

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

Het OPZC 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 managementmodel 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.

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

Het OPZC 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 het OPZC de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg verhogen. Op die manier wil het OPZC een toonaangevende partner zijn en bijdragen tot de zorgvernieuwing in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.

INHOUD

2	Inleiding: een zorg minder maakt nog niet zorgeloos
4	De structuur van OPZC Rekem
5	Het reorganisatieproject WAZO
14	Ingebruikname nieuwbouw Ouderenzorg
19	Zorgeenheden Rehabilitatie en Dagbehandeling 2
23	PVT Rado
26	Jaaroverzicht 2011
31	Dienst patiëntenadministratie
33	Dienst vervoer
35	Dynamo
37	Opvangteam OPZC Rekem
39	Kenniscentrum Forensische Psychiatrie (KeFor)
41	Noolim 107
47	OPZC Rekem in cijfers
49	Personeelsbezetting
52	Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

Inleiding

Een zorg minder maakt nog niet zorgeloos

In ons voorwoord in het jaarverslag 2010 schreven we op 9 juni 2011 het volgende: *'Deze week hebben we vernomen dat, indien de budgettaire toestand 2012 het toelaat, het Noolim-107-project in aanmerking komt voor uitvoering vanaf 1 januari 2012. Toegegeven, eigenlijk is dit materie voor het jaarverslag 2011. Of 2012. Maar eigenlijk is het thema zo belangrijk, dat het niet in dit voorwoord mag ontbreken.'*

En effectief: het Noolim 107-project komt in dit jaarverslag uitgebreid aan bod. In een eerste versie van dit voorwoord was de uitvoering nog onzeker. 1B-projecten kregen groen licht voor het dossier inhoudelijk, maar rood licht voor uitvoering tot er zekerheid was over de financiële middelen. Deze herwerkte versie van inleiding komt er na de interministeriële conferentie van 18 juni 2012. Naast andere projecten die nog in de wachtrij stonden, kan het Noolim 107-project opstarten op 1 januari 2013 en zijn de financiële middelen voorlopig gewaarborgd.

Het hoeft geen betoog dat wij tevreden zijn met deze beslissing. Binnen het netwerk Noolim, maar ook binnen het OPZC Rekem, wordt het nu tijd om een versnelling hoger te schakelen. Mensen bleven in het project geloven, maar door het lange wachten en de onzekerheid was het voor de netwerkcoördinator niet evident om grote dynamiek tussen de verschillende partners hoog te blijven houden. Sedert een paar dagen is dit anders en kan er perspectief geboden worden. Al ligt er nog heel wat werk op de plank. De psychiaters zitten met veel vragen: zullen er nog voldoende bedden in de regio zijn? Hoe een wachtdienst voor de artsen uitbouwen en welke? Maar ook de personeelsleden van het OPZC Rekem, vragen zich af wat er nu gaat gebeuren. Sommige partners of professionals stelden voor om met de fundamentele discussies te wachten tot er groen licht voor opstart was. Dit groen licht is er nu. Dit impliceert dat er discussies moeten opgestart worden, projectgroepen terug aangezwengeld, nagegaan waar de beddenafbouw kan gebeuren.

Dit zal nog boeiende gesprekken met zich meebrengen, die binnen OPZC Rekem gevoerd worden tussen verschillende groepen. Maar ook binnen het netwerk zelf kan het moeilijk anders dan dat er nog vele paden dienen geëffend te worden. Onze Relingpartner is reeds geruime tijd aan de slag. Het is belangrijk hier goed mee samen te werken, te bogen op hun ervaringen. Al zal niet alles knip-en-plakwerk worden. Naast een aantal gelijkenissen zijn er ook verschillen (in Noolim twee psychiatrische ziekenhuizen en één PAAZ) die discussies niet alleen kunnen kleuren, maar ook heel sterk beïnvloeden.

Maar eigenlijk schrijven we nu te veel over organisaties en niets over de patiënt. Die kan stilaan hopen op waar hij/zij recht op heeft: de groei naar een meer vraaggestuurde, meer ambulante en een betere extramurale zorg. Een belangrijke stap is hiermee gezet in de richting van zorgvernieuwing. Al mogen *neveneffecten* hierbij niet

onder de mat geveegd worden. Om de personele middelen van de bedden te gebruiken, dient in eerste instantie ook een oplossing gezocht te worden voor de patiënten die er nu in liggen...

Binnen het OPZC Rekem is er in 2011 verder werk gemaakt van het WAZO-traject. Naast 107 kan u ook dit lezen in dit jaarverslag. Er is duidelijk geopteerd om te investeren in de leidinggevende functies. Uit verschillende onderzoeken die in 2012 uitgevoerd werden (arbeidstevredenheidsonderzoek, cultuurmeting patiëntveiligheid...) kunnen we vaststellen dat de vernieuwing gerendeerd heeft. De waardering voor de directe leidinggevende stijgt. En dat is goed.

Keerzijde van die verandering is dat hervormingsprocessen onrust en groeipijnen met zich meebrengen. Dat er spanningen ontstaan. Soms zijn er onbedoelde (neven)effecten die moeten geredieerd worden. Op zich is dat geen eenvoudige zaak. Belangrijk hierbij is uiteraard dat het vertrouwen niet geschaad wordt en dat er voldoende ruimte blijft voor dialoog.

Een ziekenhuis, een zorgcentrum, is een complexe organisatie. De cultuur speelt een belangrijke rol. De zorg heeft een eigen taal. De professionals hebben hun specifieke achtergrond, gevoeligheden, kennis, verantwoordelijkheid en autonomie. En een veranderingsproces moet hier allemaal rekening mee houden.

In 2012 zal het belangrijk zijn om aan nieuwe evenwichten te werken. De sterktes en zwaktes intern moeten continu in kaart gebracht worden. In dialoog. De gemeenschappelijke taal wordt best versterkt.

Niet alleen de interne uitdagingen zijn groot; dit geldt ook voor de externe uitdagingen. 107 is een kans, maar indien kansen niet goed worden aangepakt, kunnen ze ook een bedreiging vormen. De krapte aan psychiaters op de arbeidsmarkt is een feit, hetgeen op het welslagen van 107 een ernstige hypotheek legt.

Samengevat: ook al is het positieve nieuws voor het Noolim 107 project belangrijk voor de toekomst, het betekent niet dat het psychiatrische zorglandschap zonder zorgen is. Het is er wel alvast één minder. En het scheidt nieuwe kansen voor de patiënten en de bewoners. Dat primeert.

Rekem, 26 juni 2012

HANS SCHRÖTER
voorzitter raad van bestuur
OPZC Rekem

JOHN VANACKER
administrateur-generaal
OPZC Rekem

De structuur van OPZC Rekem

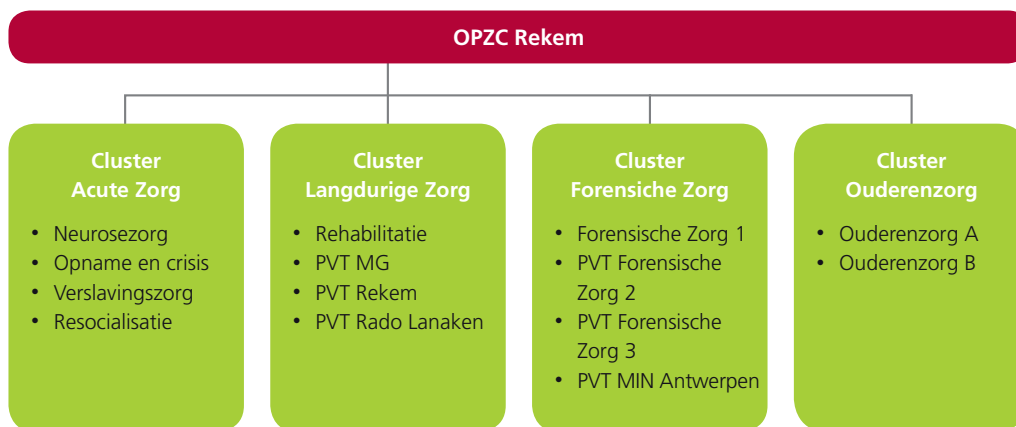
OPZC Rekem is een Extern Verzelfstandigd Agentschap met rechtspersoonlijkheid.

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 Acute zorg (incl. Verslavingszorg), 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**, dat deel uitmaakt van het cluster Langdurige zorg, biedt aan haar bewoners een huiselijke woonomgeving, aangepast aan de noden van diverse doelgroepen, met name: chronisch gestabiliseerde psychiatrische bewoners, forensische bewoners en mentaal gehandicapten. Het psychiatrisch verzorgingstehuis situeert zich op drie campussen: in Rekem, Lanaken en Antwerpen.

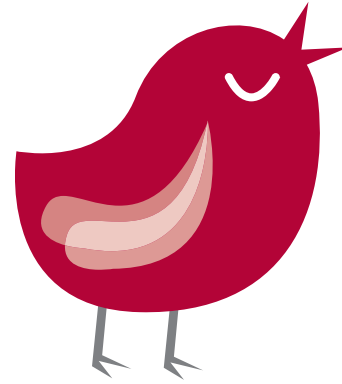
De campussen in Lanaken en Antwerpen bieden door hun locatie in een centrum extra mogelijkheden voor de bewoners om deel te nemen aan dagdagelijkse activiteiten in hun woonomgeving.



Het reorganisatieproject WAZO

Het reorganisatieproject WAZO (Waanzinnig Zorgzaam) kende zijn start in 2008 vanuit de werkgroep Zorg en Organisatie, met als doel een organisatiemodel uit te tekenen dat de medewerkers van het OPZC Rekem maximaal ondersteunt in het bieden van professionele en kwalitatief hoogstaande zorg voor de patiënt en bewoner. De krijtlijnen uitgetekend door deze werkgroep vonden hun neerslag in een WAZO-boekje. Vanaf 2010 begon de vertaling en implementatie van deze krijtlijnen in het WAZO-project. Een projectstructuur werd opgezet onder begeleiding van een externe consultant en een interne projectleider.

Het WAZO-project is een verhaal op twee sporen, enerzijds een inhoudelijk spoor met een aantal belangrijke inhoudelijke thema's en anderzijds een structureel spoor, met name de functies binnen deze organisatiestructuur. De wijzigingen in de organisatiestructuur resulteerden in een nieuw organogram.



wazo

WAZO inhoudelijk

In 2010 leverden een groot aantal medewerkers van het OPZC al heel wat inspanningen op het eerste inhoudelijke spoor. Tijdens het werken binnen deze projectstructuur tekenden zich immers vrij snel een aantal cruciale thema's af: de samenstelling en rol van de verschillende actoren van het kernteam, de inhoud van de verschillende WAZO-functies, de werking en herpositionering van het cluster Langdurige zorg, de interdisciplinaire samenwerking binnen de nieuwe organisatiestructuur, het beoordelen van de prestaties in deze structuur, de rol en de profilering van de vakgroepwerking en het efficiënt organiseren van een vraaggestuurd therapeutisch aanbod.

