



Activiteitenverslag 2013

MISSIE

Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem is een pluralistische en vraaggestuurde organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg in de regio Oost-Limburg, die professionele interdisciplinaire antwoorden biedt op individuele zorgbehoeften, een belangrijke bijdrage levert aan de Vlaamse forensische zorg en een toonaangevende partner wil zijn in het ontwikkelen van zorgvernieuwing.

VISIE

OPZC Rekem wil vanuit zijn pluralistische visie respectvol omgaan met elke patiënt, bewoner en medewerker. De patiënten en bewoners met hun zorgbehoefte staan centraal in een kwaliteitsvolle, betaalbare zorg die gericht is op de reïntegratie in de maatschappij. De betrokkenheid van de patiënten, de bewoners en hun omgeving, de samenspraak met familie- en patiëntenorganisaties en de vrijwilligerswerking zijn essentieel. Het management-model Kwadrant stuurt de globale werking aan. De ambitie om voortdurend te verbeteren wordt ondersteund door het meten van de performantie.

We werken interdisciplinair, evidence based en maken gebruik van het stepped care-principe. We hebben bijzondere aandacht voor empowerment, de continuïteit van de zorg en de deskundigheidsbevordering.

OPZC Rekem levert een belangrijke bijdrage aan de forensische zorg, waarbij het kenniscentrum voor forensische psychiatrische zorg een cruciale wetenschappelijke rol op zich neemt.

OPZC Rekem wil meewerken om de vermaatschappelijking van de zorg en de extramuralisering te realiseren via de ontwikkeling van zorgcircuits vanuit zorgnetwerken.

Door een intensere samenwerking, door afspraken met diverse partners en door specialisatie wil OPZC Rekem de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg verhogen. Op die manier wil OPZC Rekem een toonaangevende partner zijn en bijdragen tot de zorgvernieuwing in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.

INHOUD

- 3 In memoriam
- 4 Inleiding: alle keuze
- 6 De structuur van OPZC Rekem
- 7 OPZC Rekem gaat op klinisch pad
- 9 Suïcidepreventie protocol
- 10 Sluiting Verslavingszorg en nieuwe oriëntatie
- 11 De functie van hoofdarts
- 12 Elektronisch patiëntendossier (EPD)
- 14 Jaaroverzicht
- 22 Het centraal thema Wonen
- 26 Therapeutische vernieuwing
- 28 Onthaalproject
- 31 Traject met leidinggevend en OPZC Rekem
- 33 Noolim 107
- 36 Hospilim en Hospilim+
- 39 OPZC Rekem in cijfers
- 41 Personeelsbezetting
- 44 Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

In memoriam

Thea Van den Heuvel

In 2013 nam OPZC Rekem afscheid van collega Thea Van den Heuvel. Zij werd geboren op 07.02.1958 en overleed op 03.02.2013. Als hulpverlener was Thea jaren actief in de zorg, als verpleegkundige en als hoofdverpleegkundige. Tot op het moment van haar overlijden werkte ze als stafmedewerker nursing, waarbij ze ook instond voor de coördinatie van de stagiairs en de leiding had over de medisch technische dienst (MTD). Kortom, ze was een duizendpoot met een enorme loyaliteit en bezorgdheid voor mensen.

*'Duizend en één mogelijkheden had je,
waarvan je er geen enkele hebt verspild.
Je hebt ze gebruikt voor jezelf,
zelfs nog vaker ten dienste gesteld aan anderen.
Als stafmedewerker en als stagecoördinator
gingen je talent en je passie hand in hand,
en bij jou was die combinatie ontzettend krachtig.
Op je werkplek voelde je je gelukkig,
je gaf je voor de volle honderd procent.
Op jou kon je rekenen, bouwen, vertrouwen,
maar samen met jou kon je ook lachen.
Je optimisme en je gulle lach en ook je inzet,
zullen altijd in onze herinnering blijven.'*

Inleiding

Alle keuze

25 mei was het verkiezingszondag. De moeder van alle verkiezingen: Vlaams, federaal, Europees. Anderhalve week na de bekendmaking van de uitslagen hebben we nog geen regering(en). De informateur is aangesteld en hij doet zijn werk. De kiezer heeft de kaarten niet eenvoudig geschud. De ene partij is aan zet, maar heeft blijkbaar weinig keuze. Een andere ligt in het midden van het bed. Veel winnaars dit jaar, dat wel. Grote, kleine, hier, daar... Anderen likken hun wonden. De kiezer wacht. Meervoudige verkiezingen, verschillende coalitiemogelijkheden. Alle keuze zo lijkt.

Het budgettaire klimaat lijkt wat minder breed. Voor OPZC Rekem als extern verzelfstandigd agentschap van de Vlaamse overheid en voor het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) staan er besparingen te wachten. Mogelijk kabbelt 2014 gestaag uit, maar 2015 dient zich zeker als moeilijk aan. Het was voorspeld.

Wat er met het bevoegdheidsdomein WVG zal gebeuren, is nog niet duidelijk. In het kader van de zesde staats-hervorming komen talrijke bevoegdheden van federaal naar Vlaanderen: Justitiehuisen, jeugdsanctierecht, overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, de bouw van ziekenhuizen... De kans dat WVG in zijn huidige vorm blijft bestaan, is klein: er is teveel beweging, teveel materie. Andere homogene pakketten dan we tot nu toe gewoon waren, dienen zich aan. Welzijn en samenleving, preventie, gezondheid, geestelijke gezondheid, kind, jeugd, justitie. Mogelijkheden te over voor gefundeerde keuzes, samenstelling volgens de noden of de kansen.

Voor de openbare psychiatrische ziekenhuizen is het afwachten wat er gaat gebeuren. Waar ze terecht komen. Bij wie ze onderdak vinden. Ze hebben een goede dynamiek ontplooid in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. Er werden stevige netwerken uitgebouwd, mobiele teams mee opgericht. Het lijkt of ze zich al voorbereid hadden op de *position switch*: OPZ Geel met For K, de forensische kinderpsychiatrische dienst; OPZC Rekem met het mid-security project voor geïnterneerden en het kenniscentrum voor forensische psychiatrie; KeFor: het snijvlak van geestelijke gezondheid, justitie, samenleving en welzijn. De eerste vijf jaar KeFor zitten er bijna op en het is kijken en zoeken naar de verdere financieringsmogelijkheden. Limburg Sterk Merk (LSM) was een belangrijke sponsor en er werden door het centrum mooie resultaten neergezet. Een onderzoek rond behandel-effectiviteit binnen forensische context kreeg de nodige persaandacht. Na de vorming van een nieuwe regering kan gekeken worden wat de bereidheid van Justitie en Volksgezondheid is om mee onderzoek rond geïnterneerden te ondersteunen. De afgelopen jaren waren een gemiste kans op dat vlak. Mogelijk is er meer zuurstof door het nieuwe FPC, het forensisch psychiatrisch centrum in Gent.

Maar OPZC Rekem is meer dan mid-security voor geïnterneerden, ruimer dan een kenniscentrum voor forensisch psychiatrische zorg. Het is een zorgcentrum met een stevige inbedding in de regio, een belangrijke zorgpartner, die voortdurend op zoek gaat naar vernieuwing.

Vorig jaar zijn we gestart met het stakeholderoverleg, een overlegtafel met een huisarts, Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), mutualiteit, eerstelijns Listel, vertegenwoordigers van patiënten en familie... Het is een boeiend verhaal, dat zoeken en schakelen tussen beleid en concrete realisaties met stakeholders.

Er werden nieuwe patiëntengroepen aangetrokken, bv. Korsakov en zorgpaden uitgebouwd. Daarnaast is er de dagelijkse zorg voor patiënten en bewoners zoals we dat al vele jaren doen. Binnen de context van vermaatschappelijking weliswaar. Functie vier, de gespecialiseerde residentiële zorg moet verder uitgebouwd worden in de 107 Noolim-context met partner MC St.-Jozef. Psychiatrische zorg is geen solitaire bezigheid. Het is een bruisende activiteit met vele personeelsleden, medebewoners en medepatiënten, professionals waaronder psychiaters, paramedici, verpleeg- en zorgkundigen, mensen die instaan voor administratie, financiën en logistiek. Degenen die op ons beroep doen voor goede psychiatrische zorg, hadden niet altijd een keuze in hun leven. Het is onze taak om iedere dag het beste van onszelf te geven. Ook wij hebben geen keuze...

Het is onduidelijk wanneer er een nieuwe regering komt, zowel Vlaams als federaal. Zowel de actuele toestand als de over te hevelen bevoegdheden zullen veel vragen, dit in een klimaat van financiële beperkingen.

Er is lang gediscussieerd over de staats hervorming. Patiënt en bewoner moeten er beter van worden. De operatie moet lonend zijn voor hen.

Hopelijk worden op politiek vlak de juiste keuzes gemaakt...

Rekem, 3 juni 2014

HANS SCHRÖTER
voorzitter raad van bestuur
OPZC Rekem

JOHN VANACKER
administrateur-generaal
OPZC Rekem

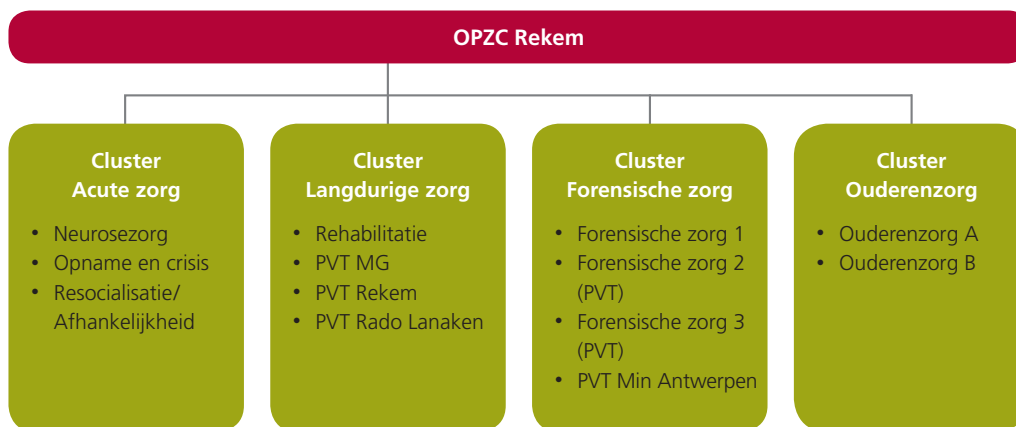
De structuur van OPZC Rekem

OPZC Rekem is een extern verzelfstandigd agentschap (EVA) met rechtspersoonlijkheid. Het zorgcentrum is samengesteld uit een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis.

In het **psychiatrisch ziekenhuis** krijgt elke opgenomen persoon een zorgprogramma op maat aangeboden. Hierbij wordt steeds maximaal gestreefd naar een terugkeer in de maatschappij. Binnen de reguliere psychiatrie kunnen patiënten terecht in de clusters Acute zorg, Langdurige zorg en Ouderenzorg. Daarnaast is OPZC Rekem ook gespecialiseerd in Forensische zorg en beschikt het over een kenniscentrum dat wetenschappelijk onderzoek voert op vlak van forensische psychiatrie. Het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen op de campus in Rekem.

Het **psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)**, is verdeeld over het cluster Forensische zorg en het cluster Langdurige zorg. Het cluster Langdurige zorg biedt aan haar bewoners een huiselijke woonomgeving, aangepast aan de noden van diverse doelgroepen, met name: chronisch gestabiliseerde psychiatrische bewoners en mentaal gehandicapten.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis situeert zich op drie campussen: in Rekem, Lanaken en Antwerpen. De campussen in Lanaken en Antwerpen bieden door hun locatie in een centrum extra mogelijkheden voor de bewoners om deel te nemen aan dagdagelijkse activiteiten in hun woonomgeving.



OPZC Rekem gaat op klinisch pad

Aanleiding

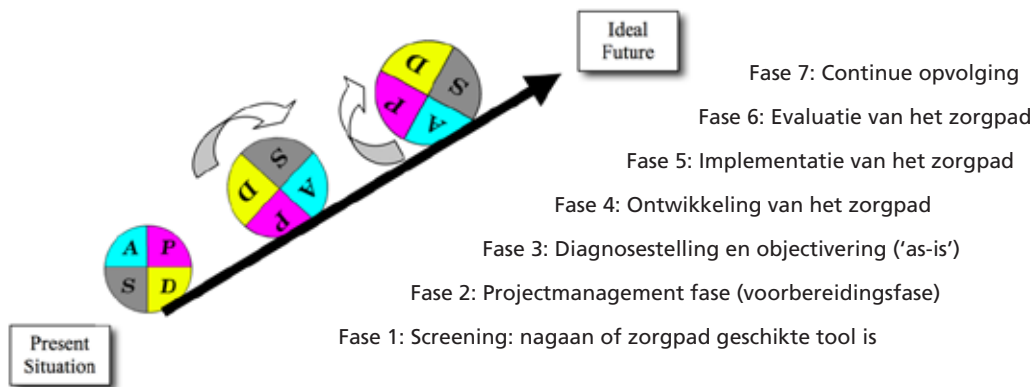
Eind 2012 sloot OPZC Rekem zich aan bij het Netwerk Klinische Paden, dat in 2000 opgestart werd op initiatief van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KU Leuven, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, het accent verder te leggen op *evidence based* werken en de zorgprocessen te optimaliseren. Gelijktijdig met de aansluiting, vatten de beide clustermanagers de opleiding tot Klinisch Pad Coördinator aan en werd intern gestart met het ontwikkelen van twee zorgpaden.

Een zorgpad bevat een zorgtraject voor een specifiek probleem of doelgroep, waarbij de mogelijk aan te bieden zorg, al dan niet transmuraal en bij voorkeur evidence based, binnen een bepaald tijds kader, wordt vastgelegd. Het zorgpad wordt bovendien samen met de betrokken hulpverleners uitgewerkt.

Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren, door het verbeteren van *risk-adjusted* resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik. (Vanhaecht e.a., 2007; E-P-A, 2008)

Bij het uitwerken van deze zorgpaden werd het zeven-fasenmodel gehanteerd.

De verschillende fases tijdens de ontwikkeling van het zorgpad



Toepassing

Binnen de clusters Langdurige zorg en Ouderenzorg werd een zorgpad Korsakov uitgewerkt.

Bij het werken met dit zorgpad werd er ook een voor- en nameting gedaan van een aantal indicatoren. Uit deze metingen werd afgeleid dat het werken met dit zorgpad een duidelijke verbetering inhield van zorginhoud en duidelijkheid rond werkverdeling. Er waren meer indicatoren terug te vinden in de dossiers die geïncludeerd waren in het zorgpad, dan bij de dossiers waar dat voorheen niet het geval was. Niet alleen intern werd het als een succeservaring beleefd door de betrokken teams, maar ook door de familie.

Positieve neveneffecten van het werken met dit zorgpad waren het uitwerken van een infofolder en een infobrochure voor familie en patiënt. Op deze manier wordt aan een van de pijlers, nl. familieparticipatie, tegemoetgekomen. De studiedag (zie pagina 19) die in november 2013 plaatsvond rond dit thema was een groot succes. Verwijzers, familieleden en eerstelijnswerkers reageerden massaal op het vormingsaanbod. Een nieuwe vormingsavond is reeds gepland.

Daarnaast werd de verdere transmurale werking voorbereid om ook daar het zorgpad in te bedden.

Binnen het cluster Forensische zorg werd geopteerd voor een zorgpad voor de forensische psychiatrische patiënt met een (secundair) afhankelijkheidsprobleem. Dit zorgpad is momenteel nog volop in ontwikkeling, maar wordt langzaam in de werking geïntegreerd. Dit zorgpad bouwt voor een groot deel verder op het reeds bestaande aanbod rond afhankelijkheid binnen het cluster Forensische zorg.



Bovendien werd in juni in het cluster Acute zorg gestart met een zorgpad (eerste) psychose. Dit zorgpad was eind december 2013 nog volop in ontwikkeling. Bedoeling is om dit zorgpad te implementeren medio 2014.

De eerste ervaringen van het werken met zorgpaden kunnen binnen OPZC Rekem zeker als positief omschreven worden. Ze zullen zeker nog gevolg krijgen. Mits de nodige aanpassingen en een duidelijke definiëring van de doelen, is de methodiek van zorgpaden goed toepasbaar binnen de psychiatrie.

Suïcidepreventie protocol

Van project tot protocol

Het Vlaams suïdecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. De cijfers voor België liggen in dezelfde lijn (Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, 2010).

Suïcidaal gedrag is het resultaat van een uniek complex van factoren. Suïcidale gedachten en gedrag kunnen direct geuit worden door personen, maar kunnen ook indirect uiting krijgen.

Hulpverleners hebben een significante rol bij interventies die het risico op suïcide reduceren.

Voor diagnostiek moet de hulpverlener een beeld krijgen van de ernst van de situatie en van het geheel van factoren die bij de individuele patiënt leiden tot suïcidaal gedrag. Dit is niet altijd een gemakkelijke opgave voor de hulpverlener.

Binnen OPZC Rekem werd in 2008 bij de zorgeenheid Opname en Crisis het verbeterproject *Suïcidepreventie* gestart. Op basis van het verzamelde materiaal uit een literatuurstudie en externe verkenning, werd een protocol voor risicotaxatie suïcidaliteit, met activiteiten en interventies gekoppeld aan de risicotaxatie, uitgewerkt. Het suïcidepreventie protocol werd ontwikkeld om de prognose van suïcide in te schatten, de zorgbehoefte versus zorgnoodzaak af te wegen en de zorg rond patiënten met suïcidaal gedrag te organiseren.

Na een proefperiode en evaluatiemoment werd het protocol geïmplementeerd bij Opname en Crisis. Vervolgens werd het voorgesteld aan artsen, verpleegkundigen en paramedici van alle zorgeenheden. In 2010 werd het suïcidepreventie protocol definitief geïmplementeerd in OPZC Rekem.

