouderen hebben dikwijls verschillende klachten, zowel fysiek als psychisch. We zien niet meteen een link naar een trauma uit het verleden. Maar die is er vaak wel. Dan komen mensen steeds opnieuw terug. Maar het onderliggende trauma blijft onbehandeld. Mensen voelen zich dan niet geholpen.

Je ziet pas het trauma als je er oog voor hebt. Ik heb een periode met volwassenen met trauma

gewerkt op een speciale afdeling voor angst en psychotrauma. Daarna besepte ik dat ook veel ouderen met een trauma worstelen. Eens je er oog voor hebt, kom je het sneller op het spoor.

Zijn dat trauma’s uit een ver verleden die blijven doorwerken? Of gaat het om leeftijdsgebonden verlieservaringen?

De leeftijdsgebonden context speelt zeker mee. Met het levenseinde in zicht blikken mensen vaker terug. Oude klachten kunnen op die manier heropleven. En dan zijn er de verlieservaringen. Mensen stoppen met werken, ze vallen alleen of ze dreigen zorgafhankelijk te worden. Ook dat kan oude trauma’s, bijvoorbeeld van misbruik, terug bovenhalen.

Hoe gaan we daarmee om?

Het is belangrijk om te achterhalen waar een klacht vandaan komt. Oprecht nieuwsgierig naar de mens kijken en luisteren. Als mensen voelen dat ze ruimte krijgen voor hun verhaal, dan kan de angel heel snel op tafel komen.

Vraagt u patiënten om hun verhaal neer te schrijven, zodat ze zelf verbanden kunnen leggen en dingen uit het verleden een plaats kunnen geven?

Niet meteen. Maar het kan wel deel van de therapie zijn: schrijven als middel om dingen te verbinden of om een onuitgesproken boodschap alsnog aan de oppervlakte te krijgen. Maar schrijven is niet voor iedereen het meest geschikte medium. Ook creatieve therapie kan helpen. Mensen vinden niet altijd de woorden. Zeker de oudere generaties hebben geleerd om de vuile was niet buiten te hangen en om niet te spreken over kwetsbare emoties. Ze hebben er de taal niet voor. Werken met symbolen in creatieve therapie kan dan een alternatief zijn.



Ellen Gielkens: “Het is belangrijk om te achterhalen waar een klacht vandaan komt. Oprecht nieuwsgierig naar de mens kijken en luisteren. Als mensen voelen dat ze ruimte krijgen voor hun verhaal, dan kan de angel heel snel op tafel komen.”

Als mensen al 40 of 50 jaar een trauma met zich meeslepen, kan je dan nog het verschil maken als ze 60 of 70 jaar oud zijn?

Dat lukt wonderwel! Er leeft nog altijd een onuitgesproken vooroordeel dat oudere mensen niet meer kunnen veranderen. De praktijk spreekt dat tegen. Niet alleen op het vlak van kwaliteit van leven, maar ook op het niveau van de klachten. Traumagerichte behandeling bij ouderen is wezenlijk. Onderzoek heeft dat ondertussen bevestigd. Maar er is nog meer onderzoek nodig.

U schreef een boek over EMDR bij ouderen. Geeft dat de beste resultaten?

EMDR is een van de verwerkingstechnieken. Zoals ook schrijftherapie of creatieve therapie kan helpen. Of exposure. Het doel blijft om ruimte te creëren voor het verhaal dat geen plaats mocht krijgen in iemands identiteit of zijn. Terugkijken met de kennis van vandaag kan rust geven. Na al die jaren voelt het vaak al veiliger om erover te praten. Maar verwerking blijft nodig opdat het ook echt veilig voelt. Het is een belangrijke winst als je oude pijn in je leven kunt integreren. Bijvoorbeeld door EMDR toe te passen.

Wat brengt het verwerken van oude trauma’s teweeg bij de context: de partner, de kinderen, de zussen of broers?