Parallel werd tevens werk gemaakt van een vernieuwde missie en visie en werden ook vier cruciale waarden voor het OPZC geformuleerd: verbondenheid, zorgzaamheid, integriteit en innovatie. Ook deze oefening geeft inhoud en richting aan de WAZO-organisatiestructuur.

Een aantal inhoudelijke thema's leidden reeds in 2010 tot een afgewerkt product. Een eerste concreet resultaat zijn de functiefiches van de verschillende WAZO-functies, gevalideerd door de raad van bestuur, het EOC (Entiteits-Overleg Comité) en de medische raad. Daarnaast onderging de samenstelling van het kernteam, dat de zorgeenheid aanstuurt, ook een belangrijke wijziging, hetgeen in dialoog met de medewerkers gebeurde. De aansturing van de zorgeenheden en clusters is terug te vinden in fig. 1.

cluster

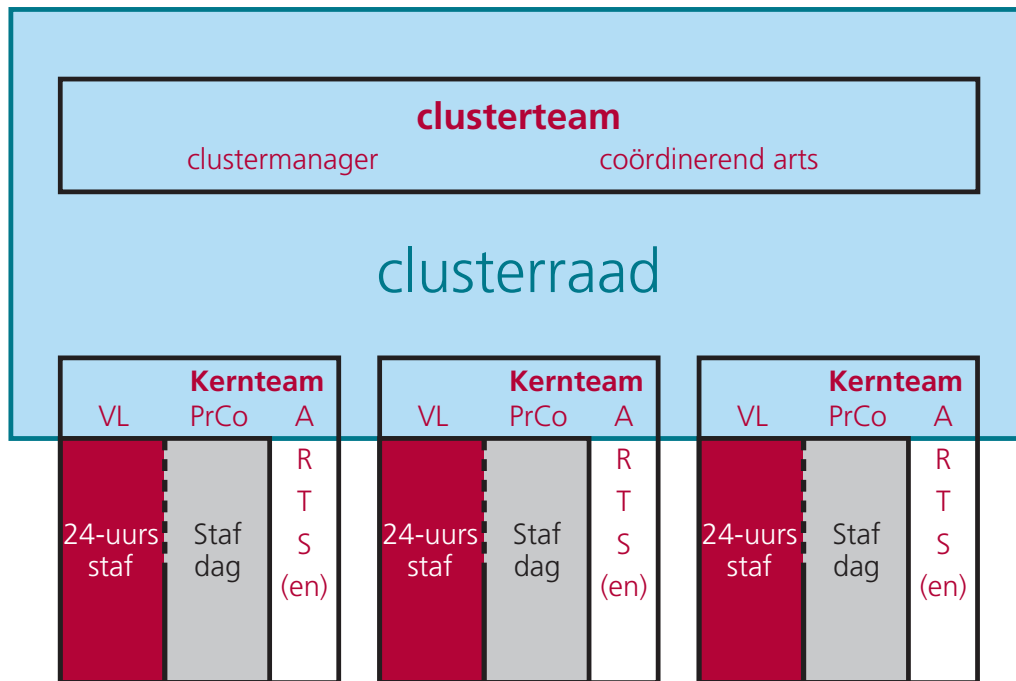


FIG. 1: AANSTURING VAN DE ZORGEENHEDEN EN DE CLUSTERS

In 2011 werden de overige thema's – Langdurige zorg, interdisciplinaire samenwerking, prestatiebeoordeling, vakgroepwerking en vraaggestuurde therapie – verder vertaald in interdisciplinair samengestelde werkgroepen met deelnemers vanuit de hele organisatie. Om de vakgroepwerking te kunnen aanpassen aan de eigenheid van de diverse vakgroepen uit staf dag, 24-uursstaf en medische staf, werd voor iedere groep een andere werkvorm gekozen. De 24-uursstaf bijvoorbeeld, die bestaat uit alle verpleegkundigen, zorgkundigen, opvoedkundigen en logistiek assistenten, kon integraal deelnemen aan diverse wereldcafé's, een werkmodus die zich leent om grote groepen tegelijk rond tafel te brengen en een bepaalde vraagstelling uit te werken. Het resultaat was een voorstel omtrent de specifieke vakgroepwerking van de 24-uursstaf, uitgewerkt door meer dan 230 medewerkers. Dit voorstel wordt momenteel door het hoofd nursing verder opgenomen.

NETWERKCAFÉS EN WAZO-WERKGROEPEN



Consolidatie van de uitwerking van deze thema's gebeurde in de vorm van een einddocument dat alle ideeën en voorstellen vanuit de werkgroep bundelde. Vijf documenten werden op deze manier afgeleverd aan de WAZO-stuurgroep: een voorstel omtrent prestatiebeoordeling, omtrent vraaggestuurde zorg, vakgroepwerking, interdisciplinaire samenwerking en tenslotte langdurige zorg. Medewerkers die deelnamen aan de werkgroep konden tijdens een terugkomdag in april 2011 de voorstellen als eerste inkijken en doornemen. Daarna verliep het verdere beslissingsproces van de voorstellen binnen het directiecomité.

WAZO structureel

Niet alleen het inhoudelijk spoor van WAZO kreeg invulling, ook de organisatiestructuur zelf moest opgevuld worden. Daarvoor werd in december 2010 het startschot gegeven door de vacatures van clustermanager, hoofd therapie en programmacoördinator intern en extern open te stellen, alsook de vacatures van verpleegkundig specialist en verpleegkundig leidinggevende intern vacant te verklaren. Het begin van de selectieprocedures was voorzien voor januari 2011.

Om deze functies kenbaar te maken bij de medewerkers en om eventuele vragen adequaat te kunnen beantwoorden, organiseerde de projectgroep van WAZO reeds in december 2010 een eerste jobbeurs voor alle medewerkers van het OPZC. Tijdens deze jobbeurs konden geïnteresseerden op verschillende informatiestanden kennis maken met alle nieuwe WAZO-functies. Ter plekke werd de kans geboden om dieper in te gaan op de functie-fiche, de werkomstandigheden en de context van de functie, alsook op de selectieprocedure voor de vacante functies. Doorlopend hadden personeelsleden ook de mogelijkheid om een informatieve presentatie te volgen over WAZO en de nieuwe functies. Een 55-tal medewerkers nam deel aan deze jobbeurs.

In maart werd een tweede jobbeurs georganiseerd. Deze keer stonden de functies van verpleegkundig leidinggevende en verpleegkundig specialist centraal. Medewerkers konden zich opnieuw informeren over de functie en de selectieprocedure.

De selectieprocedure voor clustermanager, hoofd therapie en programmacoördinator bestond uit verschillende opeenvolgende, eliminerende stappen: screening van het cv, een verkennend gesprek met een extern selectiebureau, een uitgebreid assessment en tenslotte een jurygesprek. Het resultaat van deze selectieronde was het aanstellen van 2 clustermanagers en 1 programmacoördinator. De clustermanagers namen hun functie op vanaf 1 juni 2011. Voor de overige aanwervingen was het wachten op een tweede ronde. Nadien zou ook de geselecteerde programmacoördinator kunnen starten. Deze tweede ronde resulteerde in het werven van 2 programmacoördinatoren, van een derde clustermanager en van een hoofd therapie. De indiensttreding van deze geselecteerden was voorzien in maart 2012.

Daarnaast liep de selectieprocedure voor verpleegkundig leidinggevende en verpleegkundig specialist bij een ander extern bureau. De diverse selectierondes in het voorjaar en najaar van 2011 leverden 7 verpleegkundig leidinggevend en 3 verpleegkundig specialisten. Met het aanstellen van verpleegkundig specialisten is het OPZC Rekem de eerste organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg, die deze functie inzet.

De volgende stap die gezet moet worden om de structuur volledig ingevuld te krijgen, is het aanstellen van coördinerend artsen, van een aantal verpleegkundig leidinggevend en specialisten en van een laatste programmacoördinator. Wanneer de volledige WAZO-organisatiestructuur ingevuld is, zal ook het zorgcomité als overkoepeld overlegorgaan opgestart worden.

Het organogram van het OPZC Rekem (fig. 2) zal er dan als volgt uitzien:

Organogram met alle interne en externe organen

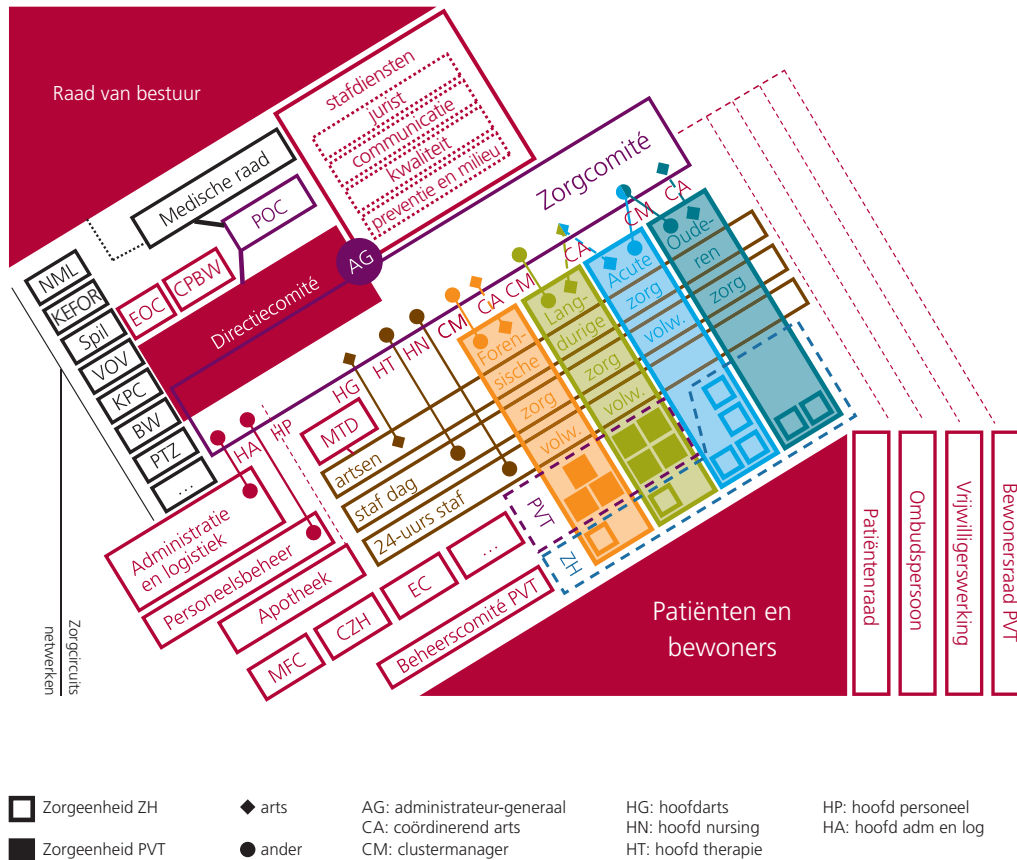


FIG. 2: ORGANOGRAM MET ALLE INTERNE EN EXTERNE GROEPEN

De inhoudelijke voorstellen van WAZO konden reeds gedeeltelijk geïmplementeerd worden, zoals bijvoorbeeld het werken met een jaarplanning voor de vakgroep en het uitschrijven van een visie en beleidsplan voor het cluster Langdurige zorg op basis van het ingediende voorstel. De verdere implementatie van de inhoudelijke WAZO-thema's is voorzien in 2012.