Verdere verfijning

In 2013 werd dit protocol opnieuw geëvalueerd in een werkgroep, samengesteld uit personeel van de verschillende zorgeenheden.

Uit deze evaluatie kwamen drie knelpunten naar voren:

- nood aan differentiatie tussen acute en chronische suïcidaliteit;
- het protocol is na drie jaar nog onvoldoende gekend en geïmplementeerd in de huidige werking van de zorgeenheden;
- verlies van vaardigheden bij personeel o.w.v. personeelwissels, vertrek uit zorgcentrum...

Rond deze knelpunten werd gewerkt. Zo werd het eerste knelpunt in de werkgroep aangepakt. Een nieuwe literatuurstudie zorgde dat ook de laatste nieuwe inzichten, betreffende omgaan met suïcidaliteit, meegenomen werden in het vernieuwde protocol. Als resultaat hiervan werd het oude protocol aangepast en verfijnd wat

betreft acute suïcidaliteit en verder uitgebreid naar chronische suïcidaliteit. Voor het tweede en derde knelpunt werden ook een aantal acties ondernomen. Zo werkten de referentiepersonen suïcidepreventie een training uit rond risicotaxatie suïcidaliteit. De vorming werd reeds in het cluster Acute zorg aangeboden en alle personeelsleden van dit cluster volgden ondertussen deze vorming. De eerste evaluatie van deze training was erg positief.

Daarnaast werden ook nog verdere stappen voorzien:

- er werd een artikel geschreven met als doel een publicatie betreffende dit suïcidepreventie protocol in het Nederlandse Tijdschrift voor Psychiatrie, te bekomen in 2014;
- er werd een aanvraag ingediend voor wetenschappelijk onderzoek bij het KCE (federaal kenniscentrum) om de effectiviteit van dit protocol te bestuderen;
- in de planning staat nog:
 - uitbreiding van het suïcidepreventie protocol met omgaan met zelfverwondend gedrag, wat te doen na een suïcidepoging (patiënt, personeel, familie, medepatiënten), wat te doen na een suïcide (patiënt, personeel, familie, medepatiënten);
 - voorstelling van het vernieuwde protocol aan de verschillende zorgeenheden van OPZC Rekem;
 - ontwikkelen van een train de trainer-cursus rond omgang met suïcidaal gedrag (assessment en behandeling), voor intern gebruik (naar analogie van Dynamo);
 - deze vorming jaarlijks aanbieden aan het personeel van de zorgeenheden van OPZC Rekem.

Sluiting Verslavingszorg en nieuwe oriëntatie

Eind 2012 werd in kader van het artikel 107, waarvoor 30 ziekenhuisbedden buiten gebruik gesteld dienden te worden, beslist dat de zorgeenheid Verslavingszorg werd gesloten. De finale datum lag op 15 maart 2013 (zie pagina 14) wat betekent dat de eerste maanden van 2013 volledig in het kader stonden van een correcte en respectvolle afronding van de nog lopende behandeltrajecten.

Begin juni 2013 werd in de zorgeenheid Resocialisatie de subunit Afhankelijkheid opgericht, gezien de toch duidelijke aanwezigheid van middelenproblematiek binnen het ziekenhuis. Hiervoor werden 10 bedden afgestaan door de zorgeenheid Neurosezorg en overgeheveld naar de zorgeenheid Resocialisatie.

Kortdurende en langdurende programma's waren er reeds bv. TEPsi/PAAZ in Genk in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en in de afdeling 17 van MC St.-Jozef te Munsterbilzen. Daarom werd geopteerd om een semi-langdurig programma van 6 tot 8 weken uit te bouwen om daarmee een hiaat op te vullen in het Limburgse hulpverleningsaanbod wat betreft verslaving.

Gezien de kleine schaal van de subunit en de daarbij horende beperkingen, werd gaandeweg de koers ingeslagen om deze subunit enkel te richten op de behandeling van afhankelijkheid aan legale middelen (alcohol en medicatie), meer bepaald bij personen waarbij de verslaving primair is en er geen prominente andere psychiatrische diagnose op de voorgrond staat.

Naast het residentiële behandelaanbod is er ook een dagtherapeutisch aanbod voorzien.

De functie van hoofdarts

De functie van hoofdarts werd in 2013 grotendeels door dr. Rikka Van de Velde ingevuld op interim basis. De interim situatie werd na een selectieprocedure in het najaar 2013 uitgeklaard door de aanstelling van dr. Van de Velde in deze functie. Dit bracht duidelijkheid omtrent de invulling van deze taak.

'Als hoofdarts vervul ik een brugfunctie tussen het medisch corps en de directie. De hoofdarts staat niet in een hiërarchische positie ten opzichte van het medisch corps. Op basis van overleg en consensusvorming wordt systematisch een draagvlak gecreëerd bij de collega-artsen om de nodige en noodzakelijke initiatieven uit te voeren voor het verwezenlijken van goede psychiatrische zorg.

Deze zorg is gericht op vermaatschappelijking en empowerment van de patiënt. Integratie van de patiënt in de maatschappij, gepaard met de nodige omkadering van zorg is de doelstelling.

Meerdere initiatieven hiertoe werden tot stand gebracht in 2013.

Ik denk hierbij aan de verdere uitbouw van het Noolim netwerk met de installatie van de mobiele teams en simultaan het buiten gebruik stellen van dertig ziekenhuisbedden. Verdere implementatie van de vernieuwde organisatiestructuur in het zorgcentrum, zoals weergegeven in het WAZO-reorganisatietraject (zie vorige jaarverslagen).

Waar vroeger de psychiatrische instellingen meestal een afzonderlijk eiland vormden, worden er nu meer en meer bruggen gebouwd naar de nulde, eerste en tweede lijn, andere psychiatrische zorgcentra en algemene ziekenhuizen. Voor de hoofdarts zie ik hier een belangrijke taak weggelegd bij het leggen, uitwerken en coördineren van deze contacten.'

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Stappen m.b.t. de uitrol

Als vervolg op het bouwen en testen van het elektronisch patiëntendossier in 2012 was het doel van het EPD-team in 2013 ervoor te zorgen dat elke patiënt en bewoner een digitaal dossier had. Na een grondige evaluatie werd beslist om op 6 februari 2013 van de testsituatie binnen 1 zorgeenheid over te stappen naar de productiesituatie, de zogenaamde *go live*. Vanaf dat moment worden alle gegevens ook effectief bewaard, wordt alles gelogd...

Na dit *go live* moment voor de pilootzorg eenheid werd de verdere uitrol van het basisdossier opgenomen. De uitrol en implementatie van het EPD is in 3 groepen van zorg eenheden gebeurd, gespreid over 2013. In het voorjaar zijn alle zorg eenheden van het cluster Acute zorg overgeschakeld van de oude papieren dossiers naar het nieuwe EPD. In mei en juni volgde het cluster Forensische zorg en in het najaar de clusters Ouderenzorg en Langdurige zorg. PVT Min (campus in Antwerpen) werd als laatste opgestart in november. De opstart ging telkens gepaard met vorming en ondersteuning gericht aan de desbetreffende zorg eenheden.

Vorming

- deze vorming was voor iedereen die in de directe zorg werkt en gebruik maakt van het EPD;
- meer dan 300 personeelsleden hebben één van de 60 vormingssessies gevolgd. Tijdens een drie uur durende opleiding kregen ze toelichting over de werking van het programma dat gebruikt wordt voor het EPD. Deze vormingen gingen door in het nieuw ingericht computerleslokaal;
- 50 personeelsleden kregen individueel toelichting over werken met het elektronisch patiëntendossier;
- na het starten met de elektronische dossiers werd er voor de zorg eenheden telefonische ondersteuning geboden door het EPD-team;
- er werd een vormingspakket over observeren en rapporteren opgesteld, dat door de verpleegkundig specialisten aan de zorg eenheden wordt aangeboden, om de kwaliteit van de observaties te verhogen.

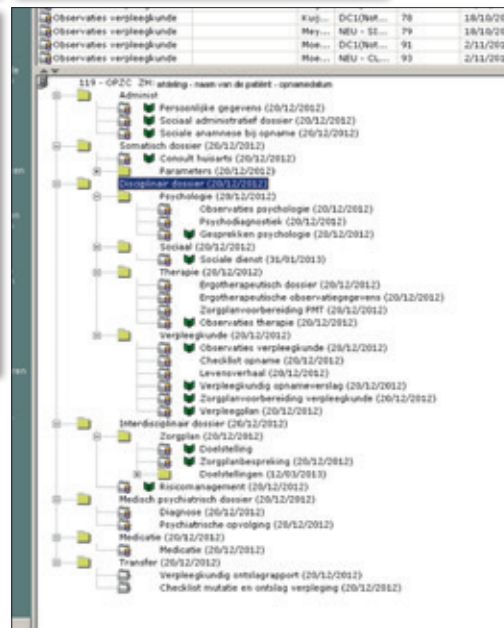
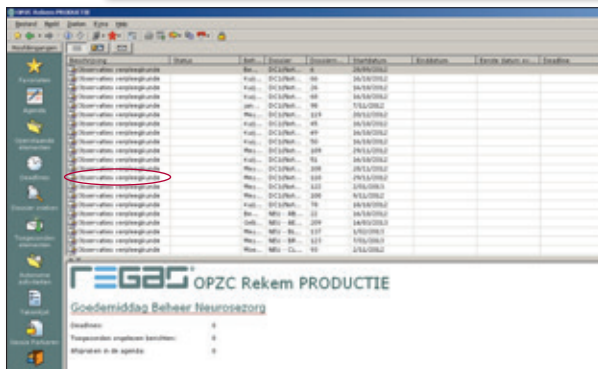
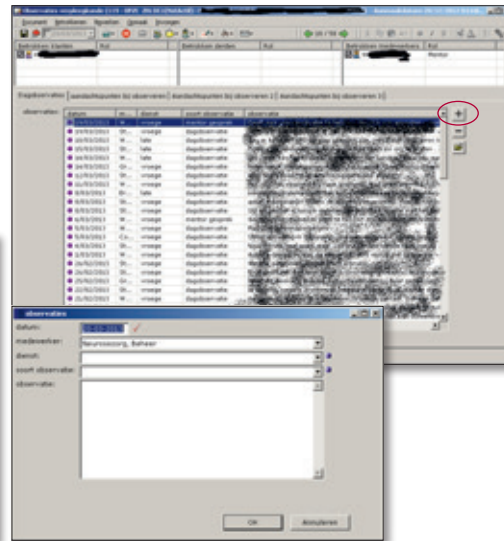
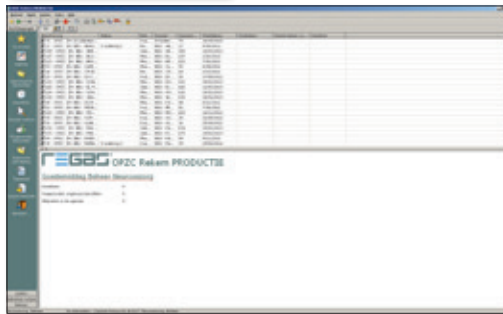
Dossier

- elke patiënt in het ziekenhuis en elke bewoner van het PVT heeft een elektronisch zorgdossier. Naast dit elektronisch dossier is er nog een papieren dossier nodig dat de stukken bevat die op dit moment nog niet geïntegreerd zijn in het EPD;
- het uitgerolde dossier bestaat uit een gemeenschappelijke basis, die in 2014 aangevuld wordt met de aan de zorg eenheid gebonden delen;
- elke vakgroep (verpleging, paramedici, maatschappelijk assistenten, artsen) heeft een eigen deel in het dossier en kan ook werken in het gemeenschappelijk stuk. Hierdoor kan de communicatie tussen de zorgverleners vlotter verlopen. Gezien de gegevens elektronisch bewaard worden op een server in het ziekenhuis is er vanop elke pc toegang tot het dossier mogelijk, uiteraard mits een personeelslid over de nodige toegangen beschikt.

Er werd tevens een evaluatie gemaakt van de aanwezige hardware binnen de zorg eenheid, waarbij er aanvullingen en wijzigingen gebeurden, indien dit nodig bleek om het werken met het EPD te faciliteren.

Op het ritme van de uitrol van het EPD werd gelijktijdig door de ICT-dienst overgeschakeld naar een nieuwe manier van werken. De client-server omgeving werd progressief omgeschakeld naar een terminal-server omgeving.

OPZC Rekem nam ook deel aan de bijeenkomsten van de gebruikersvereniging in België. Deze bijeenkomsten hebben enerzijds als doel om een gezamenlijke strategie te bepalen van alle Belgische gebruikers uit de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) naar de toekomstige ontwikkelingen m.b.t. de software. Anderzijds werkt deze gebruikersvereniging samen onderdelen van het EPD uit die met elkaar gedeeld worden. Op die manier worden een aantal modules ontwikkeld, vanuit een samen gedragen inspanning, waardoor de individuele inspanning van een lid beperkt is.



Jaaroverzicht

Gebeurtenissen 2013

14.03.2013 Kaas- en wijnavond vrijwilligers

15.03.2013 Officieel sluitingsmoment Verslavingszorg
Op vrijdag 15.03.2013 werd voor partners in de zorg, personeel en ex-patiënten een officieel sluitingsmoment georganiseerd voor Verslavingszorg. Het werd een mooi, maar voor velen ook een ontroerend afscheid (zie pagina 10).



15.03.2013 OFFICIEEL
SLUITINGSMOMENT
VERSLAVINGSZORG



21.04.2013 Erfgoeddag Rado Lanaken

13.05.2013 Dag van de verpleging – directie bakt wafels voor het personeel

29.05.2013 Officieel startschot voor Noolim in C-Mine Genk (zie pagina 33)

Op woensdag 29.05.2013 vond de officiële lancering van Noolim plaats in aanwezigheid van talrijke partners uit de zorgsector. Na een verwelkoming werd het forum geopend door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Daarna werden het Netwerk Oost-Limburg (Noolim) en de mobiele teams voorgesteld. Vervolgens kwamen er ook reflecties vanuit de eerstelijns via het Limburgs huisartsenplatform en vanuit de gebruikers via vertegenwoordiging van familie en patiënten. Na de voordrachten werd het geheel afgesloten met een netwerkreceptie.



29.05.2013 OFFICIEEL
STARTSCHOT VOOR
NOOLIM IN C-MINE GENK



- 03.06.2013 Voorstelling therapeutische vernieuwing
- 24.06.2013 Externe vormingsavond Icuero m.b.t. stakeholdersoverleg
- 28.06.2013 Debatavond POM Limburg voor externen met spreker Prof. Geert Van Hootegem
- 04.07.2013 Managementcomité WVG met bezoek aan Oud-Rekem
- 16.07.2013 Opstart stakeholdersoverleg OPZC Rekem

Op dinsdag 16.07.2013 ging het eerste stakeholdersoverleg bij OPZC Rekem van start. Het stakeholdersoverleg is een project van Icuero, samen met het Vlaams Patiëntenplatform, de ziekenfondsen en de Koning Boudewijnstichting. Dit project kadert binnen de context van goed bestuur in ziekenhuizen, waarbij wordt getracht een betere interactie te ontwikkelen met *stakeholders* (belangrijke belanghebbenden) over diverse thema's inzake de ziekenhuiswerking. Er werden 5 pilootprojecten opgestart in algemene ziekenhuizen. OPZC Rekem is het eerste psychiatrisch ziekenhuis dat hier ook aan deelneemt. In de pilootprojecten *stakeholdersoverleg* komen interne en externe vertegenwoordigers – stakeholders – samen rond belangrijke ziekenhuisbrede thema's en geven ze daarover een advies aan de raad van bestuur. Externe stakeholders zijn vertegenwoordigers van buiten het ziekenhuis. Bij OPZC Rekem zijn de huisartsen, CAW, de mutualiteiten, de eerstelijns Listel, de familie en patiënten vertegenwoordigd in dit overleg. Intern is er een afvaardiging van directie, raad van bestuur en artsen. Het project wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter.



16.07.2013 OPSTART
STAKEHOLDERSOVERLEG



08.09.2013 Open monumentendag met als thema de landbouwkolonie

Op zondag 08.09.2013 organiseerde OPZC Rekem rondleidingen op de huidige campus rond het thema van de landbouwkolonie. De landbouwkolonie ontstond uit het bedelaarsgesticht dat zich vanaf 1809 in het kasteel bevond. In 1853 en 1857 verwierf het gesticht de heidegronden in de Daalbroekstraat. De hoeve, een van de grootste uit het Maasland, had een uitgestrekt akkerareaal voor de voedselvoorziening van het gesticht en vanaf 1921 ook van het toen pas opgerichte krankzinnigengesticht. De uitbating stopte in 1991. Momenteel wordt het gebouw van de toenmalige landbouwkolonie gebruikt als manege en bezoekerscentrum.



08.09.2013 OPEN MONUMENTENDAG

10.10.2013 Studiedag *Start to care digital* i.s.m. OPZ Geel, Thomas More Kempen en hogeschool PXL Hasselt

12 en 13.10.2013 OPZC Rekem participeert in Zorgfestival in KRC Genk

Op zaterdag 12 en zondag 13.10.2013 organiseerde POM Limburg samen met partners uit de zorgsector een zorgfestival, een evenement ter promotie van de Limburgse zorg- en welzijnssector en zorggerelateerde sectoren. Op een aantrekkelijke, interactieve en prikkelende wijze kon de bezoeker kennismaken met zorg, werken in de zorg of werken voor de zorg. Beide dagen waren ambassadeurs van OPZC Rekem present om geïnteresseerden in de zorgsector te informeren en ze warm te maken om te werken in de geestelijke gezondheidszorg.