Dat is een complexe vraag. Elke situatie is anders. Is de partner al op de hoogte? Vermoeden de kinderen al iets? Als je een trauma gaat behandelen, als je je verhaal wilt doen, dan komt het op een of andere manier naar buiten. Als je het wilt integreren in je identiteit, dan wordt het

onderdeel van jezelf. Dat bespreek ik vooraf met de patiënt. Want het kan een grote impact hebben. Zo was er een vrouw die vroeger misbruikt was door haar vader én haar schoonvader. Haar man, die terminaal ziek was, wist niet dat zijn vader haar misbruikt had. Die vrouw koos ervoor om haar man eerst rustig te laten sterven en pas daarna met zichzelf aan de slag te gaan. Dat zijn belangrijke afwegingen. Je moet mensen vooraf de keuze geven. Doen ze iets met het geheim waar ze onder gebukt gaan? Of niet? Of niet meteen? Die keuze kunnen maken, geeft ook een gevoel van controle. Veel hangt natuurlijk af van hoe erg iemand lijdt onder de situatie. Door erover te praten, gaan mensen beter inzien wat er precies aan de hand is. Mensen willen uiteindelijk wel veranderen. Ze komen hulp vragen omdat ze ergens last van hebben. Mensen komen pas als het zo niet meer verder gaat.

Worstelen veel ouderen met een onverwerkt trauma?

Het is een onderschat probleem. Zo zijn er de tweede-generatie-slachtoffers van de oorlog. Mensen van wie de ouders de oorlog hebben meegemaakt, die een concentratiekamp hebben overleefd. Dat kan een effect hebben gehad op de opvoeding. Grillige reacties, plotse uitbarstingen, harde straffen zonder dat het kind snapt wat er gebeurt ... Bij angstgevoelige kinderen kan die opvoeding leiden tot klachten en ontwikkelingen waar ze jaren later plots op vastlopen. Je hoeft dus zelfs niet altijd zelf een zwaar trauma opgelopen te hebben om eronder gebukt te gaan.

“Blended hulpverlening voor nog meer zorg op maat”



**MARGOT
VERSCHATSE
&
BART
VANDE WALLE
GROEPS-
BEGELEIDERS**

Blended hulpverlening – een mix van directe én online ondersteuning – is in opmars. Ook PZ Onzelvevrouw onderzoekt en ontdekt de mogelijkheden. Al blijft voorzichtigheid geboden. Ook nieuwe technologieën moeten namelijk evidence based zijn. We praten erover met Margot Verschatse en Bart Vande Walle, groepsbegeleiders én trekkers van de werkgroep Blended hulpverlening.

Blended hulpverlening is een vlag die vele ladingen dekt. Voor Bart Vande Walle vallen alle activiteiten eronder die een mix zijn van directe therapie en technologie. “Een online afspraak met een patiënt via Zoom valt onder blended hulpverlening,” zegt hij. “Net als de talrijke apps, websites en virtuele-realiteittoepassingen. In PZ Onzelvevrouw experimenteren we al een tijdje met VR-brillen. Of we leren patiënten met de app van De Lijn werken om hun mobiliteit te verhogen. Of we tonen een boeiende video op YouTube over verslaving, die dan als vertrekpunt dient voor een groepsgesprek. Ook artificiële intelligentie, die nu volop aan het boomen is, zal ongetwijfeld een impact hebben op de geestelijke gezondheidszorg.”

Zijn collega Margot Verschatse is het daarmee eens. “Blended hulpverlening biedt veel kansen. Het komt erop aan om per doelgroep te bekijken wat het beste werkt. We werken steeds meer op maat van de patiënt. Blended hulpverlening zal die evolutie nog een duwtje in de rug geven.”

THERAPIELAND

Zoals dat vaak gaat, verloopt de introductie van technologie met verschillende snelheden. De jongste jaren werd her en der al organisch en bottom-up geëxperimenteerd met de nieuwe mogelijkheden. Alles kwam in een stroomversnelling toen ook de Vlaamse overheid haar schouders eronder zette.