WAZO communicatie

Tijdens het hele WAZO-traject werd veel aandacht besteed aan communicatie, zowel binnen de projectstructuur zelf, als naar alle medewerkers van het OPZC en dit zowel mondeling als schriftelijk.

De communicatie naar medewerkers verliep via een vast stramien. Maandelijks kreeg iedere medewerker via mail een WAZO-infoflash waarin de belangrijkste stappen van de afgelopen maand uitgeschreven stonden. Voorafgaand aan het uitsturen van deze flash hield de projectgroep een klankbordsessie met de kernteams om deze flash in detail door te nemen, uitleg te geven bij eventuele vragen, suggesties te vragen aan de kernteams en aanpassingen te doen waar nodig. Op die manier waren zowel leidinggevendenden als medewerkers op de hoogte van de vorderingen van het project en kregen leidinggevendenden ondersteuning bij de communicatie naar hun team. Tevens was dit een vinger aan de pols voor de projectmedewerkers en gaf het een beeld van de bezorgdheden en vragen die er binnen de organisatie leefden.

Naast de nieuwsbrieven werden er regelmatig infosessies gehouden, ofwel voor alle medewerkers, ofwel voor een bepaalde doelgroep zoals bv. de kernteams, de medewerkers van de werkgroepen, de staf dag, de 24-uursstaf en de medische staf. Bij iedere mijlpaal organiseerde de projectgroep een infosessie voor alle medewerkers.

Om medewerkers maximaal een stem te geven in het traject werd gekozen voor uiteenlopende communicatiekanalen en werkvormen: werkgroepen, klankbordsessies, brainstormsessies, wereldcafés, workshops, infosessies, jobbeurzen, feedbacksessies, persoonlijke contacten, e-mail, verslaggeving...

Voor specifieke onderwerpen, zoals onder andere de WAZO-functieprofielen, werden tevens de verschillende advies- en beslissingsorganen binnen het OPZC geconsulteerd: de raad van bestuur, het EOC en de medische raad.

Bij onderwerpen die gevoelig lagen of waar de organisatie veel vragen rond had, werd er gekeken naar het meest efficiënte communicatiekanaal en werd er vaak gebruik gemaakt van een combinatie van verschillende kanalen en middelen om de wederzijdse communicatielijnen open te houden.

Om naast deze informatiestromen ook een schriftelijk naslagwerk te hebben over het WAZO-project, werden alle veranderingen, gerealiseerd door de medewerkers van het OPZC Rekem in samenwerking met de projectgroep en de stuurgroep, geconsolideerd in een vernieuwde versie van het WAZO-boekje dat uitgegeven werd in juni 2011.

De clustermanagers aan het woord

INTERVIEW ANN HENDRICKX, CLUSTERMANAGER ACUTE ZORG EN OUDERENZORG

'Starten als clustermanager binnen het OPZC Rekem was voor mij een enorme uitdaging. Zowel de sector als de organisatie waren mij minder bekend en het blijft dan afwachten hoe goed deze match lukt. Een zorgorganisatie is sowieso een complexe organisatie, met professionals om aan te sturen, een vakbondswerking om mee samen te werken en een cultuur om te leren kennen. Daarbij kwam nog de recente WAZO-reorganisatie, die uiteraard de nodige vragen en onzekerheden met zich mee bracht. De sfeer bij de start zat echter meteen goed. De samenwerking met mijn collega-clustermanager en met de andere directieleden verliep zeer aangenaam en met veel humor, wat voor mij een essentieel element is om voldoening in mijn werk te vinden.

In de beginperiode was het zoeken naar een goede invulling van mijn positie, zowel voor mezelf, als voor de medewerkers, wat voor beide partijen een wederzijds aftasten betekende. Het is immers een nieuwe functie in de WAZO-organisatiestructuur. Stilaan geraakt deze structuur verder ingevuld. Volgend jaar wil ik ook beginnen met het maken van beleidsplannen voor de 2 clusters en de 6 zorgeenheden, om liefst met zoveel mogelijk betrokkenen een lange-termijn verhaal te schrijven.

De programmacoördinatoren en verpleegkundig specialisten startten in de eerste helft van 2012. Deze functies bieden een duidelijke en directe meerwaarde binnen de organisatie. Ook de functie hoofd therapie zal dan ingevuld zijn. We kijken eveneens uit naar de start van onze derde collega-clustermanager.

Mijn korte ervaring tot dusver leert me dat dé uitdaging binnen deze matrixorganisatie samenwerken is, binnen de verschillende lagen en tussen de verschillende lagen van deze matrixorganisatie heen, en dus eerlijk, respectvol en zorgvuldig communiceren! Daartoe bijdragen is ook voor mij een persoonlijk doel dat me na aan het hart ligt.'



INTERVIEW SABINE BUNTINX, CLUSTERMANAGER LANGDURIGE ZORG

'Op 1 juni 2011 ben ik gestart als clustermanager van het cluster Langdurige zorg. Dit betekende voor mij mijn vorige functie als verpleegkundig leidinggevende in het OPZC Rekem loslaten en de nieuwe uitdaging aangaan. Gezien ik de organisatie reeds kende, heb ik in de eerste fase vooral de tijd genomen om alle personeelsleden te leren kennen, alsook de patiënten en bewoners en de werking van de verschillende zorgeenheden, door mee te lopen op de zorgeenheden. Daarna was het tijd voor de inhoud. Op basis van de voorbereidingen die door de werkgroep Langdurige zorg binnen het WAZO-traject gemaakt waren, werd de visie op Langdurige zorg verder uitgewerkt en vertaald in een beleidsplan. De visies op de verschillende zorgeenheden werden uitgeklaard en de nodige accenten gelegd.

Via projecten die binnen Langdurige zorg getrokken worden, trachten we op langere termijn meer en meer met richtlijnen te gaan werken (palliatieve zorgen), als op termijn ook evidence based practices binnen te brengen. Procedures, het meten van indicatoren en het transparanter maken van onze cijfers zijn eveneens uitdagingen voor 2012, die ook door medewerkers uit Langdurige zorg getrokken worden. Er zijn reeds enkele stappen gezet binnen deze thema's. Deze lijn gaan we in 2012, samen zeker verder zetten. De samenwerking binnen het cluster en het op elkaar afstemmen en differentiëren van goede zorg beschouwen we als de voornaamste thema's voor 2012.'



Wervingen WAZO-functies

Openstaande functies

	MAN	VROUW	INTERN	EXTERN
4 Clustermanager				
Aantal kandidaten	4	4	5	3
Na CV screening	3	3	4	2
Geslaagd	1	2	2	1
4 Programmacoördinator				
Aantal kandidaten	7	15	10	12
Na CV screening	3	11	8	6
Geslaagd	0	3	2	1
7 Verpleegkundige Leidinggevende				
Aantal kandidaten	5	5	10	0
Na CV screening	5	5	10	0
Geslaagd	3	2	5	0
7 Verpleegkundig Specialist				
Aantal kandidaten	3	3	6	0
Na CV screening	3	3	6	0
Geslaagd	1	2	3	0
1 Hoofd Therapie				
Aantal kandidaten	4	1	2	3
Na CV screening	3	1	2	2
Geslaagd	0	0	0	0

Ingebruikname nieuwbouw Ouderenzorg

2011 was voor het cluster Ouderenzorg een belangrijk jaar met als grote project de ingebruikname van een nieuwbouw voor 80 bedden. Vooraleer dieper in te gaan op de verhuizing en de ervaringen hieromtrent van patiënten en personeel van Ouderenzorg, volgt een korte toelichting over het cluster.

Ouderenzorg

Het cluster Ouderenzorg biedt interdisciplinaire antwoorden op individuele geronto-psychiatrische zorgvragen. Dit vertaalt zich in een kwalitatief hoogstaande psychiatrische behandeling en begeleiding voor ouderen (3^{de} en 4^{de} levensfase).

Gedurende de behandeling wordt er maximaal gestreefd naar inspraak, autonomie, zelfbeschikking en het behoud van vaardigheden van de patiënten.

Het cluster is samengesteld uit twee zorgeenheden: Ouderenzorg A en Ouderenzorg B. Naast de diagnosestelling biedt elke zorgeenheid een specifieke aanpak en behandeling op maat van de patiënt aan.

Zowel een volledige hospitalisatie als dagbehandeling zijn in beide zorgeenheden mogelijk.

Ouderenzorg A

Ouderenzorg A richt zich op de diagnosestelling en de behandeling van ouderen met een matige tot ernstige dementie, die bijkomende gedrags- en/of stemmingsstoornissen vertonen.

Het doel van de behandeling is om de stoornissen in het gedrag en/of de stemming zoveel mogelijk te stabiliseren.

Ouderenzorg B

Ouderenzorg B richt zich op de diagnosestelling, behandeling en resocialisatie van ouderen met psychische, psychiatrische problemen, die een behandeling noodzakelijk maken. De doelstellingen tijdens de behandeling zijn stabilisatie van de psychische problematiek en ik-versterkend werken.

Waarom een nieuw gebouw?

De privacy en rust, noodzakelijk tijdens de behandeling, konden in het oude gebouw, door structurele beperkingen, niet voldoende gegarandeerd blijven. De zorgeenheid beschikte grotendeels over slaapzalen met 4 bedden en gemeenschappelijke badkamers. Ook in de toenmalige dagzalen bestonden er weinig mogelijkheden om een aangepast therapeutisch klimaat te creëren voor de patiënten. Gezien de recente maatschappelijke ontwikkelingen en de daarop aangepaste behandelvisie, werd de nood aan een nieuw gebouw, afgestemd op de noden van de ouderen, steeds duidelijker.