12 EN 13.10.2013 AFFICHE ZORGFESTIVAL

28.11.2013 Vormingsavond Korsakov

Op donderdag 28.11.2013 werd de eerste vormingsavond voor externen (partners uit de zorgsector, studenten en familieleden) georganiseerd. Het thema Korsakov was onmiddellijk een schot in de roos. Door het grote aantal inschrijvingen werd een aparte vorming voor interne personeelsleden voorzien. In het totaal schreven 143 externe partners zich in voor deze vorming. Vanuit diverse standpunten en disciplines (psychiater, psycholoog, verpleegkundige, orthopedagoog) werd het thema praktisch uitgelegd. Als laatste kwam ook een familielid aan het woord en was er nog een mogelijkheid om met een glaasje verder te netwerken. De feedback achteraf was positief, hetgeen zeker een stimulans is om dit concept verder te zetten met andere thema's. Rond Korsakov wordt ook nog een vervolgvorming voorzien.



28.11.2013 VORMINGSVOND KORSAKOV



Bezoeken in 2013

Naar jaarlijkse gewoonte kwamen weer diverse scholen kennismaken met de psychiatrie en met de werking van het psychiatrisch zorgcentrum via een programma van een halve of hele dag:

- 11.01.2013** 70 studenten ergotherapie PHL maken kennis met de praktijk
- 14.01 t.e.m.** Wico Campus St.-Maria Neerpelt – 6TSO Gezondheids- en
- 18.01.2013** Welzijnswetenschappen – 23 personen
- 25.01.2013** KA Maaseik – 5^e en 6^e Hum. Wetenschappen – 33 personen
- 04.03.2013** VSPW Hasselt – zorgkundigen – 21 personen
- 18.03.2013** VSPW Hasselt – zorgkundigen – 22 personen
- 21.03.2013** BSO Mariaburcht Stevoort – 5^{de} jaar – 28 personen
- 16.04.2013** De Helix – Maasmechelen – 6STWA – 24 personen
- 18.04.2013** Kindheids Jesu Hasselt – Humane wetenschappen – 37 personen
- 22.04.2013** Sint-Augustinus Bree – Humane wetenschappen – 28 personen
- 23.04.2013** De Helix Maasmechelen – 6STWB – 22 personen
- 14.10.2013** VSPW Hasselt – 22 personen
- 17.10.2013** Don Bosco College Hechtel – 6^{de} jaars – 17 personen
- 18.10.2013** VSPW Hasselt – 25 personen
- 08.11.2013** PXL Hasselt – Medical Management Assistant – 21 personen
- 16.12.2013** KTA2 Villers Hasselt – Thuis- en Bejaardenzorg – 22 personen
- 17.12.2013** Sint-Augustinus Bree – 7^{de} jaar Thuis- en Bejaardenzorg – 15 personen



14.01–18.01.2013 WICO CAMPUS ST.-MARIA NEERPELT

'Dit was echt een week om nooit te vergeten! We hebben onze ogen de kost kunnen geven. De sessie die de stagebegeleider gaf was zeer fijn omdat we konden ervaren hoe het was om een hele hoop complimentjes te krijgen. Een therapeut had ons een leuke namiddag bezorgd met expressie. De getuigenissen van de ex-forensische patiënt en de verpleegster waren beiden zeer boeiend en eerlijk. Het is ongelooflijk om te horen van waar die ex-patiënt komt en tot waar hij nu gekomen is. Dan merk je ook meteen dat OPZC Rekem echt knap te werk gaat. De verantwoordelijke van de manege had ons een goede uitleg gegeven over hippotherapie. Het is ook echt enorm boeiend. Al de mensen die ik vernoemd heb zijn slechts een deel van de grote samenhang tussen personeelsleden. Ook degene die ik niet vernoemd heb wil ik ook graag bedanken. De patiënten waren hele toffe mensen! Mijn kijk op psychiatrie is duidelijk veranderd. Bedankt voor alles!'

VICKY
STUDENT WICO CAMPUS ST.-MARIA NEERPELT



14.01–18.01.2013 WICO CAMPUS ST.-MARIA NEERPELT

'Bedankt voor de interessante, boeiende week. Wij hebben enorm veel bijgeleerd over OPZC Rekem en over psychiatrische patiënten en psychiatrie in het algemeen. Onze visie over psychiatrie is enorm veranderd. Het filmeffect is weg, we hebben een realistisch beeld gekregen over de psychiatrie. Ons respect voor psychiatrische patiënten, psychiatrisch personeel is gegroeid. Wij kunnen nu verschillende handelingen van personen beter begrijpen. Bedankt aan het personeel dat ons goed ontvangen heeft. Bedankt aan de patiënten die enthousiast meededen met onze activiteiten. Bedankt aan iedereen die zijn steentje heeft bijgedragen om van deze week een onvergetelijke week te maken.'

JANA
STUDENT WICO CAMPUS ST.-MARIA NEERPELT

Daarnaast werden ook nog andere bezoekers ontvangen

- 28.02.2013** Bezoek georganiseerd door CC Lanaken – 20 personen
- 26.04.2013** Bezoek Mondriaan zorggroep – Vijverdal in kader van een teambuilding – 24 personen
- 31.05.2013** Vlaamse diabetes vereniging Maaskant/Oost-Limburg – 19 personen

Het centraal thema Wonen

Een interdisciplinair verhaal

In 2013 werd het centraal thema *Wonen* verder ontwikkeld. Wonen is een belangrijk terrein van rehabilitatie en bestaat uit 3 aspecten, die elk een belangrijke bijdrage leveren tot het welzijn van mensen:

- over een woonst kunnen beschikken;
- een thuis hebben;
- over die vaardigheden beschikken die je in staat stellen om voor jezelf te kunnen zorgen (wooncompetenties).

Omwille van het belang van deze aspecten, omdat het thema de verschillende clusters en zorgeenheden overschrijdt en omwille van het groeiend belang van de vermaatschappelijking van de zorg, werd *Wonen* in OPZC Rekem als centraal thema weerhouden. Om het beleid m.b.t. *Wonen* inhoud en vorm te geven, wordt zoveel mogelijk de intern aanwezige expertise hierrond samengebracht.

OPZC Rekem kiest ervoor de patiënten en bewoners zoveel mogelijk een zorg op maat te bieden. Daarvoor wordt vertrokken van de patiënt/bewoner en zijn zorgbehoefte. Tijdens de interdisciplinaire zorgplanbesprekingen, zoveel mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/bewoner, dient het levensdomein wonen onderzocht te worden. Hierdoor kunnen bepaalde behoeften aan observaties, assessments en trainingen met betrekking tot wooncompetenties omschreven worden. Zowel binnen de zorgeenheid als in de Woonwijzer (zie verder bij toepassingen) kunnen observaties en assessments gebeuren om meer informatie te geven over de behoeften van de patiënt/bewoner op het vlak van wonen. Op basis van deze observaties en assessments worden behandel- en begeleidingsdoelstellingen bepaald en vertaald naar concrete interventies.

Deze interventies zijn gebaseerd op het denken en wetenschappelijk onderzoek rond herstel en rehabilitatie. Patiënten en bewoners nemen zoveel mogelijk zelf problemen op, zich baserend op de eigen kracht. Ze worden gestimuleerd de besturing van hun leven zelf in handen te nemen.

In principe zijn alle medewerkers in de zorg van OPZC Rekem betrokken bij het thema *Wonen*. Meer specifiek hebben hier voornamelijk de mentor van de patiënt/bewoner, de zorg- en verpleegkundigen, de maatschappelijk assistenten, de ergotherapeuten binnen de zorgeenheid en de ergotherapeuten van de Woonwijzer een belangrijke opdracht. De opvolging en beleidskeuzen worden genomen door de kernteams van de zorgeenheden, de hoofdgeneesheer, het hoofd nursing en het hoofd therapie. Het hoofd therapie heeft als verantwoordelijke van de centrale thema's een coördinerende rol.

Toepassingen

In OPZC Rekem bestaan er een aantal initiatieven m.b.t. woontraining:

- in de respectievelijke leefgroepen/zorgeenheden vervullen patiënten en bewoners taken waarbij ze hun vaardigheden op het vlak van wonen onderhouden en aanscherpen. De zorgeenheid met de leefgroepen, is een laboratorium waar de verschillende aspecten van wonen kunnen geobserveerd en geoefend worden. De zorgeenheid biedt een omgeving waar de patiënt/bewoner kan experimenteren met zijn wooncompetenties onder gecontroleerde omstandigheden;
- op het niveau van de zorgeenheden wordt tijdens de zorgplanbesprekingen overlegd over de zorgbehoeften van patiënten en bewoners op het vlak van *Wonen*.

De 3 aspecten van wonen worden onderzocht. Voornamelijk vanuit het sociaal werk wordt gekeken naar de



WOONTRAINING BIJ WOONWIJZER



behoeften m.b.t. het hebben van een woonst. De wooncompetenties worden vooral door de ergotherapeuten en de verpleegkundigen geobserveerd. Het aspect *een thuis hebben* kan door elke discipline bekeken worden. Op basis van deze gegevens stelt het interdisciplinair team de noden en behoeften m.b.t. wonen vast in overleg met de patiënt/bewoner. Vanuit deze behoeften worden de doelstellingen en hieraan gekoppelde interventies vastgelegd;

- in de clusters Acute en Forensische zorg zijn specifieke leefgroepen opgericht voor woontraining. Voor deze woontraining zijn telkens een aantal bedden afgezonderd van de zorgeenheid, waarbij ter voorbereiding van een nakend ontslag, de wooncompetenties van patiënten/bewoners uit het zorgcentrum worden getraind. Er is een specifiek programma opge maakt dat, vertrekkende vanuit een zekere zelfstandigheid van de patiënt/bewoner, gericht is op wonen in al zijn aspecten. Dit is een experimenteer- en trainingsruimte die 24 op 24 uur het wonen als doelstelling heeft;
- in de clusters Langdurige (PVT Rado) en Ouderenzorg zijn er patiënten en bewoners die betrekkelijk zelfstandig op studio's wonen en daarbij begeleid worden. Het vertrekpunt is identiek aan dit van woontraining. Enkel in PVT Rado kan het ook een vorm zijn van definitief wonen met maximale zelfstandigheid;
- in de *Woonwijzer* kunnen patiënten/bewoners terecht voor een zorg op maat met betrekking tot wooncompetenties. Het vertrekpunt daarbij is een analyse van ieders zorgbehoeften i.v.m. het thema wonen. Dit gebeurt a.d.h.v. overleg met de betrokkenen en observaties m.b.t. hun vaardigheden op het vlak van wonen. Er wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt/bewoner en met zijn mogelijkheid tot leren. In functie van deze zorgbehoeften bouwt de *Woonwijzer* de nodige specifieke expertise rond woontraining op, bundelt deze en stelt ze ter beschikking van patiënten/bewoners en hun zorgeenheden. Een goede inschatting van de mogelijkheden van de patiënt/bewoner is van belang, om gericht te kunnen zoeken naar de beste oplossing binnen de beschikbare woonvormen. De doelstellingen van de woontrainingen worden individueel en op maat van de patiënt of de bewoner geformuleerd.



Deze doelstellingen zijn o.a.:

- het inventariseren (observeren), het aanleren en bevorderen (trainen) en het onderhouden (bestendigen) van de belangrijkste wooncompetenties;
- het verwerven van de woonvaardigheden die haalbaar zijn voor en gewenst zijn door de patiënt (toepassen van het geleerde; generaliseren);
- het bieden van zinvolle activatie m.b.t. woonvaardigheden in een omgeving buiten de eigen zorgseenheid (ontmoeten);
- het ondersteunen van de begeleiders van de woontraining en het studiewonen in het zorgcentrum.

Enkele voorbeelden van interventies of zorgactiviteiten zijn:

- training van huishoudelijke vaardigheden:
 - gezond en lekker leren koken;
 - zelfstandig leren winkelen, poetsen, kleding wassen en strijken...
 - zorg dragen voor veiligheid in huis: preventie van brand en CO-vergiftiging, elementaire EHBO...
 - bewust en verantwoord leren omgaan met een huishoudbudget;
- het leren kennen en in acht nemen van elementaire verkeersregels, afspraken rond afval sorteren...
- verantwoorde zelfzorg: hygiëne, lichaamsverzorging, gezonde voeding...
- wat komt er allemaal kijken bij het zoeken/huren van een woning (samenwerking en afstemming met de maatschappelijk assistenten).



De werkwijze is gebaseerd op het aanvaarden van sommige problemen, het behouden van actuele mogelijkheden en het in kaart brengen van mogelijke groei. De individuele patiënt/bewoner kan een aantal woonvaardigheden trainen en onderhouden voor zover zijn zorgplan dat vraagt. Op die manier kan naar de wensen van de patiënt/bewoner gewerkt worden aan een hogere zelfredzaamheid. De patiënt/bewoner wordt in zijn mogelijkheden bekrachtigd en zijn vaardigheden worden eventueel uitgebreid. De aanpak vertrekt vanuit een autonomie ondersteunende, een competentie bevorderende en een warme context, die overeenkomt met het therapeutisch klimaat binnen de zorgseenheid.

Therapeutische vernieuwing

In 2013 werd de therapeutische vernieuwing, zoals gepland in het WAZO-reorganisatietraject, verder geïmplementeerd. Terwijl 2012 het jaar van de principiële verbinding van paramedici aan clusters en zorgeenheden was, werd 2013 het jaar van de effectieve verbinding. Meer bepaald op 3 juni 2013 kenden we de D-day van de therapeutische vernieuwing. Doel van deze vernieuwing is het optimaliseren van de therapeutische zorg, door de zorg meer gedecentraliseerd te organiseren, meer op maat ook van de patiënt/bewoner en zijn werkelijke zorgbehoefte.

Bevragingen van patiënten en zorgeenheden

Om deze therapeutische zorg af te stemmen op de zorgbehoeften, werden zowel de patiënten/bewoners als de zorgeenheden bevestigd:

- de bevestiging van de patiënten en de bewoners in 2012 resulteerde in de volgende conclusies:
 - patiënten en bewoners voelen zich sterk betrokken bij het therapeutisch aanbod, dat blijkt uit het grote aantal respondenten (217);
 - patiënten en bewoners zijn tevreden over hun aangeboden weekprogramma: 86% van de respondenten zijn daarover minstens tevreden;
 - patiënten en bewoners waarderen de diversiteit van het aanbod. Verschillende patiënten/bewoners geven zeer verschillende activiteiten aan als een meerwaarde voor hen;
- uit de bevestiging van de zorgverleners, werkzaam binnen de zorgeenheden, naar de behoeften van hun patiënten of bewoners, blijkt dat:
 - de grote diversiteit aan therapieën behouden moet blijven;
 - aangeraden wordt ook te zorgen voor een goede afstemming van wat centraal gebeurt op wat patiënten, bewoners en zorgeenheden nodig hebben;
 - ook het belang van een goede communicatie tussen zorgeenheden en centraal werkende therapeuten wordt benadrukt.

Onderzoek van Stefaan Baert (2007)

De therapeutische vernieuwing baseert zich verder op het onderzoek van Stefaan Baert (2007) naar wat mensen verstaan onder een goede psychiatrische behandeling. Volgens dit onderzoek is een goede psychiatrische behandeling vooral:

- betaalbaar voor de patiënt;
- een behandeling die de patiënt betreft bij de behandeling;
- een behandeling op maat van de patiënt;
- een behandeling waarbij men zo respectvol mogelijk omgaat met de patiënt;
- een behandeling die de continuïteit van de zorg garandeert;
- een behandeling waarin de patiënt goed wordt bejegend.

Met deze resultaten wordt bij de organisatie van de therapeutische zorg in OPZC Rekem zoveel mogelijk rekening gehouden.

Van zorgbehoefte naar zorgresultaat

Om de therapeutische zorg te verbeteren wordt getracht om vooreerst een duidelijk zicht te krijgen op de belangrijkste zorgbehoeften van patiënten en bewoners. Factoren die een invloed hebben op deze zorgbehoeften zijn o.a. de zorgvraag, de eigen aard van de patiënt/bewoner en de diagnose(s) die op hem/haar van toepassing zijn. Tijdens de interdisciplinaire zorgplanbesprekingen, bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt/bewoner zelf die inspraak krijgt, wordt een kwalitatieve en getrapte zorg georganiseerd, rekening houdend met de aanwezige expertise in OPZC Rekem. Deze kwalitatieve zorg wordt waargemaakt dankzij een goede therapeutische relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger en dankzij een geschikt therapeutisch klimaat binnen de zorgeenheid of in de leefgroep. Deze *evidence based practice* baseert zich op wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaring en houdt rekening met de waarden en wensen van de patiënt/bewoner. Ook de belangrijkste personen uit het sociaal netwerk van de patiënt/bewoner worden zoveel als mogelijk betrokken bij zorg en nazorg. Op die manier worden het welzijn, de gezondheid, de levenskwaliteit, de veiligheid, de zelfsturing, de autonomie, de rehabilitatie en re-integratie van de patiënt/bewoner zoveel mogelijk beoogd als zorgresultaat.

Naadloze zorg

In het kader van een naadloze zorg is het belangrijk om zorg, zoals die georganiseerd wordt in OPZC Rekem in te schakelen in zorgcircuits. Daarvoor is communicatie met andere zorgverleners, die betrokken zijn met de patiënt/bewoner, zowel voor, tijdens als na de opname, cruciaal. Belangrijke zorgverleners kunnen in dat kader uitgenodigd worden bij zorgplanbesprekingen tijdens de opname en voor een ontslag.

De therapeutische vernieuwing is een dynamisch proces, dat voortdurend geëvalueerd en bijgestuurd wordt. Medewerkers en patiënten/bewoners worden regelmatig naar feedback gevraagd teneinde de therapeutische zorg stapsgewijs te verbeteren. Ook in 2014 wordt deze uitdaging verder opgenomen door alle betrokken medewerkers: zorg- en verpleegkundigen, paramedici, programmacoördinatoren, verpleegkundig leidinggevend, artsen en directie.

Onthaalproject

Einde 2013 werd het Onthaalproject voor nieuwe personeelsleden gefinaliseerd en kon de implementatie beginnen.

Waarom een onthaalproject?

Verschillende redenen of behoeften hebben de nood aan een onthaalproject duidelijk gemaakt.