“Met de steun van de Vlaamse overheid schakelden we een versnelling hoger door ziekenhuisbreed accounts aan te kopen bij Therapieland. Dat is een Nederlands platform met tal

van uitgewerkte modules. Therapieland werkt met video, tekst, audio, opdrachten, vragenlijsten enzovoort. Het is erg interactief. Als hulpverlener kan je een patiënt een account geven, waarmee hij aan de slag kan,” zegt Margot. Alle klinieken en afdelingen van PZ Onzelvevrouw onderzoeken de mogelijkheden van Therapieland voor hun specifieke doelgroep. Margot werkt op de afdeling voor mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsstoornis. “Ik laat patiënten zelf kiezen met welke modules ze aan de slag willen,” zegt ze. “Ze voltooien de module op eigen kracht en tempo. Ik blijf in de buurt om te begeleiden waar nodig. Achteraf is er een nabespreking. Het online luik wordt dus geïntegreerd in de therapie.”

Bart werkt op de behandelafdeling voor patiënten met een verslaving. “Therapieland laat onze doelgroep onder meer toe om online een signaleringsplan te maken. Een signaeringsplan helpt patiënten signalen te herkennen die erop wijzen dat het niet zo goed met hen gaat. Op die manier kunnen ze de juiste, gerichte acties ondernemen zonder in hun verslaving te vervallen. We vullen het plan samen in en maken het zo concreet mogelijk.”

“Een bijkomend voordeel van de online toepassing is dat je het kunt linken aan het digitale patiëntendossier (Obasi). Heeft een patiënt een signaleringsplan gemaakt, dan meld ik dat in zijn dossier en dan kunnen ook andere zorgverleners ermee werken.”

“Een andere troef is dat de online modules stelselmatig vertaald worden,” zegt Margot. “Er zijn nu al Engelstalige, Turkse en Duitse modules beschikbaar. Dat is handig bij anderstalige pa-



tiënten of mensen die het Nederlands nog niet helemaal meester zijn. Ook dat is een stap naar zorg op maat.”

TESTEN EN EXPERIMENTEREN

De ontwikkelingen gaan snel, de mogelijkheden zijn groot. Denk aan blended nazorgtrajecten of online ondersteuning voor patiënten op een wachtlijst.

“We onderzoeken ook die mogelijkheden,” zegt Margot. “Blended hulpverlening kan een enorm verschil maken. Maar er moet nog een aantal zaken uitgeklaard worden. Bijvoorbeeld op het vlak van (juridische) verantwoordelijkheid. Elke patiënt, ook bij online hulpverlening, moet opgevolgd worden. Wie gaat dat doen voor mensen op de wachtlijst? Daarom focussen we eerst op het ontdekken van de mogelijkheden binnen het behandelprogramma. Ik ben er trouwens van overtuigd dat online hulpverlening nooit de echte zorgrelatie tussen patiënt en hulpverlener zal vervangen. Ze zijn complementair, ze versterken elkaar.”

“Medewerkers en patiënten moeten tijd en ruimte krijgen om met de nieuwe technologieën te leren werken,” vult Bart aan. “Er is nog enige

terughoudendheid. Hoe werkt het? Is het veilig? Er beweegt veel, maar we moeten tijd nemen om te testen en te experimenteren. Chatbots die in gesprek gaan met patiënten werken bijvoorbeeld nog niet perfect. We moeten daar voorzichtig mee zijn. Het luistert allemaal heel nauw in de geestelijke gezondheidszorg. Het is allemaal nog zo nieuw, dat we geen langetermijnresultaten kennen. De toekomst zal uitwijzen hoe effectief de nieuwe technologieën zijn.”

“Er is inderdaad meer onderzoek nodig,” vindt ook Margot. “Een app of een andere toepassing moet evidence based zijn voor we ermee werken. Om medewerkers en patiënten de mogelijkheden te laten ontdekken, organiseerden we in de cafetaria van het ziekenhuis onlangs een infostand. Er was veel belangstelling. Daarnaast stellen we via de beeldschermen elke maand een app voor. Bijvoorbeeld de Wakosta-app die je helpt bij budgetplanning. Of de Backup-app van de Zelfmoordlijn voor het maken van een crisisplan.”