Het OPZC Rekem zocht actief naar mogelijkheden om dit project te kunnen realiseren en maakte er een prioriteit van de nieuwbouw voor 80 bedden Ouderenzorg gedurende het jaar 2011 in gebruik te kunnen nemen.

Concept nieuwbouw

Uitgangspunt was een infrastructuur en omgeving creëren die het bieden van kwalitatieve zorg maximaal ondersteunt. Tijdens de ontwerpfasen van de nieuwbouw stonden privacy, noden en veiligheid van zowel patiënt als personeelslid dan ook centraal.

Deze concepten resulteerden in een nieuwbouw, bestaande uit grotendeels individuele kamers met badkamer, meerdere dagzalen met verschillende zithoekjes en centraal gelegen, voor patiënten vlot bereikbare, werkruimtes voor personeel. De infrastructuur faciliteert het creëren van een optimaal therapeutisch klimaat. Centraal gelegen, tussen beide zorgeenheden, bevinden zich de therapielokalen; waaronder een bewegingslokaal, crealokaal, therapiekeuken, kinelokaal en enkele gesprekslokalen. Deze zijn vlot bereikbaar voor beide zorgeenheden. De zorgeenheden zijn structureel zo ontworpen dat een flexibele indeling in kleinere of grotere groepen mogelijk is. Daardoor kan het cluster Ouderenzorg op een vraaggestuurde en flexibele wijze inspelen op (toekomstige) noden, ontwikkelingen en trends.

Ingebruikname gebouw P

Uiteraard vergde dit project op alle niveaus binnen de organisatie de nodige samenwerking en voorbereiding om het te doen slagen. Doel was de patiënten op een zo aangenaam mogelijke manier te laten kennismaken met hun nieuwe omgeving.

Ouderenzorg A

Voor de medewerkers van Ouderenzorg A betekende de verhuizing niet enkel het wennen aan een nieuw gebouw, maar ook de samensmelting van twee teams (vroegere Ouderenzorg 2-3) naar één team. Uiteraard vergden beide aspecten de nodige voorbereiding en aanpassingstijd.

Desondanks de voorafgaande inspanningen, doken er na de ingebruikname knelpunten op, die op een constructieve manier aangepakt werden. In de loop van 2011 werd eveneens de werking van de zorgeenheid in het nieuwe gebouw geoptimaliseerd.

Ouderenzorg B

Zowel voor personeelsleden als patiënten van Ouderenzorg B verliep de ingebruikname vlot. De patiënten zijn erg tevreden met het comfort, de privacy en de rust in het nieuwe gebouw. Het therapeutisch klimaat is afgestemd op de noden van de doelgroep. *Studiowonen*, waarbij mensen binnen de afdelingssetting gestimuleerd worden meer autonoom te functioneren en waarbij de nodige vaardigheden getraind worden, is een nieuw onderdeel binnen de werking en structureel opgenomen in het gebouw.

Enkele getuigenissen

PERSONEEL

*'De verhuizing van Ouderenzorg B is goed verlopen dankzij een uitgewerkt draaiboek en een goede communicatie en samenwerking met ondersteunende diensten, waaronder de dienst Onderhoud en Techniek, de preventie-adviseur...
De patiënten zijn tevreden en hebben zich, net als de personeelsleden, vlot aangepast.'
'Bestaande knelpunten worden opgevolgd en aangepakt.'*

PATIËNTEN/FAMILIE

*'De nieuwbouw is mooier.'
'De kamers zijn mooi. We hebben allemaal zelf een kamer met eigen douche, toilet.'
'Het is beter dan het oude gebouw.'
'Je zit hier op je gemak.'*

Enkele cijfers

OPNAMEN

	OUDERENZORG A	OUDERENZORG B
Man	24	19
Vrouw	12	29

ONTSLAGEN

	OUDERENZORG A	OUDERENZORG B
Man	30	26
Vrouw	11	31

BESTEMMING BIJ ONTSLAG

	OUDERENZORG A	OUDERENZORG B
Thuis- of gezinssituatie	6	38
Bejaardenzorg	22	4
Psychiatrisch ZH	1	3
PVT	0	4
Algemeen ZH	10	7
Overleden	2	1







Zorgeenheden Rehabilitatie en Dagbehandeling 2

De zorgeenheden Rehabilitatie en Dagbehandeling 2 maken sedert 2011 deel uit van het cluster Langdurige zorg. Binnen dit cluster situeert de opdracht van beide zorgeenheden zich in een ziekenhuiskader – en is dus behandelingsgericht van aard – waarbij deze behandelopdracht respectievelijk in een residentiële (rehabilitatie, 25 bedden) dan wel ambulante (dagbehandeling 2, 8 stoelen) context geschiedt.

Doelgroep

Tot de doelgroep behoren patiënten met een zeer ernstige en langdurige psychiatrische problematiek, waarbij er vaak multipale stoornissen kunnen vastgesteld worden (vb. psychose, alcohol- en middelengebruik, NAH, autisme, persoonlijkheidsproblemen...). Het gaat om chronisch psychiatrische patiënten met ernstige vaardigheidstekorten en met relatief veel nood aan zorg, structuur en begeleiding. Omwille van hun psychiatrische problematiek hebben deze patiënten veel sociale verliezen geleden; ondervinden ze in het dagdagelijkse leven aanzienlijke beperkingen bij het functioneren en participeren aan de samenleving. Gezien het gevarieerde verloop van de psychiatrische problematiek (crisis, herstel, herval) zijn middellange tot langdurige trajecten noodzakelijk binnen een residentiële, dan wel ambulante context.

Visie

Beide zorgeenheden nemen het rehabilitatiegericht werken als uitgangspunt. Als hulpverleningspraktijk heeft Rehabilitatie voornamelijk als doel mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek in staat te stellen zoveel mogelijk de door henzelf gewenste kwaliteit van leven te realiseren op de levensdomeinen wonen, werken, leren, recreëren en de persoonlijke domeinen van gezondheid, zelfzorg, zingeving en sociale relaties. Bij iedere patiënt en in de behandelprogramma's, wordt gestreefd naar een zorg-op-maat-programma vanuit een geïntegreerd model van verschillende rehabilitatiestrekkingen: milieugerichte rehabilitatie (gestructureerd leefmilieu als prothese), probleemgerichte rehabilitatie (omgaan met probleemgebieden) en ontwikkelings- en herstelgerichte rehabilitatie (ontplooiing van mogelijkheden in ontwikkelingstrajecten). In dit rehabilitatieproces van de patiënt wordt getracht een herstelbeweging (zie fig. 3) te maken van een positie waarbij de patiënt als het ware vereenzelvigd wordt/is met zijn langdurige psychiatrische problematiek, naar een positie waarin terug levenskwaliteit op diverse levensdomeinen kan ervaren worden. Het streven naar maximale autonomie, een optimaal niveau van functioneren en respect voor ieders tempo zijn daarbij kernwaarden. De nadruk ligt daarbij niet meer op het krampachtig bestrijden van alle symptomen, maar wel op het verwezenlijken van waarden en dromen (hoop en perspectief) en waarbij de integratie en acceptatie van psychiatrische symptomen en probleemgebieden in het dagdagelijkse leven van de patiënt een wezenlijk onderdeel van dit herstelproces vormt.

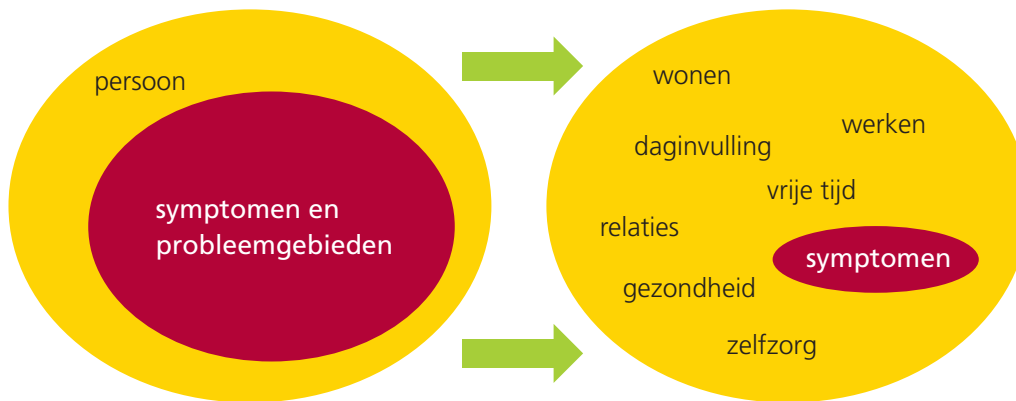


FIG. 3: REHABILITATIEPROCES

Werking

De patiëntenwerking wordt op beide zorgeenheden geconcretiseerd aan de hand van verschillende modules waarin het rehabilitatie- en herstelproces van de patiënt zich kan installeren. Kernbegrippen in de behandelorganisatie zijn: opbouwen van een langdurige vertrouwensrelatie en therapeutisch bondgenootschap, betrokkenheid van de patiënt, familieverking, continuïteit van zorg, herkenbaarheid en laagdrempelige hulpverlening, het bieden van perspectief en hoop, aandacht voor de milieu- en sociotherapeutische aspecten van het leefklimaat, interdisciplinaire samenwerking en het evenwicht tussen inzichtelijk en ervaringsgericht werken.

Zorgeenheid Rehabilitatie

- **PSG-module:** deze module richt zich op het begeleiden van patiënten met persisterend storend gedrag waarbij de klemtoon voornamelijk ligt op een geïndividualiseerde begeleiding om een zo hoog mogelijke vorm van kwaliteit van leven na te streven. Het accent ligt daarbij op een structurerend behandelmilieu;
- **Rehabilitatie-module** met onderscheid tussen:
 - leergroep: het accent ligt op de ontwikkeling en instandhouding van bestaande en nieuwe vaardigheden die nodig zijn om een terugkeer in de maatschappij of naar een andere leefomgeving vlot te laten verlopen (ontwikkelingstrajecten);
 - woongroep: het accent van deze leefgroep wordt dan weer gelegd op het ondersteunende aspect. Rust en stabiliteit wordt nagestreefd d.m.v. het aanbieden van hand-in-handbegeleiding in een veilig woonmilieu.