De meest belangrijke is wel de overtuiging dat de eerste indruk bij tewerkstelling erg bepalend is voor een goede start binnen de nieuwe werkomgeving. Het Onthaalproject wil ervoor zorgen dat een nieuwe collega zo snel mogelijk op een comfortabele manier aan de slag kan, zodat hij/zij snel ingewerkt is en meedraait als een volwaardig teamlid.

Tegelijk beoogt dit Onthaalproject dat alle nieuwe personeelsleden op dezelfde manier onthaald worden, dezelfde informatie krijgen, zodat iedereen dezelfde taal spreekt, dezelfde regels hanteert en deze ook juist interpreteert.

Wat is er zo bijzonder, of zo nieuw, aan het Onthaalproject? Een aantal elementen springen er uit:

- voortaan wordt elk nieuw personeelslid gedurende een 2-tal weken aan een peter of meter gekoppeld. Bedoeling is dat hierdoor een belangrijk deel van de basisinformatie snel en correct wordt doorgegeven aan de nieuwe collega. Tegelijkertijd is het de bedoeling dat de meters/peters hun nieuwe collega onthalen en wegwijs maken binnen de dienst/zorgeenheid. Ze zijn een beetje hun ankerpunt voor de eerste weken. Om dit allemaal gestroomlijnd en uniform te laten verlopen, werden de kandidaat peters/meters, na screening door hun leidinggevende, in 2 half-daagse sessies uitgelegd wat er van hen verwacht wordt, op welke kwaliteiten ze hierin aangesproken worden...;
- de Onthaalcoördinator nodigt de nieuwe collega tijdens de eerste werkweek uit voor een kennismakingsgesprek. Het opzet hiervan is dat de nieuwkomer kan ventileren als hij/zij zich onzeker voelt over de dienst/zorgeenheid/patiëntenpopulatie/... Het gaat tijdens dit gesprek vooral over *hoe goed voel ik mij/vind ik mijn plaats*, waarbij dit wordt afgetoetst in een veilige omgeving, waar vertrouwen belangrijk is. Een gelijkaardig overleg wordt voorzien na 1 maand, na 3 maanden en aan het einde van het jaartraject. De Onthaalcoördinator toetst ook of de nieuwe collega alle nodige informatie en middelen heeft gekregen, zodat hij/zij naar behoren kan functioneren;
- vrij snel na de indiensttreding wordt de nieuwe collega uitgenodigd voor de Onthaaldag. Er is een korte kennismakingsronde voorzien, waarna er een powerpoint-presentatie wordt gegeven over een stukje geschiedenis van het zorgcentrum, het organogram zodat mensen hun plek letterlijk zien, de waarden die gehanteerd worden, de HR-policy... De traditionele gelegenheid tot het stellen van vragen is de afsluiting van deze Onthaaldag;
- vanaf de Onthaaldag start voor elke nieuwe collega het jaartraject van workshops, die verplicht worden bijgewoond. Deze thema's zijn o.a.: het arbeidsreglement, de patiëntenrechten, de dienst Communicatie, een rondleiding over de campus, de organisatie van gezondheid en wetgeving, het reorganisatietraject WAZO, de procedures en formulieren...;
- een laatste nieuwigheid binnen het Onthaalproject zijn de checklists en evaluatielijsten. Een nieuw personeelslid ontvangt vanaf zijn/haar eerste werkdag een checklist, waarop alle items worden opgesomd die belangrijk zijn voor het correct en degelijk uitvoeren van de nieuwe job. Ook krijgt hij/zij een evaluatielijst omtrent het peter/meterschap, om een zicht te krijgen over hoe het peter/meterschap ervaren wordt en eventueel om bij

te sturen indien nodig. De leidinggevende houdt een andere checklist bij, die door zowel het nieuwe personeelslid, als door de leidinggevende ondertekend wordt, die daarna wordt opgenomen in het personeelsdossier als bewijs voor de Sociale Inspectie. Aan de peters/meters wordt jaarlijks gevraagd om een evaluatielijst in te vullen over hoe zij hun taak als peter/meter ervaren, kunnen verbeteren...

Deze vijf topics zijn de meest belangrijke wijzigingen ten aanzien van de vroegere werking. Op deze manier wordt een meer uniform onthaalbeleid neergezet, met als doel het snel en correct inwerken van nieuwe personeelsleden.

Enkele getuigenissen:

'Op 10 februari 2014 tekende ik mijn eerste startbaancontract. Ik wist niet waar ik me aan moest verwachten totdat de 1^{ste} dag aanbrak. We moesten ons aanmelden bij de dienst Personeelsbeheer waar een medewerker ons verder hielp. Het eerste contact was heel aangenaam, ze zorgen dat je direct op je gemak bent. De eerste dag binnen de zorgseenheid was ook aangenaam, je wordt goed opgevangen. We kregen een mail van het Onthaalproject waarbij ze ons een rondleiding gaven wat heel interessant was. Hier konden we overal eens binnen een kijkje nemen waardoor je de werking van de verschillende zorgseenheden kon bekijken. Ik vond het project zeer positief en zou het zeker overdoen.'

WOUTER

NIEUWE MEDEWERKER, ZOR GKUNDIGE PVT REKEM



'Voor mij is het Onthaalproject heel interessant! Vooral de rondleiding over de gehele campus vond ik zeer interessant. Doordat ik bij de Aankoopdienst tewerkgesteld ben moet ik dus regelmatig voor de verschillende zorgenheden bestellingen doen. Nu kan ik ook beter plaatsen waarom ze bepaalde dingen bestellen of nodig hebben. Het is ook heel leuk dat je als nieuw personeelslid zo goed opgevangen wordt. Als je voorheen nog nooit in zo'n grote infrastructuur gewerkt hebt, ben je blij dat je weet bij wie je terecht kan, mocht dat nodig blijken. Ik kijk dus zeker uit naar de volgende workshops!'

SARAH

NIEUWE MEDEWERKER, ADMINISTRATIEF MEDEWERKER AANKOOPDIENST

'Toen ik vernam dat er peters en meters gezocht werden om nieuwkomers wegwijs te maken in de organisatie, heb ik mij onmiddellijk kandidaat gesteld. Dat leek me wel iets voor mij!

Alles was goed voorbereid. Zo kregen we eerst zelf een opleiding om goed op de hoogte te zijn van een aantal zaken, bv. op vlak van de tikklok of het ICT-gebruik en het intranet. Dit was heel nuttig en ik stelde vast dat ik toch zelf nog dingen heb bijgeleerd, ondanks het feit dat ik nu toch al meer dan 10 jaar voor OPZC Rekem werk!

Ik ben intussen één keer meter geweest. Dat is goed verlopen, dankzij de documenten die we ter beschikking kregen, dat geeft een houvast en zo weet je dat je volledig bent in je informatie. We werden ook goed begeleid door de leden van de werkgroep.

Het is ook fijn dat we nog regelmatig van de onthaalprojectgroep blijven horen. Zo worden we op de hoogte gehouden van de workshops en van de rondleidingen die georganiseerd worden.

Een heel mooi project dus, waar ik graag aan verder werk en waardoor nieuwe medewerkers hopelijk een goede eerste indruk behouden van hun eerste dagen in OPZC Rekem!'

EVELINE

METER IN HET ONTHAALPROJECT, DIRECTIESECRETARIAAT

Traject met leidinggevenden OPZC Rekem

Context

In 2010 werkte een uitgebreide en representatieve groep medewerkers tijdens een tweedaags strategisch seminarie een missie en visie uit voor OPZC Rekem. Naast de missie en visie formuleerde deze groep eveneens vier waarden. Deze waarden zijn: verbondenheid, zorgzaamheid, integriteit en innovatie.

Na dit seminarie werd een werkgroep opgericht met als doelstelling het actief ondersteunen van een cultuurverandering binnen OPZC Rekem, d.m.v. het implementeren van de vier waarden. Als eindresultaat wordt een gedragsgerichte verandering bij medewerkers, alsook een voedingsbodem om de missie en visie te realiseren beoogd.

Methodiek

Het opzet was om te werken met jaarcampagnes. In 2012 vond het startschot plaats van de eerste waardencampagne, in het teken van verbondenheid. Op verschillende manieren en in diverse lagen van de organisatie werden een heleboel acties georganiseerd om het thema inhoud en vorm te geven en het kenbaar te maken aan iedere medewerker van OPZC Rekem.

Tegelijkertijd werd een apart traject opgestart voor alle leidinggevenden van de organisatie, zowel leidinggevenden uit de zorg als leidinggevenden van de ondersteunende diensten. Deze groep van leidinggevenden kwam 4 keer gedurende een halve dag samen. Door middel van allerlei oefeningen en methodieken, begeleid door de werkgroep, verdiepten zij zich in het thema verbondenheid.

Naast dit traject voor leidinggevenden, waaraan zorg en administratie samen deelnamen, stapten de leidinggevenden van de zorg in een apart vormingstraject, begeleid door een extern bureau met als opdracht via de waarderende benadering in te zetten op 3 sporen:

- het creëren en bevorderen van een groepsgeest binnen deze ploeg, waarbij open communicatie een aandachtspunt is;
- het stimuleren van een organisatiecultuur waarin de organisatiewaarden zorgzaamheid, verbondenheid, integriteit en innovatie toonaangevend zijn;
- het (verder) ontwikkelen van leidinggevende competenties, waarbij het motiveren en coachen van medewerkers zeer belangrijke vaardigheden zijn.

2012 werd afgesloten met een evaluatie van de waardencampagne binnen de groep leidinggevenden. Zowel de acties op niveau van de medewerkers, als de trajecten voor leidinggevenden werden geëvalueerd. Conclusie: de werkgroep is geslaagd in de opzet het thema verbondenheid kenbaar te maken, maar het is nog onvoldoende zichtbaar in de dagelijkse praktijk. Vandaar dat beslist werd om de campagne rond de waarde verbondenheid in 2013 verder te zetten.

Nieuw in 2013

In de tweede jaargang van de waardencampagne rond verbondenheid lag de focus vooral op de leidinggevenden. Zowel de sessies voor leidinggevenden uit de zorg en leidinggevenden uit de ondersteunende diensten (intern

traject), als het vormingstraject voor de leidinggevenden in de zorg (extern traject) vonden zijn voortgang in 2013, met enige aanpassing aan de vorm.

Zo vroegen de leidinggevenden naar bijkomende ondersteuning bij het vertalen naar en implementeren van verbondenheid op de werkvloer. Een andere duidelijke vraag lag in de nood aan het bespreken van een aantal inhoudelijke thema's met deze groep. Daarnaast was er ook behoefte aan een forum om in dialoog te gaan met directie. Dit alles via een doelgerichte aanpak, waarbij richting en structuur duidelijk waren, waarbij er gedragsgericht gewerkt werd en dit binnen een beperkte tijd.

Als antwoord op deze vragen werd het jaaractieplan van 2013 aangepast. De terugkomdagen met leidinggeven- den werden vervangen door enerzijds themameetings, waarbij inhoud primeerde en de focus lag op het delen van informatie en kennis en anderzijds ontbijtsessies, waarbij de dialoog tussen directie en middenkader centraal stond. Deze sessies wisselden mekaar iedere maand af:

- in de themameetings kwamen thema's aan bod zoals het arbeidsreglement, de verschillende financierings- bronnen, het tijdsregistratiesysteem (tikklok)... Deze thema's werden telkens voorbereid door de werkgroep en voorgesteld aan de leidinggevenden. Ongeveer 30% van de leidinggevenden werden via deze vorm bereikt;
- de ontbijtsessies werden interactiever opgezet en hadden eveneens een specifiek beleidsthema als uitgangspunt: artikel 107 en Noolim, het patiëntveiligheidssysteem, efficiëntiemaatregelen... Aan de hand van elk thema startte de werkgroep telkens een dialoog op tussen leidinggevenden, middenkader en directiecomité. Aan deze sessies nam gemiddeld 60–65% van de leidinggevenden deel.

Parallel hierbij liep het vormingstraject voor de leidinggevenden uit de zorg verder met het extern bureau.

Van de drie werkvormen (themameetings, ontbijt- sessies en vormingsdagen) werden de ontbijt- sessies als meest efficiënt en interessant bevonden.

Op basis van deze evaluatie werd er beslist dat er in 2014 verder gegaan wordt met de ontbijtsessies in een hogere frequentie. Parallel werd de waardencampagne van zorgzaamheid opgestart. De inhoud van de ontbijt- sessies wordt telkens afge- stemd op deze waarde.

'In 2013 vonden een drietal opleidingsdagen voor deze groep leiding- gevenden plaats, telkens in Alden Biesen. De opleiding kaderde in een langerdurend ondersteunend traject voor deze mensen (2012–2014). Het gaat hier om een vaste groep, die echter in september werd aange- vuld met enkele nieuwe collega's. De bedoeling is om ervaringsgericht te werken en nauw aan te sluiten bij de leervragen van de deelnemers. In 2013 werkten we met de thema's AI (appreciative inquiry of waardierend onderzoek) en loslatend sturen (naar het ideeëngoed van Lenette Schuyt - Werken met paradoxen). Telkens keken we naar wat deze ideeën voor ieders dagelijkse praktijk zouden kunnen betekenen. De sessies bevor- derden ook verder de groepsvorming en de onderlinge ondersteuning. We zetten in op actieve werkvormen en (af en toe) speelse opdrachten. De groep reageerde heel positief op deze opleiding: er was een zeer grote betrokkenheid op elkaar en op het leren, de sfeer was warm en er werd geregeld gelachen. De opleiding wordt verder gezet in 2014.'

LIEVE MAES EN LUC VAN HELLEMONT
BEGELEIDERS VAN ANDANTE CONTINUO

Noolim 107

1 januari 2013 is de officiële startdatum van de operationele werking van het project Noolim 107 (zie vorige jaarverslagen). Dit project kadert binnen het federaal project *naar een betere geestelijke gezondheidszorg door het realiseren van netwerken en zorgcircuits*.

In 2011 gingen reeds 9 projecten van start. In de interministeriële conferentie van 18 juni 2012 kreeg Noolim de toestemming om vanaf 1 januari 2013 van start te gaan. Eind 2012 werden door het netwerk heel wat strategische beslissingen genomen voor de operationele uitbouw van de verschillende functies. Ook in OPZC Rekem werden strategische keuzes gemaakt.

Om het project alle kansen op slagen te geven werden er veel inspanningen geleverd door talrijke personen, diensten en organisaties. Er werden heel wat stappen gezet om dit project te realiseren:

- bij OPZC Rekem werden 30 T-bedden buiten gebruik gesteld. Dit bracht een heroriëntering van de zorgeenheden binnen het cluster Acute zorg met zich mee. De zorgeenheid Verslavingszorg werd in fasen afgebouwd met een definitieve sluiting eind februari 2013 (zie pagina 10). Het team van Verslavingszorg zorgde voor een correcte opvolging, transfers, ontslagen en doorverwijzing van de aanwezige patiënten.
De dienst Personeelsbeheer startte een ondersteuningsprogramma op voor de teamleden van Verslavingszorg om ook hun heroriëntatie vlot te laten verlopen. Samen met de vervanging van de geselecteerde medewerkers voor de mobiele teams werd een plan van mutaties opgesteld, maximaal rekening houdend met de competenties en verwachtingen van de medewerkers.
Naast Verslavingszorg werden er nog 5 T-bedden buiten gebruik gesteld binnen de zorgeenheden Resocialisatie en Rehabilitatie. Binnen het cluster Acute zorg werd als gevolg van het buiten gebruik stellen van bedden een heroriëntatie van de doelgroepen en koppeling aan zorgeenheden opgestart, hetgeen leidde tot een wijziging van de werking van de zorgeenheden Neurosezorg en Resocialisatie;
- OPZC Rekem diende 13,5 VTE (voltijdsequivalenten) in te brengen in het Noolim netwerk om de werking van de mobiele teams op punt te stellen. In het netwerk werd afgesproken dat OPZC Rekem de helft van de medewerkers leverde voor het mobiel team Noord en het Mobiel Crisissteam. Voor de andere helft diende MC St.-Jozef in te staan. Daarnaast was er ook een inbreng in het mobiel team Midden samen met ZOL en Beschut Wonen 't Veer. MC St.-Jozef deed een gelijkaardige inbreng in het mobiel team Zuid;
- samen met MC St.-Jozef werd een interne selectieprocedure opgestart vanaf 1 januari 2013. In OPZC Rekem boden 28 kandidaten zich aan. De selectiegesprekken vonden plaats in februari. Ook de artsen maakten afspraken over wie de verschillende mobiele teams zou opvolgen;
- op 11 maart 2013 vond de kick-off meeting plaats van de verschillende mobiele teams. Tijdens deze bijeenkomst werden afspraken gemaakt over de aanpak van de voorbereiding voor de opstart van de mobiele teams. Er werd een planning gemaakt van verschillende vormingsmomenten. Tijdens deze intense voorbereidingsperiode namen de voltallige teams deel aan het F-ACT symposium in Eindhoven. Deze voorbereidingsperiode was nodig om voor de nieuw samengestelde teams, met personeelsleden van verschillende werkgevers, de nodige processen en procedures uit te werken, werkafspraken te maken, praktische voorbereidingen te treffen zoals het inrichten van lokalen...;
- in mei werden de 4 verschillende teams operationeel. De officiële lancering vond plaats op 29 mei 2013 in C-mine te Genk (zie pagina 15). Naast Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, waren heel wat partners uit de zorgsector vertegenwoordigd;
- de opstart vergde veel inspanningen. Niet alleen van de leden van de mobiele teams, ook van de dienst Personeelsbeheer, die afspraken en procedures uitwerkte voor de medewerkers van de mobiele teams;

- tijdens de voorbereidings- en opstartperiode kwam het netwerkcomité frequent samen en was er intens overleg tussen de directies van beide psychiatrische ziekenhuizen. De artsen stemden af in het artsenoverleg;
- in het najaar werden regionale overlegtafels opgestart. Medewerkers van OPZC Rekem namen actief deel aan de overlegtafels in de 3 regio's. Ook de projectgroepen, die in een eerste opdracht de werking van de mobiele teams hebben voorbereid, werden terug samengebracht om de werking van de andere functies vorm te geven;
- op 8 november 2013 kwam de federale taskforce op bezoek om geïnformeerd te worden over de stand van zaken van de implementatie van het 107-netwerk in de Noolim regio. Vanuit de verstrekte informatie gaf de taskforce advies over o.a. de verdere aanpak van het project;
- eind 2013 vond er ook een wissel plaats binnen de functie van netwerkcoördinator.