PZ Onzelvevrouw blijft de ontwikkelingen op de voet volgen. Naast het pakket van Therapieland worden nu ook de mogelijkheden van KIT Online Application onderzocht. Wordt ongetwijfeld vervolgd.

DAG IN BEELD



1 "’s Morgens gaan we eerst iedereen groeten in de keuken. Ik doe dat nogal enthousiast," lacht Axelle. "Het is leuk om de dag goed te starten." "Dan hebben we een kort overleg met Marc, diensthoofd voeding. Samen met de koks overlopen we het menu," zegt Aagje. "Moeten we voor sommige patiënten uitzonderingen voorzien? Een aangepast dieet? We bekijken het samen."



2 "Daarna gaan we naar ons bureau voor administratief werk: mails checken, voedingsplannen aanpassen... Per afdeling maken we voor elke patiënt een kaartje. Daarop vermelden we een eventueel dieet of bepaalde voorkeuren, zoals vegetarisch. Die kaartjes gaan dan naar de keuken, waar de maaltijden worden verdeeld in maaltijdkarren per afdeling," zegt Axelle.



4 Tussen de consultaties door werken Aagje en Axelle de dossiers bij en bereiden ze de volgende consultaties voor. Elke week houdt Axelle ook een halve dag consultaties op afdeling 51. Dat is de gesloten afdeling voor patiënten met intensieve behandeling.



5 Naast de consultaties maken de diëtisten werk van sensibilisering. Tijdens de jaarlijkse Week van de Diëtisten in maart organiseren ze een infostand in de cafetaria rond een bepaald thema. Daar horen ook folders en proefjes bij. Af en toe geven ze infosessies over gezonde voeding en een gezonde levensstijl.

AAGJE MERLEVEDE WERKT AL 40 JAAR ALS DIËTISTE IN PZ ONZELIEVEVROUW. OP 1 MEI 2025 GAAT ZE MET PENSIOEN. AXELLE DE LANGHE VOLGT HAAR OP EN WERKT ZICH NU AL IN. AXELLE KENDE HET ZIEKENHUIS AL VIA STAGES EN VAKANTIEJOBS.



3 Na het administratieve werk zijn er de consultaties. Die vinden plaats in het onthaalcentrum. Aagje behandelt vooral patiënten met obesitas en metabool syndroom. "Veel patiënten hebben last van het metabool syndroom," zegt Aagje. "Door de medicatie hebben ze een verhoogde eetlust, waardoor ze op korte tijd soms veel in gewicht toenemen. We proberen hun eetpatroon stap voor stap aan te passen." Axelle focust zich op patiënten die kampen met eetstoornissen zoals eetbui stoornis, anorexia of boulimia nervosa. "Bij deze mensen ligt de nadruk op het ontwikkelen van een gezonde relatie met voeding, waarbij ook veel emotionele aspecten een rol spelen. Hiervoor is mijn opleiding tot gezondheidsbevorderaar een grote meerwaarde," zegt Axelle.



6 Zowel Aagje als Axelle wandelen graag. "Ik kom vaak te voet naar het werk en maak elke dag een avondwandeling," zegt Axelle. "Soms houd ik ook een consultatie al wandelend. Vooral met zeer introverte patiënten werkt dat beter dan tegenover elkaar aan een bureau zitten." Aagje is voorzitter van de Brugse Metten Wandelclub. "Elk weekend neem ik deel aan een wandeling van 10 tot 25 kilometer. Dat houdt me fit."

✕ Over schelpen en parels...



Afdeling voor langdurige Intensieve behandeling parelt in audit crustatieve zorg

Half oktober vond op de afdeling voor langdurige intensieve behandeling (afdeling 52) een audit plaats rond de kwaliteit van de Crustatieve Zorg, ook wel schelpzorg genoemd. Het team slaagde met glans en mocht als erkenning voor hun inzet van directeur zorg Inge Vanthuyne en kwaliteitscoördinator Joeri Alleweireldt een mooi aandenken in ontvangst nemen: een prachtige parel in een schelp.