Zorgeenheid Dagbehandeling 2

- **Resocialisatie-module:** deze module biedt de patiënt een vervolgbehandeling aan, meestal volgend op een ziekenhuisopname, waarbij er actief ontwikkelings- en herstelgericht gewerkt wordt aan een resocialisatietraject. Een goede samenwerking met initiatieven – zoals beschutte woonvormen, dagactiviteitscentra, sociale tewerkstellingsinitiatieven, arbeidstrajectbegeleidings- en opleidingsinitiatieven, diensten die ondersteuning in de thuis-situatie bieden en organisaties die vrijwilligerswerk aanbieden – is daarbij onontbeerlijk;
- **Rehabilitatie-module:** in deze module wordt getracht het functioneringsniveau van de patiënt minstens te handhaven. Hiervoor wordt een klimaat binnen de zorgeenheid nagestreefd, waarbij aan de patiënt een ontmoetingsplaats wordt geboden; een ontmoetingsplaats met hulpverleners die ondersteuning bieden en waar nodig

structureren, activeren, verbeteren van de zelfbewustwording en emotionele belevingen kaderen. Gezien het vaak beperkte sociale netwerk zijn ook de contacten met medepatiënten erg belangrijk.

Enkele cijfergegevens

De zorgeenheid Rehabilitatie kende in het jaar 2011 een gemiddelde bezettingsgraad van 99,37%. Het aantal rechtstreekse opnames op de zorgeenheid bedroeg 4 terwijl er 9 ontslagen waren. Tijdens het werkjaar waren er ook 21 mutaties waarbij er een verder onderscheid kan gemaakt worden tussen mutaties binnen het cluster (N=7), mutaties vanuit een ander cluster (N=7) en mutaties naar een ander cluster (N=7).

In 2011 kende de zorgeenheid Dagbehandeling 2 een gemiddelde bezettingsgraad van 171,10%. Het aantal rechtstreekse opnames op de zorgeenheid bedroeg 12 terwijl er 13 ontslagen genoteerd werden. Tijdens het werkjaar waren er op deze zorgeenheid 32 mutaties (waarvan 11 mutaties binnen het cluster, 12 mutaties vanuit een ander cluster en 9 mutaties naar een ander cluster).

Accenten in 2011

WAZO

2011 stond voor beide zorgeenheden grotendeels in het teken van de overgang van het cluster Psychozorg naar het cluster Langdurige zorg. Er was dan ook nauwe betrokkenheid bij de WAZO-werkgroep Langdurige zorg om deze overgang voor te bereiden en te implementeren.

Netwerk

In 2011 was er een verdere toenemende tendens tot casusgebonden en zorginhoudelijk netwerkoverleg, wat een absoluut noodzakelijke voorwaarde is om een herstelgericht kader rond de patiënt op te bouwen en aldus ontwikkelingsgericht aan de verschillende levensdomeinen van de patiënt te kunnen werken en/of deze te handhaven. Regelmatig wordt hierin de positie van brugfunctie vanuit de zorgeenheid opgenomen waarin de rol kan fluctueren van een toeleidende en ondersteunende naar een coördinerende en structurerende samenwerking. In dit opzicht werden dan ook de ontwikkelingen in het kader van artikel 107 nauw op de voet gevolgd en was er betrokkenheid in enkele van de daartoe bestemde werkgroepen.

Verbeterproject

Ook in 2011 hebben enkele personeelsleden de mogelijkheid gekregen om de opleiding Psychosociale Rehabilitatie (KHLim) te volgen. De aldus opgedane kennis en ervaring m.b.t. rehabilitatiemethodieken en -domeinen gaf aanleiding om deze te integreren in een nieuw format van zorgplanbesprekingen waardoor de rehabilitatievisie ook meer kan vertaald worden in concrete cliëntgebonden rehabilitatiedoelen.

VOORSTELLING REHABILITATIE EN DAGBEHANDELING 2
TIJDENS OPEN BEDRIJVENDAG



PVT Rado

Het Psychiatrisch Verzorgingstehuis Rado maakt deel uit van het cluster Langdurige zorg. PVT Rado bevindt zich in het centrum van Lanaken. PVT Rado biedt plaats aan 60 chronisch psychiatrische bewoners. Medio 2011 werden 60 bewoners verdeeld over 2 doelgroepen elk met hun eigen visie en doelgroepbepaling. Hieronder volgt een korte beschrijving van de doelgroep, de werking en de verwezenlijkingen in 2011.

Doelgroep

RADO 1

De eerste doelgroep, Rado 1, omvat 20 bewoners met een chronisch psychiatrische problematiek die zoveel mogelijk zelfstandig wonen. Deze bewoners staan zoveel mogelijk zelf in voor verzorging en dagbesteding. Er wordt hulp en ondersteuning geboden daar waar nood aan is. Dankzij artikel 107 is het mogelijk om op termijn nieuwe woonvormen te creëren waarin psychiatrische bewoners zelfstandig kunnen verblijven. In dit kader wordt Rado 1 ook gezien als een zorgeenheid waar bewoners voorbereid worden op een mogelijke doorstroom naar de maatschappij. Bewoners die een dergelijke vraag hebben, kunnen na goedkeuring van het team geplaatst worden in een traject gericht op resocialisatie.

RADO 2

De tweede doelgroep, Rado 2, omvat 40 bewoners met een chronisch psychiatrische problematiek die meer structuur en ondersteuning nodig hebben. Structuur wordt geboden onder de vorm van meer begeleiding tijdens ADL (activiteiten van het dagelijks leven), verzorging en dagbesteding. Binnen deze groep bevinden zich ook de meest zorgafhankelijke personen. Hiervoor staan er hooglaagbedden en –baden ter beschikking. Comfortzorg en eventueel palliatieve zorg staan centraal bij de benadering van deze bewoners. Comfortzorg wordt geboden aan zorgafhankelijke bewoners waar de psychiatrische problematiek op de voorgrond blijft. Wanneer de zorg verhoogt én wanneer de aanwezigheid van de psychiatrische problematiek op de achtergrond komt te staan, wordt gekeken of er geen betere thuis gevonden kan worden. In de meeste gevallen betekent dit een doorverwijzing naar rusthuizen.

Werking

De gemeenschappelijke visie die op beide groepen toegepast wordt vertrekt vanuit het rehabilitatieprincipe. We bieden een woonomgeving aan waarin zoveel mogelijk uitgegaan wordt van zorg op maat. De aandacht wordt gericht op de resterende mogelijkheden van de bewoner en wordt via begeleiding en ondersteuning verder gestimuleerd. Nieuwe vaardigheden dienen aangeleerd te worden aan bewoners die doorstromen naar een andere woonvorm buiten de instelling.

Kenmerkend voor het zorgprogramma zijn:

- langdurige psychiatrische zorg;
- herstel van de mogelijkheden;
- bieden van een thuismilieu met oog voor ADL, dagbesteding en vrije tijd;
- resocialisatie d.m.v. arbeidsrehabilitatie, woontraining...

Verwezenlijkingen en cijfers in 2011

RADO 1

Binnen deze zorgeenheid werd in 2011 gewerkt rond het verwezenlijken van een gemakkelijker doorstroming naar de maatschappij. Er zijn 5 studio's voorzien die zich hier het best toe lenen. Woontraining en dagbesteding zijn belangrijke aandachtspunten voor bewoners die buiten de instelling willen verblijven. In 2011 resulteerde het traject in 1 bewoner die opnieuw zelfstandig woont, mits minimale ondersteuning.

RADO 2

Doorstroming naar rusthuizen werd in 2011 ook actief nagestreefd. Kennismaking en vlotte samenwerking met de rusthuizen in en buiten de regio (Lanaken, Genk, Tongeren, Bredene, Maaseik, Neeroeteren) stond centraal. In 2011 verhuisde 1 bewoner naar een rusthuis in Lanaken en werden een aantal personen op wachtlijsten geplaatst. Daarnaast loopt er een aanvraag bij BW 't Veer en werden ook contacten gelegd met andere PVT's (Zoersel, Geel, Munsterbilzen, regio Antwerpen) met de vraag tot mutatie. Verder werd ook aandacht besteed aan comfortzorg voor de meest zorgafhankelijke bewoners. De zorg binnen deze groep werd in 2011 meer voelbaar gezien de ouder wordende doelgroep.

Globale verwezenlijkingen:

- samenwerking met huisartsen van de regio;
- samenwerking met partners als Beschut Wonen, rusthuizen, thuiszorgdiensten...;
- betrokkenheid familie/vrijwilligers bij de begeleiding van de bewoners;
- jaarlijkse tevredenheidmeting van de bewoners;
- Kopp (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen) werking, aandacht voor kinderen van psychiatrische bewoners (meestal volwassen kinderen).



Jaaroverzicht 2011

Activiteiten

- 11.01.2011 Kaas- en wijnavond vrijwilligers
- 18.01.2011 Verhuis PVT FOR naar gerenoveerde bouw N
- 27.01.2011 Verhuis Ouderenzorg (deel 1-40 personen) naar nieuwbouw



27.01.2011
VERHUIS OUDERENZORG
NAAR NIEUWBOW



- 01.02.2011 23 Startbaners
gaan van start
- 04.03.2011 Week van de
vrijwilliger:
Vriendendienst
Rekem voert actie
op markt van Hasselt



04.03.2011
VRIJWILLIGERSWERKING VOERT ACTIE OP MARKT
IN HASSELT MET PETER GUY SWINNEN

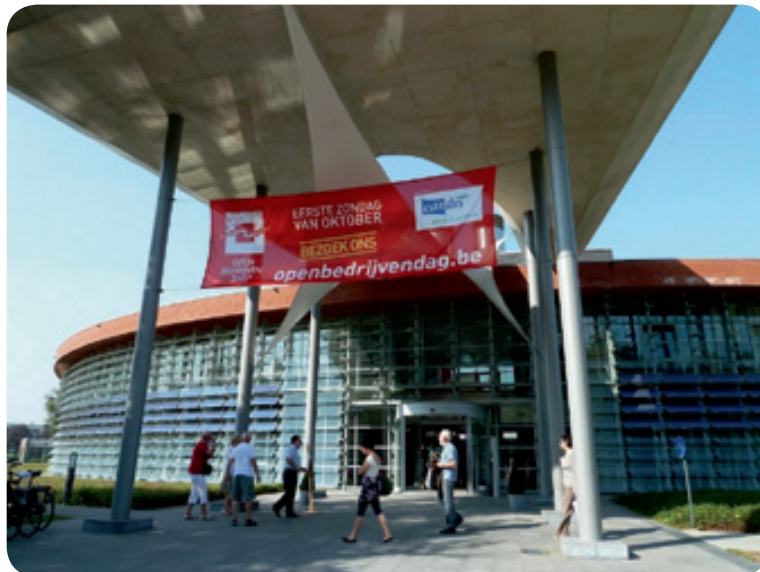
- 12.03.2011 Vrijwilligerswerking op Evanement in Genk
- 12.05.2011 Dag van de verpleging
- 19.05.2011 Vernissage Vensters naar de buitenwereld
- 24.05.2011 Vrijwilligerswerking promotour op markt van Lanaken
- 26.05.2011 Vrijwilligerswerking promotour op markt van Genk
- 00.06.2011 Verhuis Ouderenzorg (deel 2-40 personen)
- 23.06.2011 Lancering samenwerkingsproject: samen in de zorg voor ouderen, in samenwerking met de Provincie Limburg