2013 was een intens jaar voor Noolim, maar ook voor OPZC Rekem in het leren werken met netwerken, met medewerkers die niet langer dichtbij werken... De effecten van de mobiele teams, die hun opdracht in de maatschappij opnemen, worden reeds aangevoeld in de problematieken en kenmerken van de opgenomen patiënten die intensieve aanpak vragen.

OFFICIEEL STARTSCHOT VOOR NOOLIM IN C-MINE GENK





Hospilim en Hospilim+

'De vzw Hospilim zal in eerste instantie functioneren als opdrachtcentrale zoals bedoeld en vastgelegd in de wetgeving overheidsopdrachten (artikel 2,4 en artikel 15 van de Wet van 15 juni 2006). De opdrachtcentrale is in deze context een centrale cel overheidsopdrachten die opdrachten en/of raamovereenkomsten afsluit met leveranciers en/of dienstverleners waarop verschillende aankoopdiensten hun bestellingen rechtstreeks kunnen overmaken aan de leverancier. De bestellingen die op basis van de door de opdrachtcentrale afgesloten contracten worden geplaatst, gebeuren dus niet door de opdrachtcentrale zelf, maar door de aankoopdiensten die gebruik mogen maken van de contracten afgesloten door de opdrachtcentrale. De facturen van de leveranciers zullen dus nooit door de opdrachtcentrale worden betaald. Artikel 15 van de Wet van 15 juni 2006 is reeds in werking getreden. Het principe van de aankoopcentrale en de opdrachtcentrale kan bijgevolg reeds toegepast worden in de praktijk. De Limburgse zorginstellingen hebben dit vertaald in de oprichting van een aparte rechtspersoonlijkheid zijnde de vzw Hospilim.'

WWW.HOSPILIM.BE

Al een tijdje circuleerde het idee en resulteerden eerdere verkenningen eind 2010 in de oprichting van de kostendelende vzw Hospilim, een gemeenschappelijke opdrachtcentrale voor de Limburgse ziekenhuizen. De provincie Limburg, bij monde van gouverneur Reynders, trok de kar en Limburg Sterk Merk (LSM) kwam met middelen over de brug om het initiatief mogelijk te maken. Sinds 2011 is de vzw actief. Alle ziekenhuizen, zowel de psychiatrische (Asster, MC St.-Jozef en OPZC Rekem – KPC Genk, het kinderpsychiatrisch centrum, werkt samen met ZOL), als de algemene ziekenhuizen zijn lid.

Een consultancystudie toonde overduidelijk het besparend potentieel aan dat kon bereikt worden via samenaankoop. Voor o.a. spuiten, voeding, drank, medicatie, medische hulpmiddelen, energie, afvalverwerking... is er voldoende volume binnen de provincie Limburg aanwezig om op grote schaal samen in te kopen en dit tegen gunstige voorwaarden. Een groep van ziekenhuizen met meer dan 4.500 bedden, meer dan 10.000 personeelsleden, meer dan 1.000 artsen en een jaarlijkse omzet rond het miljard euro, is een markt die je niet zomaar kan negeren. Ook al probeerden firma's ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen of het idee van samenaankoop te ondergraven, toch moet gezegd worden dat het idee van samenaankoop verworven is. Het feit dat de regeling voor overheidsopdrachten als instrument voor aankoop wettelijk (verplicht) gemeengoed geworden zijn, heeft de stap gefaciliteerd. Aankoopdossiers onder dit stelsel vragen namelijk specifieke know how.

Toch is de *formule* van Hospilim niet eenvoudig: een kostendelende vereniging is aan specifieke regels onderworpen (btw) en de deelname is strikt beperkt tot de leden die hetzelfde doel hebben: de ziekenhuizen van de provincie Limburg. Ziekenhuizen hebben lopende contracten die ze moeten nakomen, vooraleer ze voor sommige dossiers in de formule van samenaankoop kunnen stappen. Hoewel het volume belangrijk is, heeft het ziekenhuis steeds de individuele vrijheid om per onderwerp al dan niet in de samenaankoop mee in te stappen. Meestal kan er financieel voordeel gedaan worden, in andere dossiers is de prijs niet alleen lager, maar is het product soms ook beter. Bij bepaalde aankopen (bv. energie) is de markt meer volatiel en is de vergelijking met voorgaand jaar, om het voordeel van samenaankoop te berekenen, minder eenduidig.

Die voordeelberekening is niet alleen belangrijk om het belang van Hospilim te onderstrepen, het is ook nodig om de jaarlijkse bijdrage voor het ziekenhuis te kunnen bepalen. LSM heeft startkapitaal gegeven, maar trekt zich langzaam terug, omdat de ziekenhuizen het systeem zelf moeten financieren. Binnen afzienbare tijd is het eerste effect van het prijsvoordeel uitgespeeld, omdat bij hernieuwde aanbesteding de gewone levensduurte gevolgd wordt. Het voordeel van aankopen via de opdrachtcentrale is dan wel nog steeds aanwezig, maar minder zichtbaar. Het grote verschil bestaat er dan in niet via de aanbesteding van de opdrachtcentrale af te nemen. Dit betekent dat de spelregels in onderling overleg moeten gewijzigd worden, via het vinden van nieuwe formules voor de ledenbijdrage, om de aankoopstructuur verder in stand te houden.

De dagelijkse werking van Hospilim wordt verzekerd door een manager, een aankoper en de bijdrage van referentiepersonen van de verschillende ziekenhuizen, die als experts of ondersteuners mee ingezet worden. OPZC Rekem is een trouwe Hospilimpartner, die gelooft in samenaankoop en efficiënt samenwerken.

Naast Hospilim is er ook Hospilim+. Omwille van de reglementaire noodzaak tot zuivere afboording van de kostendelende vereniging konden de thema's die vroeger ook bij Hospilim zaten, niet verder opgenomen worden in de kostendelende vereniging en werden ze ondergebracht in Hospilim+. Voordeel van deze opsplitsing is dat er ook andere actoren dan de ziekenhuizen kunnen deelnemen bij dit inhoudelijke zorgverhaal: de provincie, de Universiteit Hasselt... Deze tweede vzw onder het voorzitterschap van de gouverneur, is van meer recente datum. De bedoeling is te fungeren als adviesplatform voor de ziekenhuissector en als kenniscentrum. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren worden projecten geadviseerd of opgestart. Patiëntenvervoer, patiëntveiligheid, opleiding voor interne auditoren, kwaliteitsindicatoren, onderzoek naar de mogelijkheden voor de oprichting van een zorglogistiek platform, grensoverschrijvend patiëntenverkeer: het zijn maar enkele van de thema's van Hospilim+. Belangenbehartiging, studie, kennisdeling, beleidsontwikkeling, verbetering van processen... binden ziekenhuizen. In de beleidswerkgroep wordt regelmatig vergaderd over de uitwerking van de thema's, nieuwe onderwerpen, wetenschappelijk onderzoek.

Ook in Hospilim+ is OPZC Rekem een actieve partner. Financiering gebeurt naast de toekenning van LSM-middelen op basis van kostenverdeling en -betaling door de ziekenhuizen voor het aantrekken van consultancy, het uitvoeren van bepaalde opdrachten. De projectmedewerker vervult een belangrijke rol in het begeleiden van de diverse projecten.

Dat Hospilim en Hospilim+ een belangrijke meerwaarde zijn in het Limburgse ziekenhuislandschap en voor OPZC Rekem is een understatement. Een en ander is voortdurend in beweging. Het is een opdracht het draagvlak voldoende groot te houden en de ledenparticipatie efficiënt in te zetten. De terugtrekking van de LSM-middelen om het Hospilim(+) gebeuren zelfstandig te laten draaien en zelfvoorzienend te zijn, zal belangrijke bijsturingen vragen. Het was een uitdaging, het blijft een bijsturen en voortdurend zoeken naar een constructieve en werkbaar samenwerkingsverband. De positionering van de psychiatrische ziekenhuizen in de wereld van de algemene ziekenhuizen is een aandachtspunt.

The logo for Hospilim Lim features the word "Hospi" in blue and "Lim" in red, with the letters overlapping.The logo for Hospilim Lim PLUS features the word "Hospi" in blue, "Lim" in red, and a blue plus sign to the right. Below "Lim" is the word "PLUS" in black.



CAMPUS REKEM

OPZC Rekem in cijfers

Personeelsbezetting OPZC Rekem

Ziekenhuis (ZH)

Op 31.12.2013 werkten 416 personeelsleden in het ziekenhuis, waarvan 291 vrouwen en 125 mannen.

1. Directie	M	V *1	TOTAAL
– Administrateur-generaal	1	0	1
– Algemeen directeur	1	0	1
– Administratief directeur	0	1	1
– Directeur arts-specialist	0	1	1
– Clustermanagers	1	1	2
2. Medische afdeling	M	V *2	TOTAAL
– Neuropsychiaters	4	6	10
– Omnipracticci	2	1	3
– Apotheker	0	2	2
– Laborant	0	1	1
3. Afdeling patiëntenzorg	M	V	TOTAAL
– Licentiaat in de psychologie	4	14	18
– Licentiaat in de LO of kinesitherapie	3	4	7
– Maatschappelijk assistenten	1	8	9
– Gegradueerde in de psychologie	1	4	5
– Gegradueerde in de ergotherapie	1	14	15
– Gegradueerde in de orthopedagogie	0	1	1
– Therapieassistent/activiteitenbegeleider	2	6	8
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	41	108	149
– Verpleegassistenten	0	1	1
– Verzorgend personeel	1	29	30
– Hoofd nursing + staf	1	1	2
– Opvoeder A2/B2	0	8	8
– Criminologen	0	3	3
– Sociale dienst	0	6	6
– Begeleider patiëntenraad	0	2	2
– Logistiek assistenten	1	4	5
– Muziektherapie	0	1	1
4. Afdeling administratie en logistiek	M	V	TOTAAL
– Administratief personeel	13	35	48
– Technisch en logistiek personeel	41	14	55
5. Staf	M	V	TOTAAL
– Dienst Communicatie	1	1	2
– Jurist	1	0	1
– Hrm/vorming/dienst Personeelsbeheer	1	9	10
– Noolim	0	1	1
– Preventieadviseur	1	0	1
– Kwaliteit	1	0	1
– Kenniscentrum	0	4	4
– Ombudspersoon	0	1	1

Vervolg

OPMERKINGEN		M	V	TOTAAL
- IBF	*3	12	29	41
- Sociale Maribel	*4	5	22	27
- Startbaan	*5	2	2	4

*1 = 1 clustermanager werkt ook voor PVT

*2 = 1 neuropsychiater werkt deeltijds voor ziekenhuis en PVT

*3 = 1 x communicatiemedewerker, 2 x gegradueerde verpleegkundige, 12 x gebrevetteerde verpleegkundige, 1 x logistiek assistent, 1 x hrm, 15 x verzorgend personeel, 2 x therapieassistent, 2 x technisch en logistiek personeel, 3 x opvoeder, 1 x maatschappelijk assistent, 1 x administratie

*4 = 1 x sociale dienst, 5 x technisch en logistiek personeel, 3 x logistiek assistent, 1 x hrm, 8 x administratie, 2 x therapie-assistent, 1 x licentiaat in de psychologie, 2 x verzorgend personeel, 1 x muziektherapeut, 1 x gegradueerde ergotherapeut

*5 = 2 x technisch en logistiek personeel, 1 x verzorgend personeel, 1 x logistiek assistent

Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)

Op 31.12.2013 waren 210 personeelsleden tewerkgesteld in het PVT, waarvan 172 vrouwen en 38 mannen.

1. DIRECTIE	M	V	TOTAAL *1
– Directeur PVT	0	1	1
2. MEDISCHE AFDELING	M	V	TOTAAL *2
– Neuropsychiaters	1	1	2
3. AFDELING PATIËNTENZORG	M	V	TOTAAL
– Licentiaat in de psychologie	1	4	5
– Licentiaat in de LO of kinesitherapie	0	1	1
– Licentiaat in de orthopedagogie	1	2	3
– Licentiaat in de ergotherapie	0	1	1
– Maatschappelijk assistenten	1	3	4
– Gegradueerde in de ergotherapie	0	10	10
– Gegradueerde in de kinesitherapie	3	1	4
– Gegradueerde in de orthopedagogie	2	5	7
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	20	56	76
– Verpleegassistenten	0	1	1
– Opvoeder A2/B2	3	15	18
– Verzorgend personeel	3	53	56
– Activiteitenbegeleider	1	2	3
– Administratief personeel	1	4	5
– Logistiek assistenten	0	10	10
– Therapieassistent	1	2	3
OPMERKINGEN	M	V	TOTAAL
– Sociale Maribel *3	3	17	20
– Startbaan *4	1	4	5

*1 = directeur PVT werkt deeltijds voor ziekenhuis en PVT

*2 = 1 neuropsychiater werkt deeltijds voor ziekenhuis en PVT

*3 = 2 x gegradueerd orthopedagoog, 2 x verzorgend personeel, 2 x activiteitenbegeleider, 1 x gegradueerde verpleegkundige, 1 x gebrevetteerde verpleegkundige, 7 x logistiek assistent, 2 x activiteitenbegeleider, 3 x administratie

*4 = 5 x verzorgend personeel

In de loop van 2013 kwamen bij OPZC Rekem (ZH en PVT) 52 personeelsleden in dienst en zijn 76 personen uit dienst getreden.

Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

Het aantal erkende bedden

Ziekenhuis

ERKENDE BEDDEN

DIENST		2011	2012	2013
370	A	60	60	60
380	a-dag	13	13	13
390	a-nacht	1	1	1
410	T	109	109	79
410	Tg	80	80	80
420	t-dag	25	25	25
Totaal		288	288	258

Vanaf 01.01.2013 werden 30 T-bedden buiten gebruik gesteld voor het Noolim-project (zie pagina 33).

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER

DIENST		2011	2012	2013
370	A	19641	21120	20140
380	a-dag	2868	1859	1941
390	a-nacht	701	745	593
410	T	36822	32138	30359
410	Tg	19799	18647	15863
420	t-dag	9672	8416	9030
Totaal		89503	82925	77926

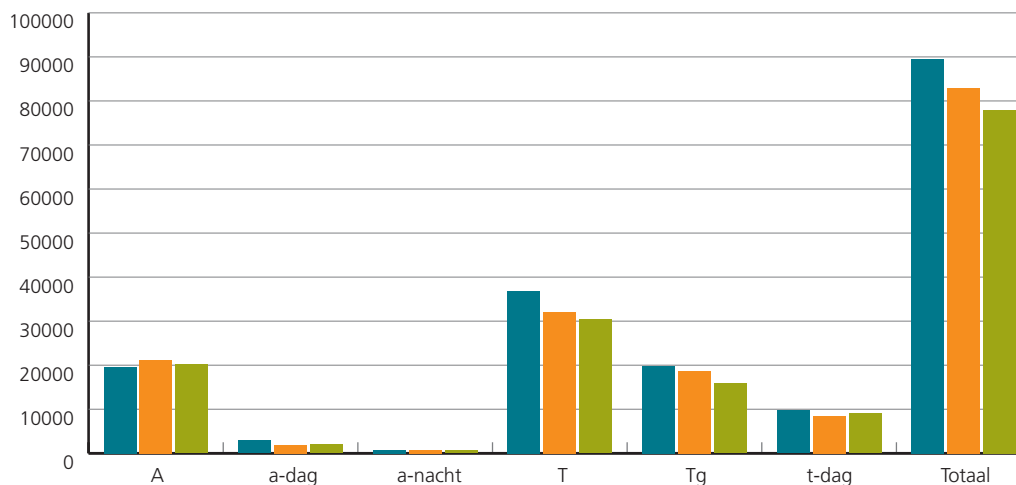
Met verpleegdagen in volledige hospitalisatie wordt een opnameperiode van ten minste één nacht (opname voor middernacht en ontslag na 08.00 uur 's anderendaags) bedoeld.

Verpleegdagen in dagverpleging worden aangerekend bij aanwezigheid in de dienst gedurende minstens 7 uren overdag.

Verpleegdagen in nachtverpleging vergen behandeling onder rechtstreeks toezicht van de dienst op zijn minst van 19.00 tot 06.00 uur.

De daling van het aantal verpleegdagen is te verklaren door het buiten gebruik stellen van 30 T-bedden voor het Noolim-project vanaf 01.01.2013.

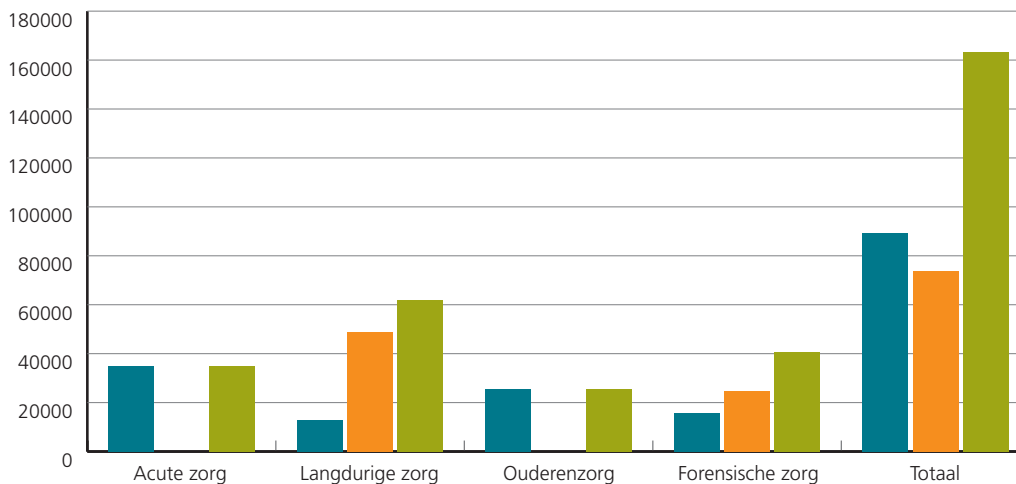
Verder was er een daling van het aantal verpleegdagen in Tg-dienst.