Afdelingscoördinator Bart Devlieghere legt uit: "Het doel was om na te gaan hoe onze afdeling invulling geeft aan de domeinen van de crustatieve zorgmonitor. Deze intercollegiale visitatie, met niet alleen goed opgeleide interne auditoren, maar ook met collega's uit voorzieningen zoals OPZC Rekem en OPZ Geel, bood waardevolle inzichten. De audit voelde niet als controle, maar als reflectie en waardering. Ook patiënten en familie werden actief betrokken, wat het proces extra waardevol maakte", aldus Bart.

Afdeling 52 werkt nu verder enkele items die in het rapport naar boven kwamen, zoals de integratie van verpleegkundig werk met het strikt therapeutisch aanbod en het onderbouwen van een duidelijk therapeutisch concept voor deze doelgroep.

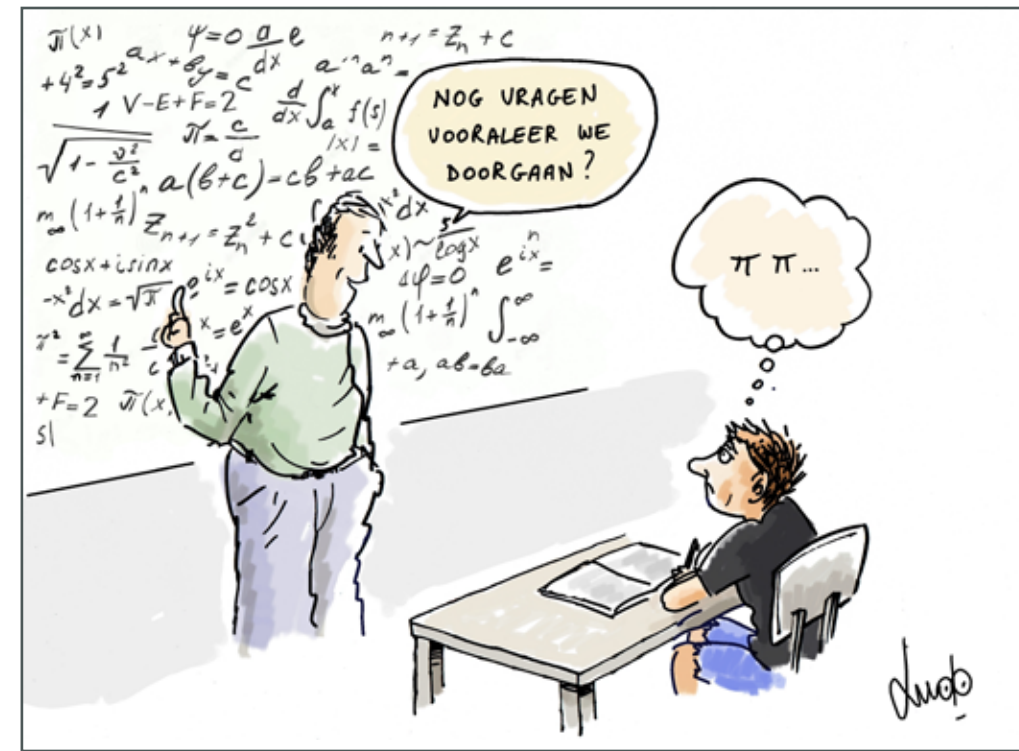


Hoe complimenteer je een 'crème' van een collega die uitblinkt in haar vak en een groot hart heeft voor de patiënt? Wel, noem haar een Parel!

Dat is exact wat de teamleden van Britt dachten. Britt is één van de zeven Parels van Verpleegkundigen die door beroepsorganisatie Netwerk Verpleegkunde in de bloemetjes gezet worden.