23.06.2011
 LANCERING SAMENWERKINGSPROJECT:
 SAMEN IN DE ZORG VOOR OUDEREN



- 02.10.2011 Open Bedrijvendag
- 10.10.2011 Studiedag in samenwerking met PHL in Hasselt
- 12.10.2011 Dag van de Geestelijke Gezondheidszorg in Hasselt



02.10.2011
OPEN BEDRIJVENDAG

Schoolbezoeken

- 14.02.2011 Sint Augustinus Bree 7^{de} jaar – 12 personen
- 26.04.2011 Alicebourg Lanaken 5^{de} en 6^{de} Soc. Tech. Wetenschappen – 20 personen
- 28.04.2011 Alicebourg Lanaken – 20 personen
- 03.05.2011 Kindsheids Jesu Hasselt – 25 personen
- 09.05.2011 Sint-Augustinus Bree – Humane Wetenschappen – 26 personen
- 27.05.2011 Volwassenenonderwijs Hasselt – 14 personen
- 24.10.2011 Hogeschool Zuyd – faculteit sociale studies in Sittard – 15 personen
- 28.10.2011 Don Bosco college Hechtel – Humane Wetenschappen – 20 personen
- 23.11.2011 Provinciale Handelsschool Hasselt – Medico-sociale administratie – 23 personen
- 30.11.2011 Provinciale Handelsschool Hasselt – Medico-sociale administratie – 29 personen
- 20.12.2011 Sint Augustinus Bree – 7^{de} jaar Thuis- en Bejaardenzorg – 15 personen

Andere bezoeken

- 22.03.2011 KVLV Vlijtingen op bezoek – 40 personen
- 30.09.2011 Reclassering Nederland – Roermond – 17 medewerkers – uitwisseling met het Forensisch cluster
- 17 tot 24.10.2011 en
- 31.10.2011 Bezoek advocatuur (telkens 10 à 15 advocaten), vakgroepvereniging over internering op bezoek voor een beperkte rondleiding en een presentatie over het forensisch cluster

Dienst patiëntenadministratie

Voorstelling

De dienst patiëntenadministratie maakt deel uit van de administratieve diensten van het OPZC Rekem. Hier wordt de patiëntenregistratie, zowel voor de patiënten opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis (campus Rekem) als voor de bewoners van het psychiatrisch verzorgingstehuis (campussen Rekem, Lanaken en Antwerpen), verzorgd. De dienst telt 2 voltijdse en 2 deeltijdse medewerkers.

Patiëntenregistratie

De voornaamste taak van de dienst patiëntenadministratie is de registratie van alle patiënt-, opname- en ontslaggegevens. Deze registratie gebeurt in de webtoepassing WISH (Web Information System for Healthcare). De geregistreerde gegevens worden ook ter beschikking gesteld van of gekoppeld aan de systemen van andere diensten (onthaal, sociale dienst, medisch secretariaat, facturatie, apotheek, keuken, hoteldienst, zorgeenheden). In de nabije toekomst zullen de administratieve gegevens uit WISH ook gekoppeld worden aan het elektronisch patiëntendossier.

In 2011 registreerden we 823 opnamen in het psychiatrisch ziekenhuis en 185 opnamen in het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Carenet

Om tussenkomst in de betaling van de verpleegdagprijs te bekomen dienen alle opname- en ontslaggegevens binnen de voorziene termijnen doorgegeven te worden aan de ziekenfondsen.

In het psychiatrisch ziekenhuis gebeurt dit via Carenet. Dit is een systeem waarbij gestructureerde elektronische berichten verzonden worden van ziekenhuis naar ziekenfonds en omgekeerd via een beveiligde verbinding. Bij opname van een patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis wordt bij het betrokken ziekenfonds een betalingsakkoord aangevraagd via Carenet.

Ook alle aanvragen verlenging ziekenhuisverpleging, mutaties of ontslagen worden via Carenet bericht aan het ziekenfonds.

Het ziekenfonds verleent akkoord, bevestigt ontvangst of bericht verzekerbaarheidsgegevens via een overeenstemmend Carenetbericht.

Wettelijke documenten PVT

Van de opnamen in het psychiatrisch verzorgingstehuis worden de ziekenfondsen in kennis gesteld via de wettelijke documenten PVT. Dit zijn voorgedrukte documenten van het RIZIV die via de post verzonden worden naar de ziekenfondsen.

Bij opname van een bewoner wordt de aanvraag voor tegemoetkoming PVT, samen met het geneeskundig getuigschrift, overgemaakt aan het betrokken ziekenfonds.

De adviserend-geneesheer van het ziekenfonds verleent akkoord, bepaalt begin- en einddatum van het akkoord en stuurt een exemplaar van dit formulier terug.
Bij ontslag van een bewoner wordt een *kennisgeving van einde huisvesting PVT* overgemaakt aan het ziekenfonds.

Registratie gedwongen opnamen

Een gedwongen opname betreft een beschermingsmaatregel opgelegd bij toepassing van de wet van 26.06.1990, betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Het administratieve proces betreffende gedwongen opnamen in OPZC Rekem verloopt via de dienst patiëntenadministratie. Alle rechterlijke en administratieve beslissingen genomen in het kader van bovenvermelde wet worden geregistreerd in het register gedwongen opnamen.

Tevens verzorgt de dienst patiëntenadministratie de bijhorende berichtgeving naar procureur des Konings, vrederechter en geneesheer-inspecteur en de opmaak van het jaarverslag gedwongen opnamen.

In 2011 werden er 133 gedwongen opnamen in OPZC Rekem geregistreerd.

Andere administratieve taken

De dienst patiëntenadministratie neemt ook de aangetekende zendingen en gerechtsbrieven geadresseerd aan de diensten van OPZC Rekem, patiënten of bewoners in ontvangst.

Deze documenten worden geregistreerd en intern aan de bestemming bezorgd.

Daarnaast verzorgt de dienst patiëntenadministratie ook de frankering en verzending van de uitgaande post van de instelling.

In 2011 ontving de dienst patiëntenadministratie 1398 aangetekende zendingen (geadresseerd aan diverse diensten/personen OPZC, patiënten of bewoners).

In 2011 werden 1175 uitgaande poststukken geregistreerd. Dit betreft enkel de poststukken die geregistreerd werden op verzoek van de verzender.

Het aantal verzonden/gefrankeerde poststukken ligt veel hoger. Dit komt doordat het grootste deel van de uitgaande post verzendingsklaar afgeleverd wordt bij de dienst patiëntenadministratie en enkel nog gefrankeerd moet worden. In 2011 werd voor een bedrag van € 18943,44 uitgaande poststukken gefrankeerd.



Dienst vervoer

De dienst vervoer maakt deel uit van de Hoteldienst. Er zijn 4 vaste chauffeurs in dienst met een gemiddelde leeftijd van 54 jaar (met 10 tot 33 dienstjaren). Daarnaast is er een deeltijdse chauffeur sinds januari 2012 in dienst om de arbeidsduurvermindering op te vangen.

Vervoersaanvragen

De groep van chauffeurs staat in om de meeste vervoersaanvragen uit de instelling uit te voeren:

- dagelijks wordt er een groep van personen opgehaald die in dagbehandeling komt.
Dit aantal schommelt tussen de 12 à 16 personen. Zij worden thuis opgehaald en 's avonds teruggebracht. Het gebied waar deze groep van mensen wordt opgehaald situeert zich in Smeermaas, Opgrimbie en Maasmechelen;
- dagelijks zijn er ook aangevraagde ritten: dit kan gaan van een bezoek aan een ziekenhuis, specialist, tandarts... Het betreft niet enkel de lokale ziekenhuizen in Limburg, maar er zijn ook regelmatig bezoeken aan ziekenhuizen in het Leuvense;
- voor het forensisch cluster zijn er ook regelmatig overbrengingen naar de gevangenis, onder begeleiding van de politie. Ook ritten naar rechtbanken, commissie ter bescherming van de maatschappij (CBM) staan voor deze doelgroep regelmatig op het programma;
- tenslotte staan de chauffeurs in voor verschillende aankopen die gedaan moeten worden: dit kan gaan van aankopen van toiletartikelen voor de verkoop in het winkeltje, tot benodigdheden voor de Keuken en de Aankoopdienst.

Wagenpark

Het wagenpark waar de chauffeurs over beschikken is de laatste jaren uitgebreid. In het totaal beschikt de instelling over 5 voertuigen die voornamelijk door de chauffeurs bestuurd worden en 2 voertuigen die door de zorgeenheden gereserveerd en gebruikt kunnen worden voor uitstappen... Een aantal voertuigen werden ook omgebouwd voor rolstoelgebruikers.

De chauffeurs staan zelf in voor het dagelijks onderhoud van de voertuigen. Voor herstellingen wordt beroep gedaan op lokale dealers.

Enkele cijfers

Jaarlijks leggen de vaste chauffeurs in het totaal zo'n 180.000 km af.

Er is een verdeling onderling naar het type van ritten:

- één van de chauffeurs spreekt goed Frans, dus alle ritten naar het Franstalig landsgedeelte zijn voor hem;
- ritten naar Antwerpen (rechtbank, PVT Min) zijn dan weer voor een andere chauffeur;
- vakantieritten worden verdeeld onder elkaar.

OVERZICHT VAN RITTEN EN BESTEMMINGEN IN 2011:

Ziekenhuizen binnen de provincie Limburg	449
Regionale artsen-specialisten	124
Ritten voor de dagbehandeling	250
Ritten naar PVT MIN	25
Ritten voor de aankoopdienst	120
Overige ritten	426



DIENT VERVOER

Dynamo

Het letterwoord DYNAMO staat voor *DYNamisch Agressie en Moeilijk gedrag Opvangen*. Onder dit letterwoord schuilt het beleid en de organisatie in het OPZC Rekem met betrekking tot beschermende maatregelen, omgaan met dreigend destructief gedrag, agressiebeheersingsbeleid, preventie van agressie...

DYNAMO wil voor de medewerkers van het OPZC Rekem een dynamische motor zijn om op een humane, professionele en deskundige manier dreigend en destructief gedrag te voorkomen en op te vangen. Dit houdt zowel preventie, interventie en nazorg in.