VERPLEEGDAGEN OPZC REKEM PER CLUSTER

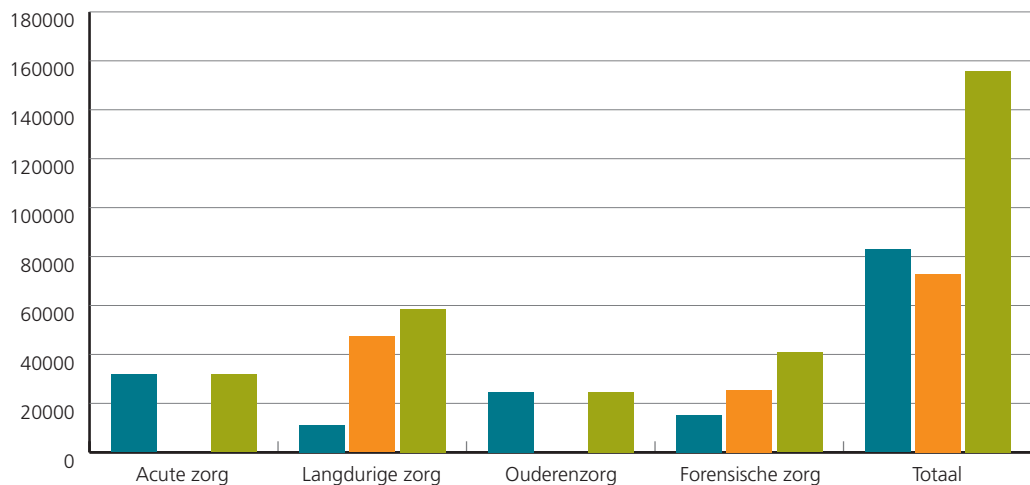
VERPLEEGDAGEN OPZC REKEM 2011

CLUSTER	PZ	PVT	TOTAAL
Acute zorg	35115		35115
Langdurige zorg	12968	49039	62007
Ouderenzorg	25584		25584
Forensische zorg	15836	24844	40680
Totaal	89503	73883	163386



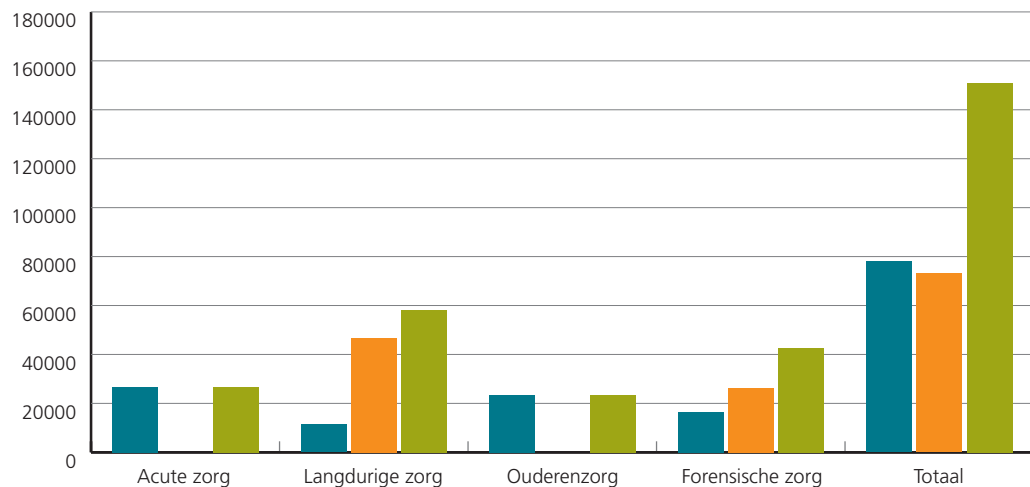
VERPLEEGDAGEN OPZC REKEM 2012

CLUSTER	PZ	PVT	TOTAAL
Acute zorg	31841		31841
Langdurige zorg	11208	47385	58593
Ouderenzorg	24596		24596
Forensische zorg	15280	25487	40767
Totaal	82925	72872	155797



VERPLEEGDAGEN OPZC REKEM 2013

CLUSTER	PZ	PVT	TOTAAL
Acute zorg	26751		26751
Langdurige zorg	11346	46844	58190
Ouderenzorg	23399		23399
Forensische zorg	16430	26189	42619
Totaal	77926	73033	150959

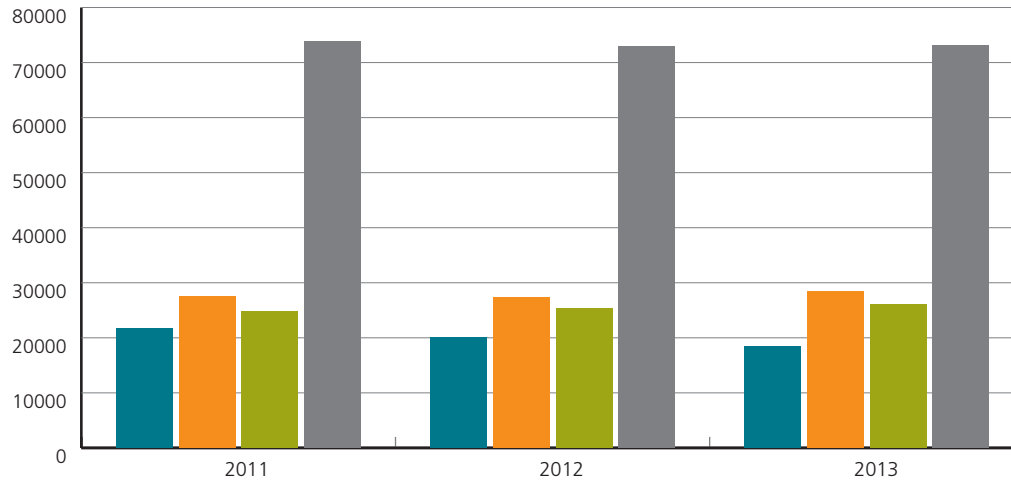


Verzorgingstehuis (PVT)

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT

	2011	2012	2013
■ Mentaal gehandicapten	21619	20107	18429
■ Psychiatrische patiënten	27549	27358	28469
■ Forensische patiënten	24715	25407	26135
■ Totaal	73883	72872	73033

In het psychiatrisch verzorgingstehuis was er een verdere daling van het aantal verpleegdagen van de mentaal gehandicapten. Voor de psychiatrische en de forensische patiënten was er het afgelopen jaar een stijging van het aantal verpleegdagen.



VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS PVT

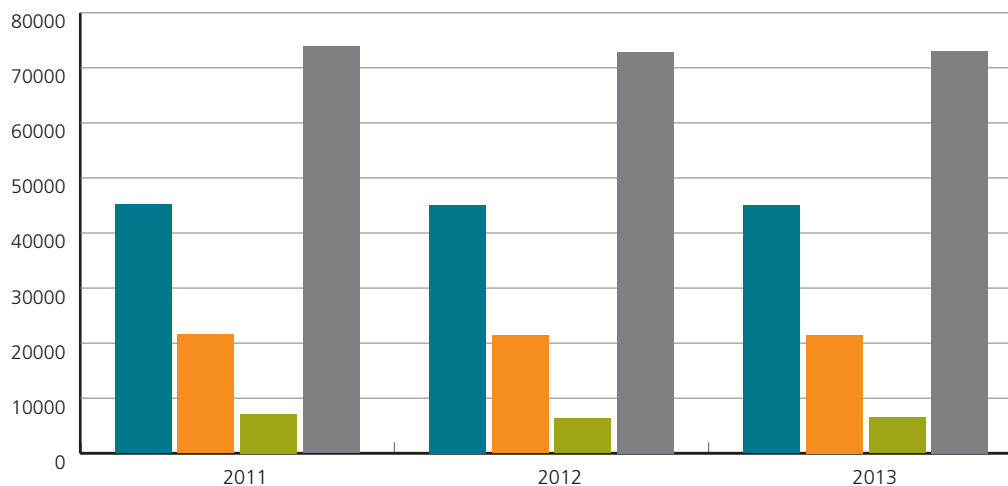
	2011	2012	2013
PVT Rekem	45153	45094	45022
PVT Rado Lanaken	21594	21425	21503
PVT Min Antwerpen	7136	6353	6508
Totaal	73883	72872	73033

PVT Rekem telt 129 plaatsen (39 uitdovende, 30 bestendige en 60 forensische).

PVT Rado Lanaken telt 60 plaatsen.

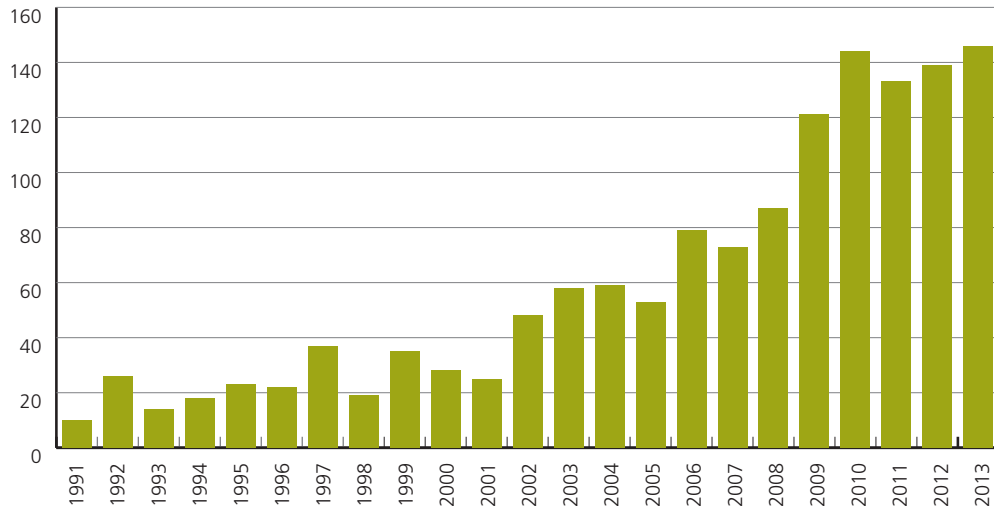
PVT Min Antwerpen telt 24 plaatsen.

Op 31.12.2013 geeft dat een totaal van 213 plaatsen in PVT.



Gegevens met betrekking tot gedwongen opnamen

AANTAL GEDWONGEN OPNAMEN PER JAAR



■ Aantal gedwongen opnamen

Jaar	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal gedwongen opnamen	10	26	14	18	23	22	37	19	35	28	25	48	58	59	53	79	73	87	121	144	133	139	146

Een gedwongen opname is een wettelijk opgelegde beschermingsmaatregel, die gehanteerd wordt bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling t.a.v. een geesteszieke, indien zijn toestand dit vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit.

De wet van 26.06.1990 (betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke) is in voege vanaf 1991. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gedwongen opnamen in OPZC Rekem over de periode 1991 tot 2013. De laatste jaren (vanaf 2009) was er een sterke stijging van het aantal gedwongen opnamen. In 2013 was er opnieuw een toename en werd het hoogste aantal gedwongen opnamen (146) op jaarbasis geregistreerd.

Van de 146 gedwongen opnamen in 2013 gebeurden er: 126 (86%) via spoedprocedure, 17 (12%) via gewone procedure, 3 (2%) via overbrenging van een andere instelling.

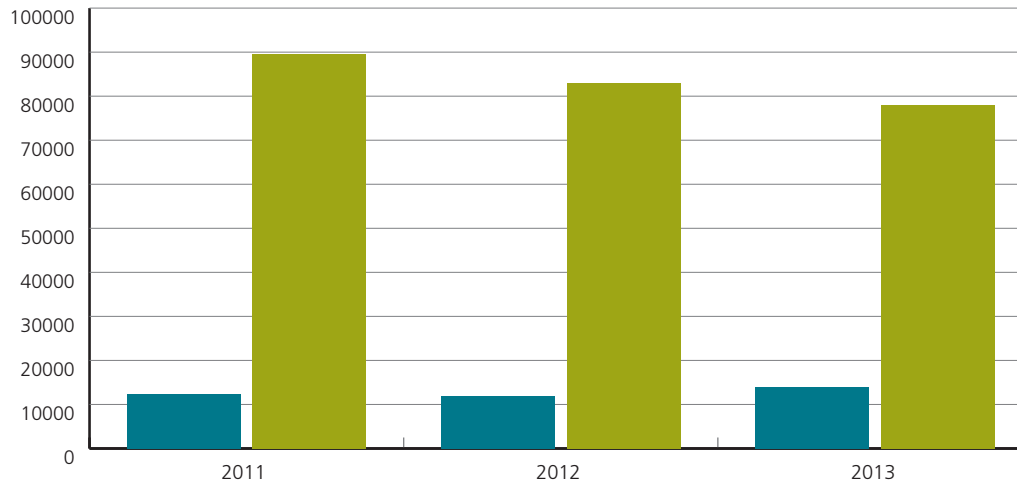
Van de 126 spoedprocedures werden er 65 (52%) ongegrond verklaard door de vrederechter.

Van de 146 gedwongen opnamen in 2013 werden voor 101 (69%) personen de beschermingsmaatregelen binnen de 40 dagen opgeheven. Voor de overige 45 (31%) werd een periode van verder verblijf gewonnen.

VERPLEEGDAGEN GEDWONGEN OPNAMEN

VERPLEEGDAGEN	2011	2012	2013
Gedwongen opnamen	12335	11951	13857
Totaal ziekenhuis	89503	82925	77926
	13,78%	14,41%	17,78%

Het percentage verpleegdagen onder gedwongen statuut t.o.v. het totaal verpleegdagen psychiatrisch ziekenhuis steeg in 2013 tot 17,78%.



In- en uitstroom

De medische opname is de rekeneenheid gebruikt binnen de registratie van de MPG (minimale psychiatrische gegevens).

Eén medische opname kan verschillende administratieve opnamen bevatten.

Het is de behandelende arts die bepaalt of een administratief ontslag ook een medisch ontslag is. Als bijvoorbeeld een patiënt naar een algemeen ziekenhuis wordt ontslagen, is dit een administratief ontslag en tevens een medisch ontslag, indien de behandelende arts dit beslist. Indien de patiënt langer dan dertig dagen wegblijft, is er altijd sprake van een medisch ontslag.

Onder *aanwezig* worden alle personen die op 31.12.2013 in het ziekenhuis verblijven, bedoeld.

Ziekenhuis

PZ	2011	2012	2013
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	643	612	672
Ontslagen	675	607	685
Aanwezig	289	295	280

Opmerking: patiënten op intermediair ontslag op 31.12.2013 die heropgenomen worden op een andere leef-eenheid (zorg eenheid) of kenletter (dienst), worden niet bij de aanwezigen geteld.

Ondanks een vermindering van het aantal bedden (er werden 30 bedden buiten gebruik gesteld voor Noolim), waren er meer opnamen en ontslagen in vergelijking met vorige jaren.

Verzorgingstehuis

PVT	2011	2012	2013
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	97	75	79
Ontslagen	84	80	82
Aanwezig	206	202	199

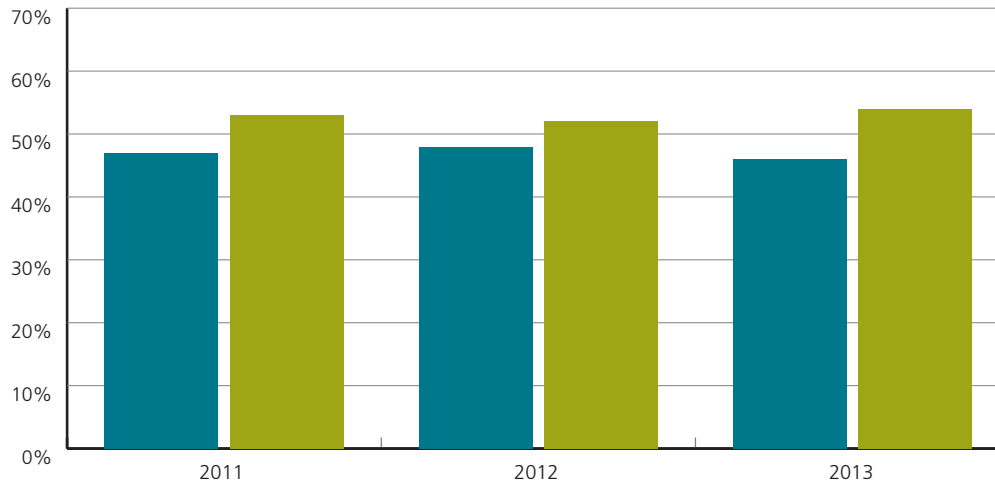
Het PVT is meer een *woonvorm*, waardoor er minder in- en uitstroom is, in vergelijking met het ZH.