"Genomineerd worden door je collega's is echt wel een heel mooi compliment", aldus Britt die vlak na haar stage in PZ Onzelvevrouw hier ook aan de slag ging. Met heel veel passie ontfermt ze zich op haar afdeling over mensen met een persoonlijkheidsstoornis. "Een goed woordje of een schouderklopje wanneer het even moeilijk gaat, het zijn vaak ook de kleine dingen die het doen."

"Ik haal voldoening uit het helpen van mensen op een kwetsbaar moment in hun leven". Die motivatie straalt Britt ook volgens haar collega's ook af op zorgvragers. "Heel belangrijk is dat, want plezier in je werk, dat straalt je uit" aldus de kersverse Parel van een Verpleegkundige.



✕ INTER-ESSE, inspirerend & verbindend

PZ Onzelvevrouw presenteert **Inter-esse**, een nieuwe reeks praatavonden waarin menselijkheid, verbinding en de complexiteit van hulpverlening centraal staan.

Onder begeleiding van **Joris Hessels** ontdekken we samen met bijzondere gasten de kracht van verhalen en interactie.

Inter-esse – letterlijk "tussen-zijn" – is een verkenning van het schemergebied tussen mensen: een ruimte waar kwetsbaarheid, betrokkenheid en betekenis samenkomen.

Laat je inspireren door literatuur, filosofie, kunst en het delen van unieke perspectieven. Dit is een uitnodiging om verder te kijken dan de oppervlakte en je te laten raken door wat écht verbindt.

INTERESSE? SAVE THE DATE

Inter-esse vindt plaats in maart en in oktober.
In een eerste editie op 20 maart 2025 gaat Joris Hessels in gesprek met Ish Ait Hamou.



Joris Hessels (foto BONNIE & co)

Mis deze kans niet om deel te nemen aan een inspirerende avond vol inzichten en verbinding en hou onze website en social mediakanalen in het oog voor praktische informatie: www.pzonzelvevrouw.be.

"Ik weet nu al dat ik mijn nachtbureau zal missen"



"Toen ik 22 was, begon ik als psychiatrisch verpleegkundige in Kliniek Sint-Jozef Pittem. Het was 1985, een andere tijd, er waren nauwelijks vacatures. Ik wou overdag werken, maar vond alleen een job voor de nacht. Het zette me ertoe aan om even later een praktijk thuisverpleegkunde te starten voor overdag. Die kende zo'n succes, dat ik een jaar later helemaal voor de thuisverpleegkunde koos.

Ik werkte jarenlang als zelfstandige zeven dagen op zeven, zonder vakantie. De zaak bloeide, ik nam mensen in dienst. Maar de microbe van de psychiatrie had me te pakken. Ik miste het oprecht. Toen er een deeltijdse baan vrijkwam in Sint-Amandus Beernem, hapte ik toe. Het was nachtwerk, ik kon dus blijven combineren met de thuisverpleegkunde. Het was zwaar, maar ik deed het graag. Ik geef toe: werken is een verslaving voor mij.

De psychiatrie heeft me altijd nauw aan het hart gelegen. De nabijheid van de mens ... Ik kan het niet onder woorden brengen. Noem het gerust een roeping.

In 2002 kwam ik in PZ Onzelievevrouw werken. In 2010 nam ik ontslag om me volledig te focussen op de thuisverpleegkunde. Het mocht alweer niet baten. Ik miste de psychiatrie zo sterk, dat ik in 2012 terugkwam. Ik ben altijd de nacht blijven doen. Dat geeft vrijheid en autonomie. Ik ben graag mijn eigen baas.

Ik mocht met pensioen toen ik 64 jaar was. Maar op vraag van coördinator Stefaan ben ik nog een hele tijd 's nachts in PVT De Brugghe blijven werken, zij het minder uren. In december 2024 ben ik er definitief mee gestopt. Ik word binnenkort 67 jaar. Maar ik weet nu al dat ik mijn nachtbureau in het PVT zal missen. Al zal ik niet in een zwart gat vallen. Ik heb mijn gezin, ik lees graag, ik hou van film en muziek en ik wil nog een stukje van de wereld zien."

Hans DEBUSSCHERE
nachtverpleegkundige met pensioen