De draaischijf van de inhoudelijke en organisatorische werking gebeurt door een multidisciplinair samengestelde werkgroep met leden uit verschillende zorgeenheden van het OPZC.

Een eerste opdracht is vorming. Alle leden van de werkgroep zijn tevens trainer en geven opleiding en vorming aan de collega's. Sinds een aantal jaren worden de trainingen gegeven in de lokalen van de kinderopvang omdat hier het nodige didactisch materiaal voorzien is om de vorming op een kwalitatieve manier te kunnen aanbieden. Deze trainingen werden opgestart in 2004.

Inhoudelijk werd er gekozen voor het crisisontwikkelingsmodel dat zowel op preventie als interventie gericht is. Dit model wordt tijdens de training ingeoefend. Daarnaast worden er een aantal persoonlijke veiligheidstechnieken aangeleerd en getraind.

Jaarlijks vindt er in het voorjaar en het najaar een tweedaagse training plaats voor nieuwe medewerkers in de patiëntenzorg. Voor nieuwe medewerkers van zorgeenheden met een verhoogd risico is er een derde vormingsdag.

Per zorgeenheid wordt er voorzien in een terugkomtraining. Deze training wordt tweejaarlijks gegeven. In 2011 vond deze terugkomtraining plaats voor de zorgeenheden van het Forensisch cluster, voor Opname en Crisis en voor Rehabilitatie. Deze terugkomtrainingen worden voorbereid door de referentiepersoon van de zorgeenheid en in overleg met het kernteam ingepland in de vormingsagenda. Er werd gekozen om in het eerste gedeelte een zicht te krijgen op mogelijke knelpunten en daarna werden de herhalingsoefeningen gegeven.

Voor de medewerkers in de vaste nachtdienst vindt er jaarlijks een terugkomdag plaats.

Uit evaluaties blijkt dat de werkgroep positief geëvalueerd wordt en dan zowel op vlak van de inhoud van de training als op vlak van de trainers zelf.

Een tweede opdracht is het verbeteren van de zorg m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen en het voorkomen en omgaan met agressie en moeilijk gedrag.

De protocollen m.b.t. beschermende maatregelen (afzondering, separatie en fixatie) werden in 2010 grondig geëvalueerd en bijgestuurd. Begin 2011 werden deze geïmplementeerd en uitgerold over de organisatie. Er werd ook een onderscheid gemaakt tussen beschermingsmiddelen die voor specifieke doelgroepen gebruikt worden zoals ouderen en mentaal gehandicapten in het protocol. In de rand werd een ad hoc werkgroep opgestart om valpreventie te bestuderen en een protocol te ontwikkelen om fixatie te verminderen.

Op 10 oktober 2011 organiseerde OPZC Rekem in samenwerking met de Provinciale Hogeschool Limburg, departement Healthcare en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel een studiedag met als titel *zorg om ongedwongenheid*. Op deze studiedag die in Hasselt doorging waren 160 aanwezigen uit heel Vlaanderen die de laatste kennis op het vlak van preventie van het gebruik van dwangmaatregelen kwamen bestuderen. Deze studiedag werd positief geëvalueerd. Tijdens deze studiedag werd ook het startschot gegeven van een PWO (Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek)-project van de PHL. Dit PWO-project zou tot een praktijkrichtlijn moeten leiden die richtingen aangeeft in het kader van voorkomen van agressie en geweld.



Naar aanleiding van de Internationale dag van de geestelijke gezondheid organiseren OPZ Geel, OPZC Reken en PHL de studiedag

**zorg voor ongedwongenheid
maatregelen ter preventie van toepassing
van dwang- en drangmiddelen in de geestelijke
gezondheidszorg.**

programma

Programma studiedag: zorg voor ongedwongenheid

- 9u00: Ontvangst met koffie
9u20: Openingswoord
dhr. Kris Vaneerdewegh, OPZC Reken
- 9u30: **Agressie in de psychiatrie: situatieschets**
prof. dr. Joris Vandenberghe, UPC K.U.Leuven / CGG VBO, Leuven
- 10u15: **Risk management van agressie in de (forensische) psychiatrie**
prof. dr. Frans Fluttert, FPC dr S. Van Mesdag, Groningen / Oslo University, Noorwegen
- 11u00: **Agressieregistratiemiddelen en hun meerwaarde in agresiemanagement in de psychiatrie**
prof. dr. Sofie Verhaeghe en dhr. Joris Leyens, Universiteit Gent
- 11u30: **Sensibiliseringsfilm "zorg voor ongedwongenheid"**
dhr. Peter Alderweireldt, OPZ Geel
- 11u40: **Het verhaal van een ervaringsdeskundige**
dhr. Patrick Gielen
- 12u00: Middagpauze en koffie
- 13u30: **Van theorie naar actie: interactieve rondetafelgesprekken**
mevr. Anja Depoortere en mevr. Els Peters, Dpt. PHL-Healthcare, Hasselt
- 14u15: **Keuzeessenties: Igelieve op het inschrijvingsformulier je voorkeursessie (1) en een alternatieve sessie (2) aan te duiden**
- A: **Alternatieven voor afzondering en fixatie: beleidsaanpak OPZ Geel**
mevr. Mieke Mondelaers en dhr. Jos Nicasi, OPZ Geel
- B: **Leren uit ervaringen, omgaan met agressie bij kinderen**
dr. Piet Vandenberghe, PHL-project: Kids on track, Hasselt
- C: **Leren uit incidenten: een veiligheidsmanagementsysteem**
dhr. Geert Rogiers, dhr. Ronny Blockken en dhr. Patrick Janssens, OPZC Reken
- D: **Early Recognition Method, het kijken door een andere bril: ervaringen met het toepassen van ERM in het kader van het federaal project**
dhr. Henk Wylm en dhr. Karel Desmet, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie St Jozef, Pitteren
- E: **Meten van emoties op een klinische unit: nieuwe technologie**
drs Erik Kuijpers, GGZE, Eindhoven
- 15:15: Pauze
- 15:45: **Het groepssignaleringsplan**
drs. Erik Kuijpers, GGZE, Eindhoven
- 16u30: Slot

locatie

PHL, gebouw D, zaal Pacioli, Elfde-Liniestraat 23, 3500 Hasselt

prijs

€65 (inclusief maaltijd), studenten betalen €40
(exclusief maaltijd: studenten kunnen maaltijd nuttigen in het studentenrestaurant tegen studententarief)

info

Meer informatie op www.opzgeel.be, www.opzcreken.be en www.phl.be
Inschrijven kan via <http://www.phl.be/forms/congress/artikel.asp?slutel=1079>
Uiterste inschrijvingsdatum 3 oktober 2011

Op de interne denkdag van de werkgroep Dynamo begin 2011 werd het geven van feedback aan mekaar, na een incident in het kader van een hulpoproep als actiepunt gekozen. Hiertoe werd een checklist ontwikkeld. De verschillende leden van de werkgroep hebben dit op de eigen zorgzaamheid toegelicht. Sinds september wordt er met deze checklists gewerkt. Begin 2012 zal een evaluatie plaatsvinden.

Er werd een aparte intranetpagina opgesteld die naast het jaarschema ook bijkomende literatuur over dit onderwerp ter beschikking stelt.

Opvangteam OPZC Rekem

Het opvangteam staat in voor de opvang van personeelsleden die het slachtoffer werden van een schokkende gebeurtenis. Binnen de sector is de kans hiertoe behoorlijk groot. Het opvangteam biedt daarom aan deze mensen één of meerdere vertrouwelijke gesprekken aan, waarin ze de kans krijgen zich vrij te uiten en ondersteuning te vinden of personeelsleden kunnen er om informatie of administratieve hulp vragen.

Wanneer een personeelslid geconfronteerd wordt met een schokkende of traumatische gebeurtenis, komt zo snel mogelijk een leidinggevende ter plaatse om naar dit personeelslid te luisteren en met het personeelslid te praten. Het doel van een opvanggesprek is het bieden van hulp op emotioneel, praktisch (vb. opvang van kinderen, verwittigen van familie...) en administratief vlak (vb. verzekering, procedure arbeidsongevallen...).

Na dit eerste gesprek wordt een personeelslid een aantal keren uitgenodigd voor een gesprek met iemand van het opvangteam. Dit kan individueel of in groep gebeuren indien er meerdere personen bij betrokken zijn. Alle gesprekken zijn strikt vertrouwelijk.

Een personeelslid kan ook altijd op eigen initiatief voor emotionele of andere hulp bij iemand van het opvangteam terecht. Indien nodig, kan er doorverwezen worden naar een externe hulpverleningsinstantie.

Het opvangteam is samengesteld uit:

- 1 psychiater;
- 3 verpleegkundig leidinggevenden;
- 3 psychologen;
- 1 stafmedewerker kwaliteit;
- 1 medewerker van de dienst personeelsbeheer.

Het opvangteam in cijfers

- Voor 2011 registreerden we 14 incidentmeldingen waarvoor de tussenkomst van het opvangteam werd gevraagd. De meesten hiervan situeerden zich op de zorgeenheid Opname & Crisis, de overige waren verspreid over zowat alle andere zorgeenheden. Het opvangteam organiseerde 2 debriefings.
- Voor de 14 incidenten werden er, naast het eerste opvanggesprek door de verpleegkundige van wacht of de verpleegkundige leidinggevende van de betrokken zorgeenheid, 21 bijkomende individuele gesprekken gevoerd. Meestal was één gesprek voldoende.
Er waren geen doorverwijzingen naar externe hulpverleners.