Medische opnamen en heropnamen

Heropnamen

Ziekenhuis

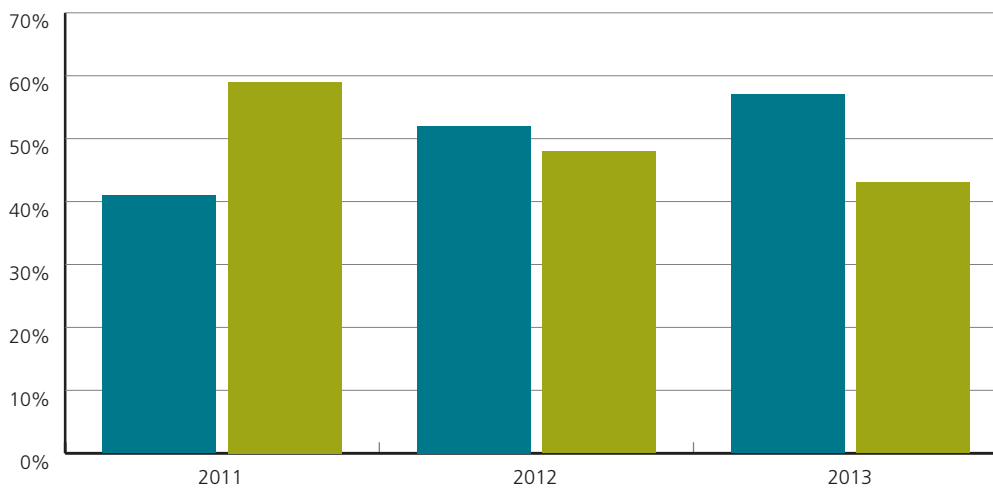
PZ	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	304	47%	295	48%	306	46%
■ Heropname	339	53%	315	52%	366	54%
Totaal	643	100%	610	100%	672	100%



Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	40	41%	39	52%	45	57%
■ Heropname	57	59%	36	48%	34	43%
Totaal	97	100%	75	100%	79	100%

De laatste jaren zijn er verhoudingsgewijs minder heropnamen (43% in 2013 t.o.v. 48% in 2012 t.o.v. 59% in 2011).

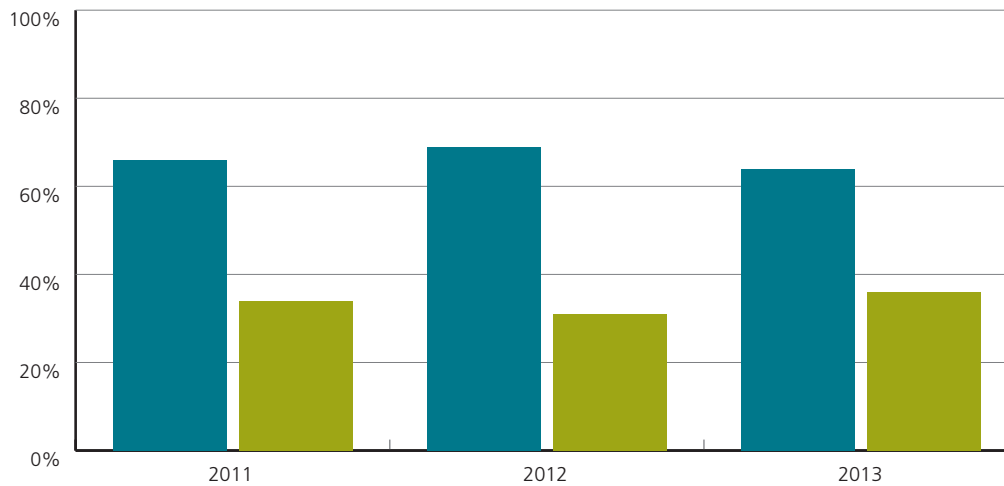


Opnamen naar geslacht

ZIEKENHUIS

PZ GESLACHT	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	424	66%	420	69%	432	64%
Vrouw	219	34%	192	31%	240	36%
Totaal	643	100%	612	100%	672	100%

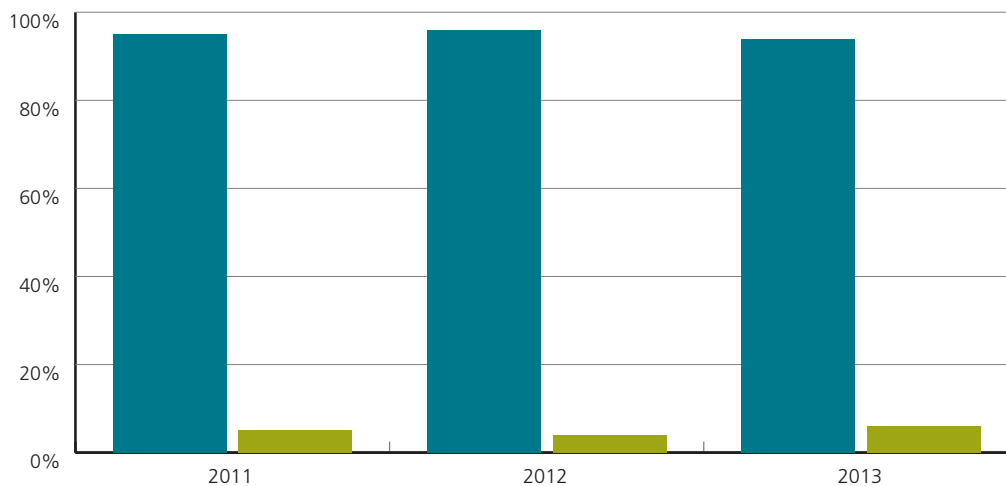
Het totaal opgenomen patiënten ligt in 2013 hoger dan in de voorgaande jaren. In 2013 werden er meer vrouwen opgenomen.



Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
GESLACHT	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	92	95%	72	96%	74	94%
Vrouw	5	5%	3	4%	5	6%
Totaal	97	100%	75	100%	79	100%

De verhouding mannen/vrouwen blijft in PVT vrij constant.

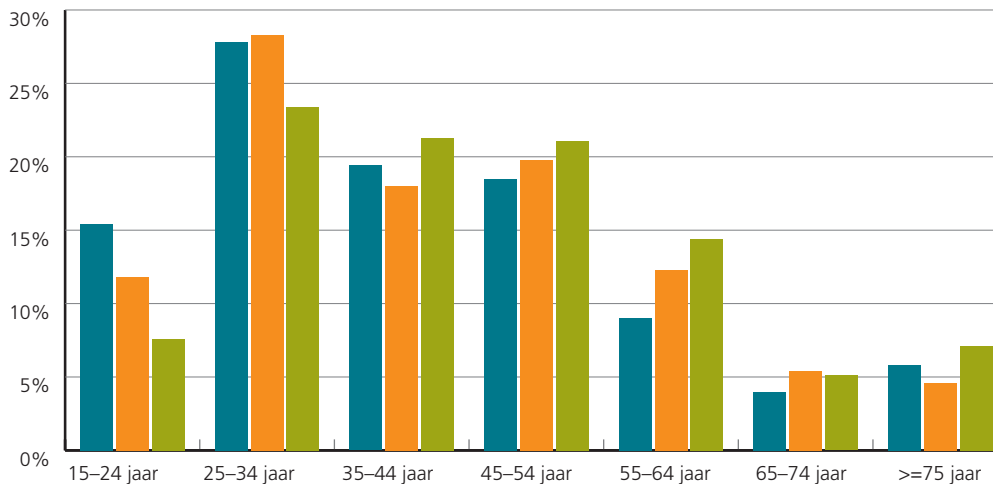


Opnamen naar leeftijd

Ziekenhuis

PZ	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	99	15,4%	72	11,8%	51	7,6%
25-34 jaar	179	27,8%	173	28,3%	157	23,4%
35-44 jaar	125	19,4%	110	18,0%	143	21,3%
45-54 jaar	119	18,5%	121	19,8%	142	21,1%
55-64 jaar	58	9,0%	75	12,3%	97	14,4%
65-74 jaar	26	4,0%	33	5,4%	34	5,1%
>= 75 jaar	37	5,8%	28	4,6%	48	7,1%
Totaal	643	100%	612	100%	672	100%

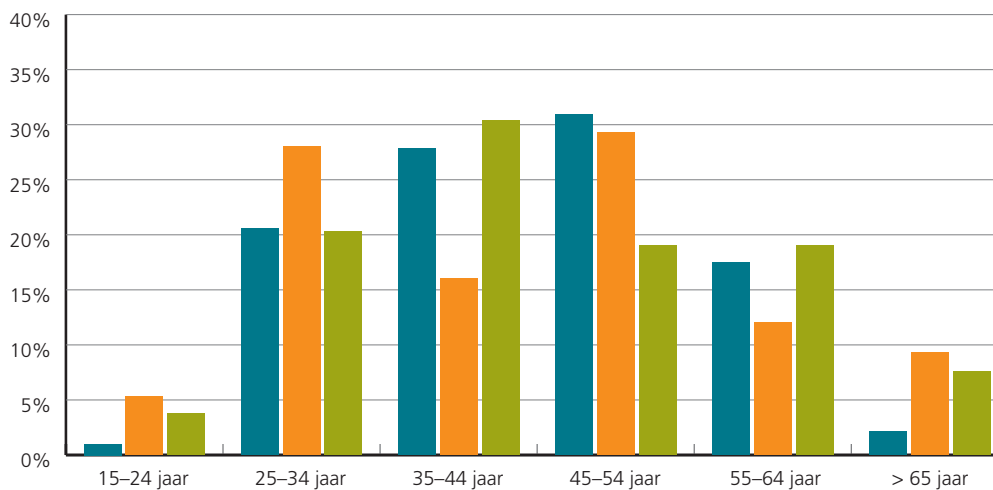
Ondanks de daling van het aantal opgenomen patiënten in de leeftijdscategorie tussen 25-34 jaar, blijft dit nog steeds de grootste groep.



Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
LEEFTIJD	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	1	1,0%	4	5,3%	3	3,8%
25-34 jaar	20	20,6%	21	28,0%	16	20,3%
35-44 jaar	27	27,8%	12	16,0%	24	30,4%
45-54 jaar	30	30,9%	22	29,3%	15	19,0%
55-64 jaar	17	17,5%	9	12,0%	15	19,0%
>= 65 jaar	2	2,1%	7	9,3%	6	7,6%
Totaal	97	100%	75	100%	79	100%

In de leeftijdscategorie 35 tot 44 jaar is het aantal opgenomen bewoners quasi verdubbeld t.o.v. vorig jaar.



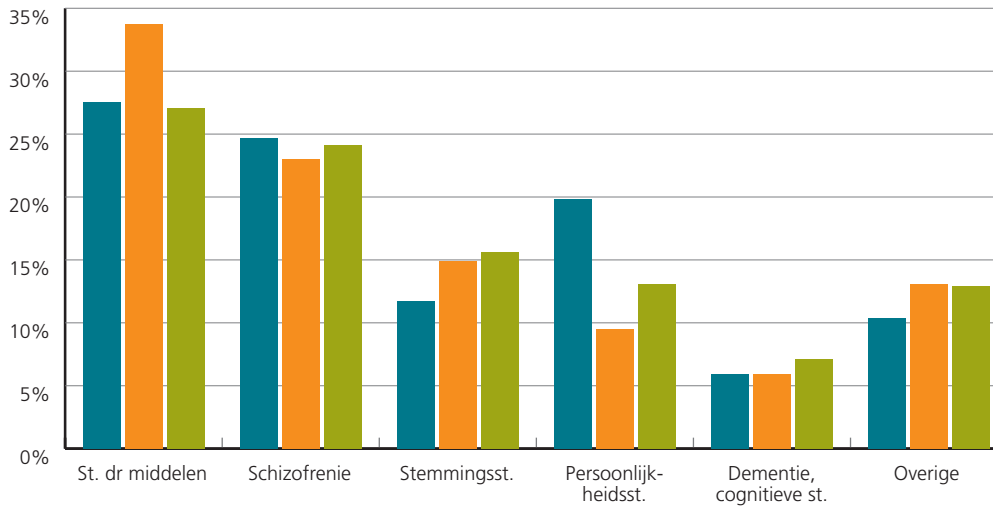
Hoofddiagnose van de opgenomen patiënten

Ziekenhuis

HOOFDDIAGNOSE	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Stoornissen door middelen	177	27,5%	206	33,7%	182	27,1%
Schizofrenie	159	24,7%	141	23,0%	162	24,1%
Stemmingsstoornissen	75	11,7%	91	14,9%	105	15,6%
Persoonlijkheidsst.	127	19,8%	58	9,5%	88	13,1%
Dementie, cognitieve st.	38	5,9%	36	5,9%	48	7,1%
Overige	67	10,4%	80	13,1%	87	12,9%
Totaal	643	100,0%	612	100,0%	672	100,0%

Stoornissen door middelen blijft de meest voorkomende hoofddiagnose bij de opgenomen patiënten, ondanks het sluiten van Verslavingszorg.

Het aantal stemmingsstoornissen is stijgend.

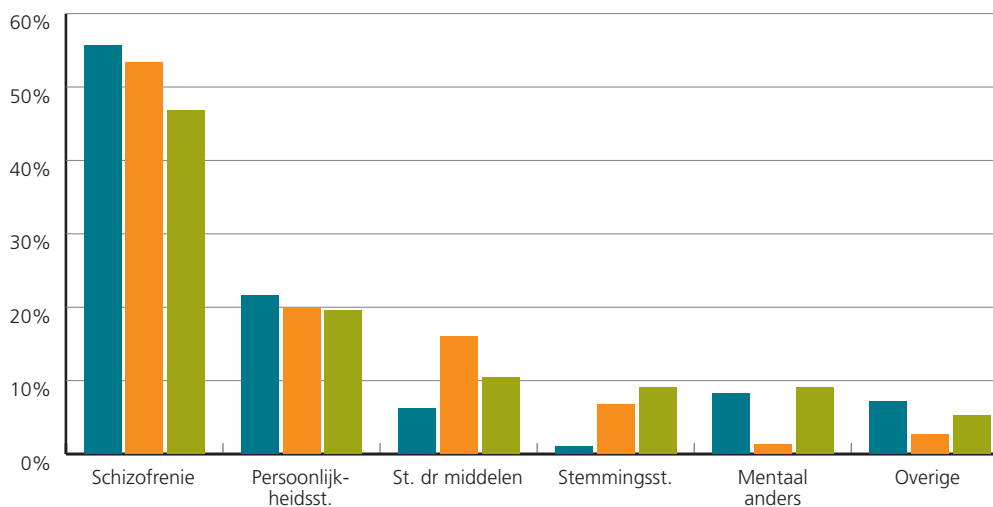


Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
HOOFDDIAGNOSE	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	54	55,7%	40	53,3%	36	46,8%
Persoonlijkheidsst.	21	21,6%	15	20,0%	15	19,5%
Stoornissen door middelen	6	6,2%	12	16,0%	8	10,4%
Stemmingsstoornissen	1	1,0%	5	6,7%	7	9,1%
Mentaal anders ^o	8	8,2%	1	1,3%	7	9,1%
Overige	7	7,2%	2	2,7%	4	5,2%
Totaal	97	100,0%	75	100,0%	77	100,0%

(^o voorheen de diagnose 'zwakzinnigheid')

Het aantal opgenomen bewoners met *schizofrenie* daalt, maar blijft de voornaamste hoofddiagnose.

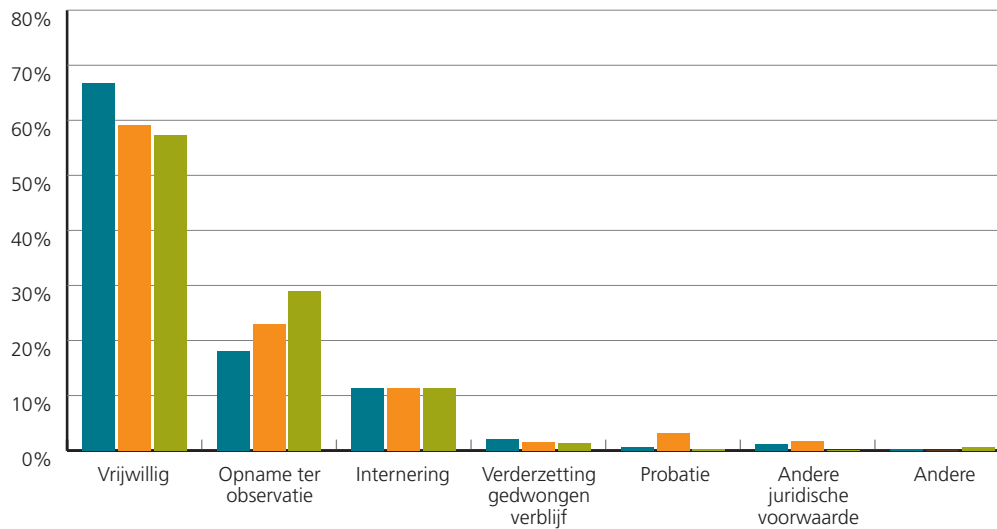


Wijze van opname

Ziekenhuis

PZ	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Vrijwillig	429	66,7%	362	59,2%	385	57,3%
Opname ter observatie	116	18,0%	140	22,9%	195	29,0%
Internering	73	11,4%	70	11,4%	76	11,3%
Verderz. gedwongen verblijf	13	2,0%	10	1,6%	9	1,3%
Probatie	4	0,6%	19	3,1%	2	0,3%
Andere juridische voorwaarde	7	1,1%	11	1,8%	1	0,1%
Andere	1	0,2%	0	0,0%	4	0,6%
Totaal	643	100,0%	612	100,0%	672	100,0%

Het aantal *opnamen ter observatie* (gedwongen opnamen) heeft een stijgende tendens.



Aanwezige patiënten

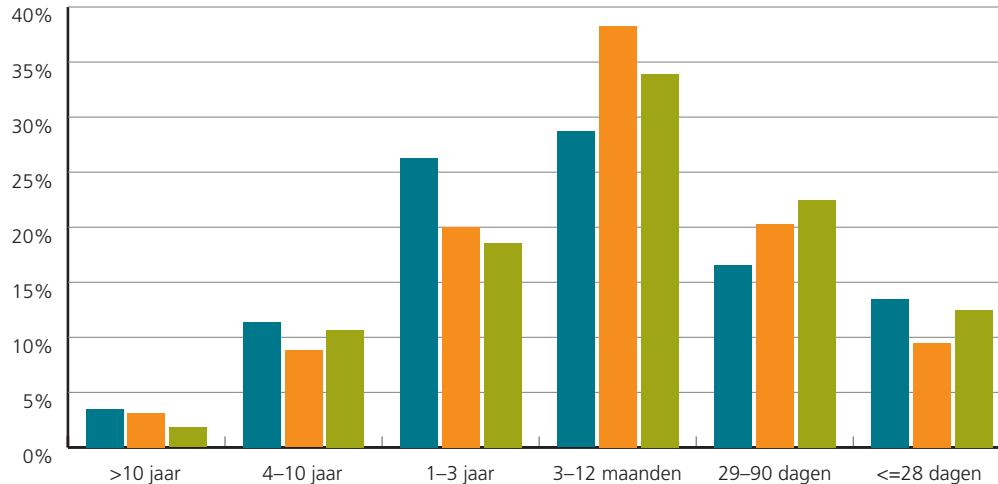
Duur van het medisch verblijf op 31.12.2013

Ziekenhuis

PZ	2011		2012		2013	
DUUR°	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
> 10 jaar	10	3,5%	9	3,1%	5	1,8%
4-10 jaar	33	11,4%	26	8,8%	30	10,7%
1-3 jaar	76	26,3%	59	20,0%	52	18,6%
3-12 maanden	83	28,7%	113	38,3%	95	33,9%
29-90 dagen	48	16,6%	60	20,3%	63	22,5%
<= 28 dagen	39	13,5%	28	9,5%	35	12,5%
Totaal	289	100,0%	295	100,0%	280	100,0%

(° merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

De meeste patiënten verblijven net als voorgaande jaren tussen 3 en 12 maanden in het ziekenhuis.



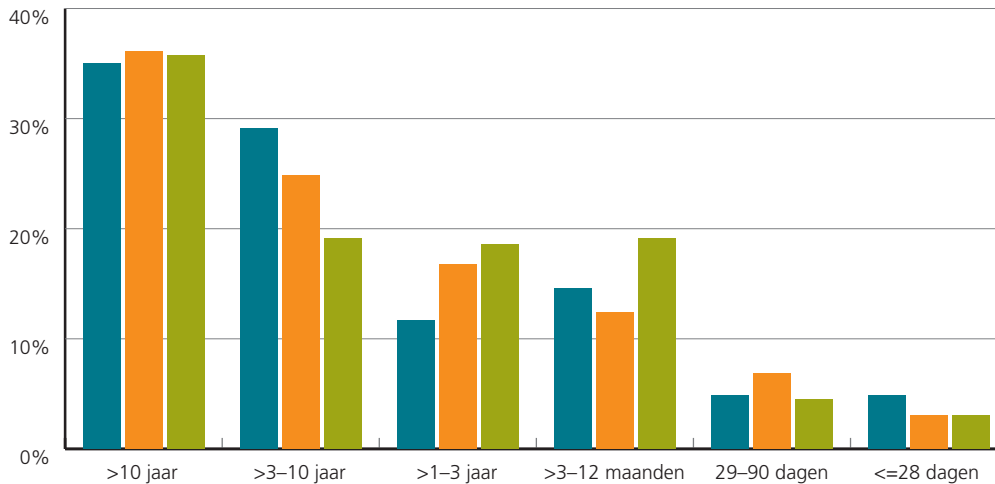
Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
DUUR°	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
> 10 jaar	72	35,0%	73	36,1%	71	35,7%
> 3-10 jaar	60	29,1%	50	24,8%	38	19,1%
> 1-3 jaar	24	11,7%	34	16,8%	37	18,6%
> 3-12 maanden	30	14,6%	25	12,4%	38	19,1%
29-90 dagen	10	4,9%	14	6,9%	9	4,5%
<= 28 dagen	10	4,9%	6	3,0%	6	3,0%
Totaal	206	100,0%	202	100,0%	199	100,0%

(° merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

Het échte langverblijf (langer dan 3 jaren) in PVT kent een dalende tendens.

In 2013: **54,8%** tegenover **60,9%** in 2012.

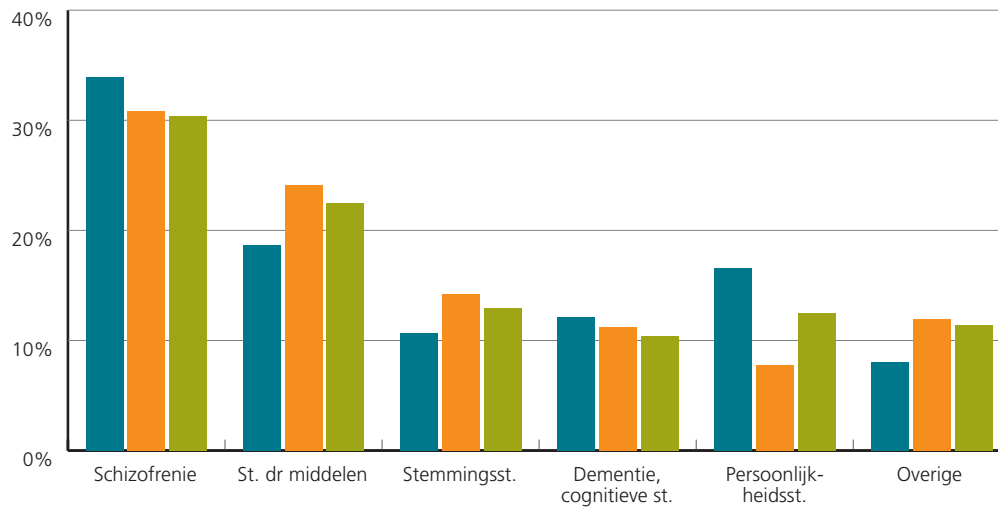


Hoofddiagnose van de aanwezigen op 31.12.2013

Ziekenhuis

PZ HOOFDDIAGNOSE	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	98	33,9%	91	30,8%	85	30,4%
Stoornissen door middelen	54	18,7%	71	24,1%	63	22,5%
Stemmingsstoornissen	31	10,7%	42	14,2%	36	12,9%
Dementie, cognitieve st.	35	12,1%	33	11,2%	29	10,4%
Persoonlijheidsst.	48	16,6%	23	7,8%	35	12,5%
Overige	23	8,0%	35	11,9%	32	11,4%
Totaal	289	100,0%	295	100,0%	280	100,0%

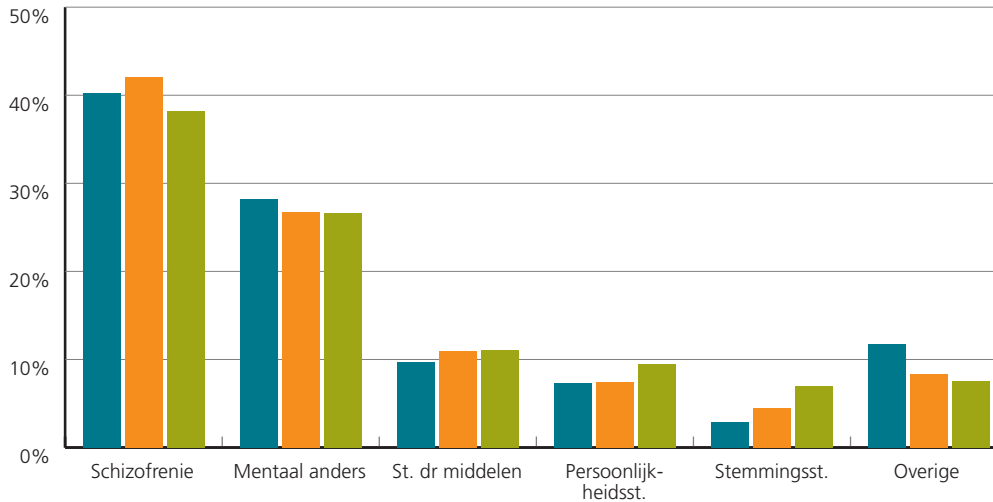
Schizofrenie en stoornissen door middelen blijven ook in 2013 de meest voorkomende hoofddiagnoses in het ziekenhuis.



Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
HOOFDDIAGNOSE	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	83	40,3%	85	42,1%	76	38,2%
Mentaal anders	58	28,2%	54	26,7%	53	26,6%
Stoornissen dr middelen	20	9,7%	22	10,9%	22	11,1%
Persoonlijkheidsst.	15	7,3%	15	7,4%	19	9,5%
Stemmingsst.	6	2,9%	9	4,5%	14	7,0%
Overige	24	11,7%	17	8,4%	15	7,5%
Totaal	206	100,0%	202	100,0%	199	100,0%

In PVT zijn de meest voorkomende hoofddiagnoses bij de aanwezige bewoners *schizofrenie* en *mentaal anders*.



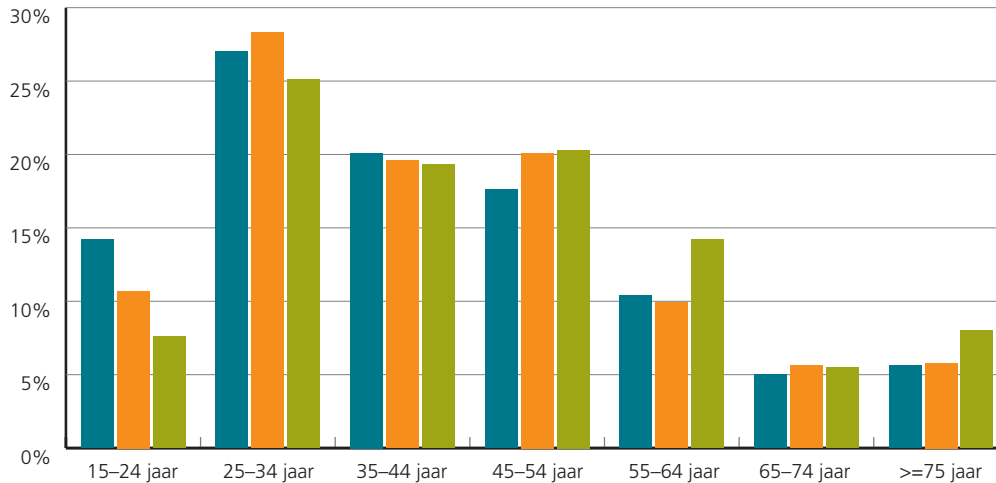
Ontslagen patiënten

Ontslagen patiënten naar leeftijd

Ziekenhuis

PZ	2011		2012		2013	
LEEFTIJD	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	96	14,2%	65	10,7%	52	7,6%
25-34 jaar	182	27,0%	172	28,3%	172	25,1%
35-44 jaar	136	20,1%	119	19,6%	132	19,3%
45-54 jaar	119	17,6%	122	20,1%	139	20,3%
55-64 jaar	70	10,4%	60	9,9%	97	14,2%
65-74 jaar	34	5,0%	34	5,6%	38	5,5%
>= 75 jaar	38	5,6%	35	5,8%	55	8,0%
Totaal	675	100,0%	607	100,0%	685	100,0%

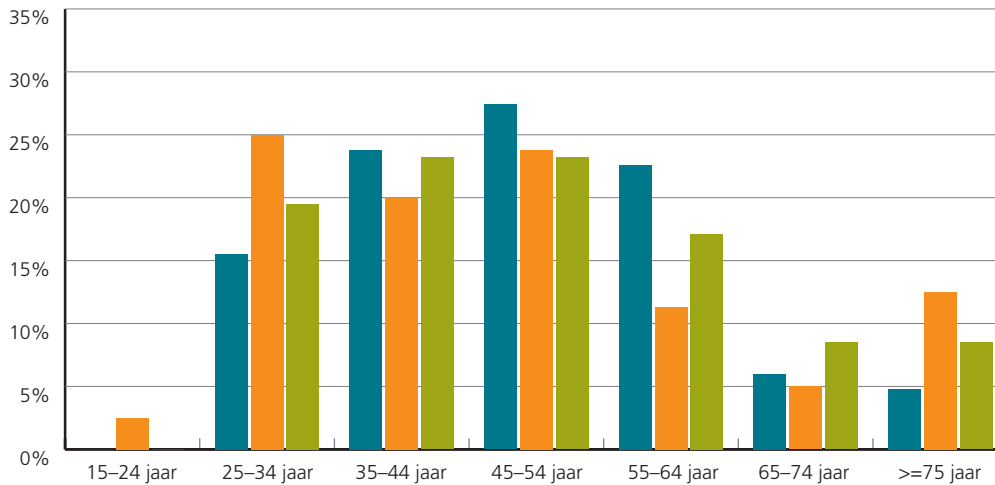
De groep van ontslagen patiënten tussen 25 en 34 jaar blijft het grootst.



Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
LEEFTIJD	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%
25-34 jaar	13	15,5%	20	25,0%	16	19,5%
35-44 jaar	20	23,8%	16	20,0%	19	23,2%
45-54 jaar	23	27,4%	19	23,8%	19	23,2%
55-64 jaar	19	22,6%	9	11,3%	14	17,1%
65-74 jaar	5	6,0%	4	5,0%	7	8,5%
>= 75 jaar	4	4,8%	10	12,5%	7	8,5%
Totaal	84	100,0%	80	100,0%	82	100,0%

De 2 groepen ontslagen bewoners in de leeftijdscategorieën tussen 35 en 54 jaar zijn het grootst in 2013.



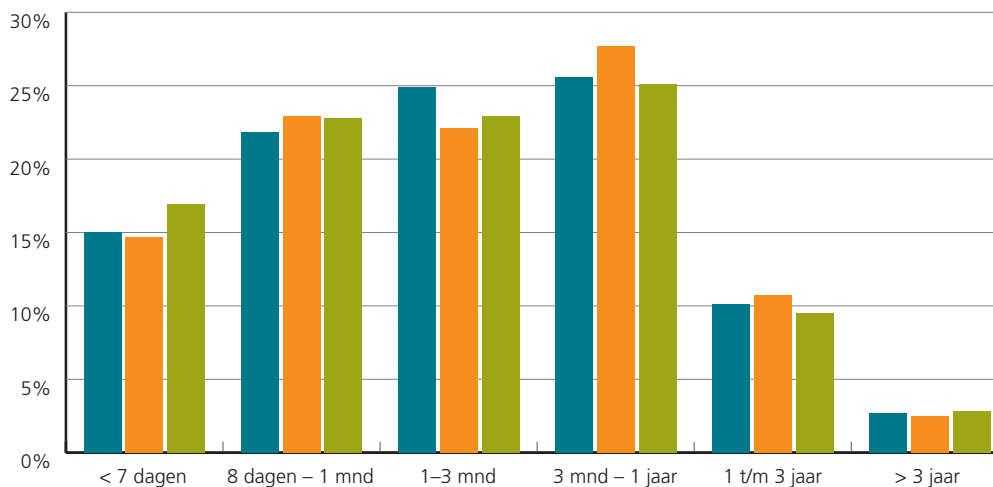
Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

Ziekenhuis

PZ VERBLIJFSDUUR*	2011		2012		2013	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 7 dagen	101	15,0%	89	14,7%	116	16,9%
8 dagen – 1 maand	147	21,8%	139	22,9%	156	22,8%
1–3 maanden	168	24,9%	134	22,1%	157	22,9%
3 maanden – 1 jaar	173	25,6%	165	27,2%	172	25,1%
1 t/m 3 jaar	68	10,1%	65	10,7%	65	9,5%
> 3 jaar	18	2,7%	15	2,5%	19	2,8%
Totaal	675	100,0%	607	100,0%	685	100,0%

(° merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

Meer dan 60% van de patiënten wordt binnen 3 maanden ontslagen.

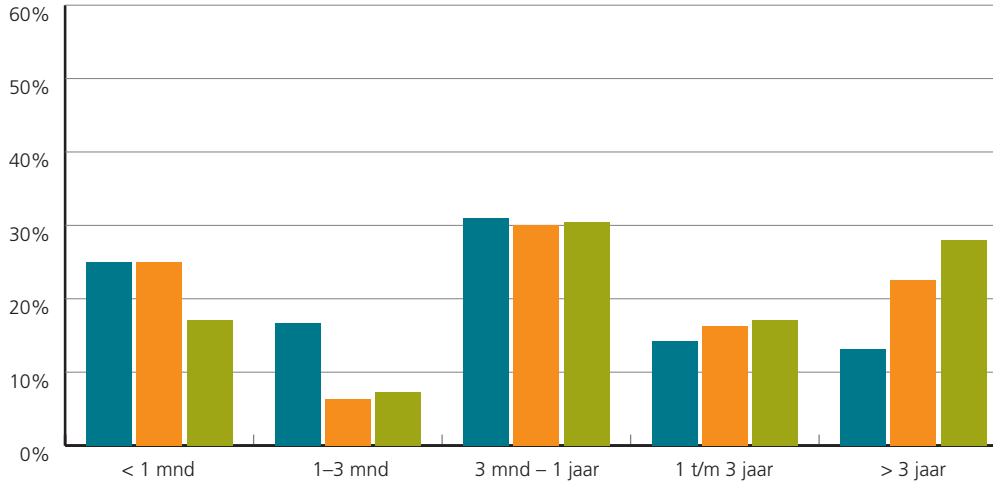


Verzorgingstehuis

PVT	2011		2012		2013	
VERBLIJFSDUUR°	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 1 maand	21	25,0%	20	25,0%	14	17,1%
1-3 maanden	14	16,7%	5	6,3%	6	7,3%
3 maanden – 1 jaar	26	31,0%	24	30,0%	25	30,5%
1 t/m 3 jaar	12	14,3%	13	16,3%	14	17,1%
> 3 jaar	11	13,1%	18	22,5%	23	28,0%
Totaal	84	100,0%	80	100,0%	82	100,0%

(° merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

In PVT worden in 2013 meer langblijvers (> 3 jaren) ontslagen. Er is hierin de laatste jaren een stijgende trend vast te stellen.



SAMENSTELLING EN COÖRDINATIE: ANJA PARTHOENS

EINDREDACTIE: JOHN VANACKER

FOTO'S: ARCHIEF OPZC REKEM

GRAFISCH ONTWERP EN DRUK: DRUKKERIJ LEËN, HASSELT

VOOR BIJBESTELLINGEN: DIENST COMMUNICATIE – DAALBROEKSTRAAT 106 – 3621 REKEM

TEL: 089 84 70 11

ANJA.PARTHOENS@OPZCREKEM.BE

WWW.OPZCREKEM.BE