Adviezen van het opvangteam

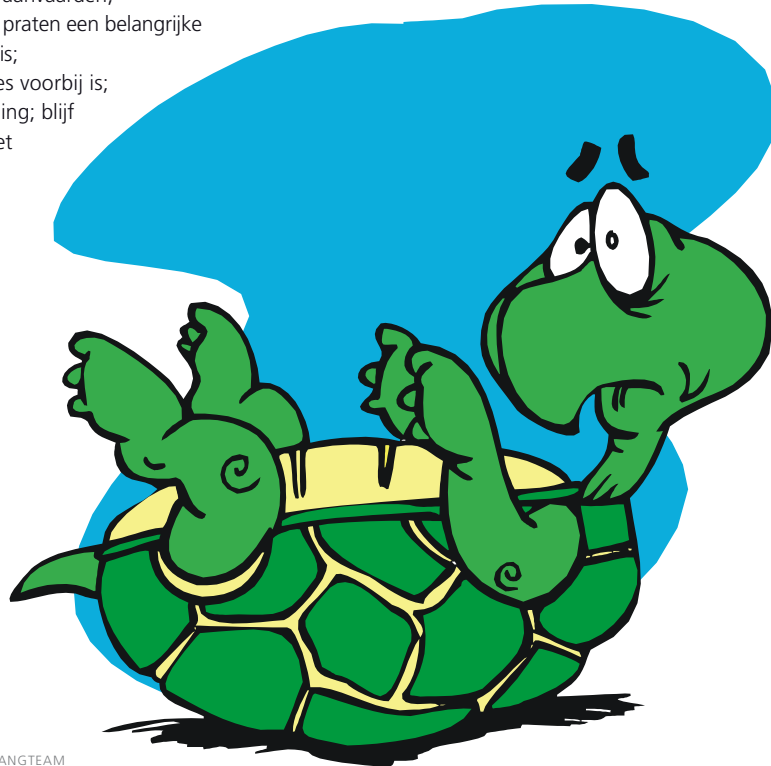
In onderstaande opsomming staan de meest belangrijke aandachtspunten voor slachtoffers van kritische incidenten die de leden van het opvangteam steeds benadrukken om zo het incident beter te kunnen verwerken:

- doe niet alsof het niet gebeurd is;
- praat over het voorval met anderen als je daar behoefte aan hebt;
- laat jezelf ook toe het gebeuren soms los te laten; tracht te ontspannen, doe dingen die je voorheen ook rust brachten;
- leef op je eigen ritme;

- neem geen kalmeer- of slaapmiddel, tenzij op voorschrift van je arts;
- neem niet te snel na het voorval belangrijke beslissingen over de toekomst op je werk;
- contacteer iemand van het opvangteam voor extra ondersteuning;
- herinner jezelf eraan dat je reacties, gevoelens en gedachten, hoe vreemd ze in deze periode voor jezelf ook lijken, normale reacties zijn op een abnormale gebeurtenis;
- denk niet te snel dat alles voorbij is; neem de nodige tijd om te herstellen.

In onderstaande opsomming staan de meest belangrijke aandachtspunten voor collega's van slachtoffers van kritische incidenten die de leden van het opvangteam steeds benadrukken om zo het incident beter te kunnen verwerken:

- denk eraan dat de inhoud van jouw steun erg belangrijk is. Jij staat veel dichterbij diegene die het gebeuren heeft meegemaakt en weet ook beter wat de job inhoudt en betekent;
- betoon interesse; praat over het voorval en vraag hoe het met je collega gaat. Dring je niet op en stel je niet op als ramptoerist;
- luister vooral naar je collega en praat zelf niet teveel. Oordeel en veroordeel niet. Heb respect voor de gevoelens van je collega en let op met grapjes;
- let erop dat je de feiten niet minimaliseert of dramatiseert;
- hebt geduld met je collega;
- besef dat mensen terughoudend zijn als ze moeilijkheden hebben en aarzelen om hulp te vragen en te aanvaarden;
- hou er rekening mee dat praten een belangrijke vorm van ondersteuning is;
- denk niet te snel dat alles voorbij is;
- maak ruimte voor herhaling; blijf luisteren ook al heb je het verhaal al verschillende keren gehoord.



Kenniscentrum Forensische Psychiatrie (KeFor)

Doelstellingen

KeFor wil een bijdrage leveren aan de uitbouw van een wetenschappelijk gefundeerd beleid inzake diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie van psychisch gestoorde delinquenten. De kerntaak hierbij is het uitwerken en uitvoeren van wetenschappelijke onderzoeksvoorstellen, al dan niet in samenwerking met de universiteiten.

Het centrum wordt financieel ondersteund door het OPZC en door de stichting Limburg Sterk Merk.

Aanvankelijk bestond de équipe uit 3 personen. In 2011 kwam hierin verandering door het vertrek van een psycholoog. In de loop van 2012 zal het team versterkt worden met 2 psychologen (20% en 80%).

Verwezenlijkingen in 2011

Ook in 2011 werd verder gewerkt aan de lopende onderzoeken. De eerste resultaten zullen in de loop van 2012 bekendgemaakt worden.

- **Recidive & Risicotaxatie:** Analyse van de forensische dataset 'medium security projecten'
Aan de hand van een gemeenschappelijke registratie van geïnterneerden vrij op proef in één van de drie medium security units zal een profielschets beschreven worden, aangevuld met recidivecijfers en een indicatie voor de (predictieve) validiteit van instrumenten die pretenderen het risico op recidive in te schatten. Begin 2011 kon de dataverzameling voor dit project van start gaan binnen de vier Vlaamse Commissies ter Bescherming van de Maatschappij (CBM). Einde 2011 werd in samenwerking met CenStat (Centrum voor Statistiek) gestart met de eerste data-analyses van de geïnterneerden die ressorteren onder CBM (Commissie ter Bescherming van de Maatschappij) Gent.
- **Violence Risk Appraisal Guide:** Voorspellen van agressie bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking
Een Canadees instrument dat pretendeert de kans op toekomstig gewelddadig gedrag te voorspellen werd afgenomen bij daders met een verstandelijke beperking. Dit instrument werd vertaald en zal gevalideerd worden. Bij het onderzoek werd tevens een tweede instrument afgenomen, de verkorte versie van de Psychopathy Checklist. Ook de validiteit van dit instrument wordt nader onderzocht. Nagenoeg alle data werden in de loop van 2011 verzameld en zullen dan ook spoedig geanalyseerd en bekendgemaakt worden.
- **Onrechtstreekse meting van seksuele preferentie en classificatie van pedoseksuelen**
Met dit onderzoek wordt getracht meer ondersteuning te verkrijgen van impliciete meting van seksuele voorkeur bij pedoseksuelen. De toestroom van proefpersonen verloopt echter zeer moeizaam, en met het wegvalen van de onderzoeksverantwoordelijke, werd dit onderzoek voorlopig on-hold gezet.

Naast de lopende onderzoeken werd, op initiatief van onze Waalse collega's (Les Maronniers, Centre de Recherche en Défense Sociale) tevens een (federaal) onderzoeksvoorstel ingediend bij de Federale Overheid Volksgezondheid. Met de uitbouw van circuits en trajecten voor de behandeling en bejegening van geïnterneerden in België is het belangrijk om zicht te krijgen op het profiel van de geïnterneerden. Hoewel er in het verleden reeds onderzoek bij

geïnterneerden plaatsvond, was dit onderzoek vaak fragmentarisch of beperkt tot één gemeenschap. Federale onderzoeksgegevens zijn op dit moment niet voorhanden. Gedacht wordt aan middelen voor direct onderzoek (personeelskosten, werkingskosten) en bijkomende middelen voor de instellingen waar onderzoek plaatsvindt. Via prof. dr. T. Pham (CRDS) werd aan KeFor gevraagd om de onderzoeksaanvraag en onderzoek aan Vlaamse zijde te coördineren.

Stageplaatsen

In de loop van 2011 werd aan een aantal stagiairs een onderzoeksstage aangeboden: een stagiaire van de Universiteit Gent (Faculteit Rechtsgeleerdheid), 3 stagiaires van de Lessius Hogeschool te Antwerpen (Faculteit Psychologie) en één stagiaire van de Universiteit Maastricht (Master Forensic Psychology). Deze laatste hielp mee met het tweede onderzoek en zal hierover een thesis schrijven waarbij het thema *psychopathie bij daders met een verstandelijke beperking* verder uitgediept wordt.

Publicaties

Jeandarme, I., Koeck, S., & Pouls, C. (2011). Openbaar Psychiatrische Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem) en het Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor). In J. Mostinckx, F. Deven, P. Barbé, J. Bosmans, M. Bouverne-De Bie, & B. Carels, et al. (Eds.), *Welzijn en zorg in Vlaanderen: Wegwijs voor de sociale sector 2011–2012* (pp. 321–324). Mechelen: Kluwer.

Lezingen

Jeandarme, I. (2011). *Risicotaxatie bij personen met een verstandelijke beperking: Mission Impossible?* Lezing voor het Interuniversitair Postgraduaat Forensische Psychologie en Psychiatrie, 11 januari, Gent;

Jeandarme, I. (2011). *Medium security geïnterneerden in Vlaanderen: Analyse van incidenten*. Lezing voor de denktank van Prof. Oei, 18 november, Tilburg;

Jeandarme, I. (2011). *De waarheid over (detectie van) liegen*. Lezing, 18 oktober, Gent;

Jeandarme, I. (2011). *Algemene inleiding risicotaxatie*. Lezing voor de opleiding tot magistraten, 23 november, Leuven;

Koeck, S. (2011). *Classifying child molesters: Recent indications for the reliability and validity of the MTC:CM3*. Oral presentation at the 4th International Conference on Psychology & Law, 2-5th March, Miami;

Koeck, S. (2011). *Classification, sexual preference and risk assessment: Concurrent validity*. Oral presentation at the annual BAPS meeting, 27th May, Ghent.

Noolim 107

Visie

Het NOOLIM 107 project bouwt voort op een bestaande traditie van overleg en samenwerking tussen diverse actoren en partners. De GGZ-actoren en partners streven gezamenlijk naar een betere GGZ. Het leveren van goede, hoogwaardige zorg staat daarbij voorop. De uitgangspunten van deze zorg zijn:

Goede zorg is ...

- ... afgestemd op de noden en hulpvraag van de cliënt;
- ... heeft respect voor omgeving, cultuur en identiteit;
- ... biedt continuïteit door samenwerking tussen disciplines en organisaties;
- ... gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en good practices;
- ... bereikbaar en toegankelijk;
- ... heeft oog voor de veiligheid en rechten van de cliënt.

Stand van zaken en planning

Het project werd door de Interministeriële Conferentie (06.06.2012) in de categorie 1B geplaatst. Dit wil zeggen dat het project goedgekeurd werd, maar dat voor de opstart gewacht moest worden op een budgettaire garantie. Na ruim een jaar wachten werd het licht op groen gezet tijdens de Interministeriële Conferentie van 18.06.2012. In de tweede helft van 2012 zal het project verder concreet vorm krijgen. In het begin van 2013 wordt de hervorming van de GGZ in de Noolim-regio ingezet.

Binnen Noolim wordt momenteel de organisatiestructuur op punt gesteld om als netwerk goed te kunnen functioneren en de gemaakte plannen uit te kunnen voeren. De afstemming tussen de verschillende organisaties in het netwerk zal een continu proces zijn. Hiervoor wordt voldoende ruimte voorzien in de overlegstructuren binnen Noolim en op SPL-niveau.

Inhoudelijk dienen de ideeën nog verder geconcretiseerd te worden in de projectteams. De opstart van deze projectteams wordt voorzien in de loop van volgend jaar.

Na de projectfase (3 jaar) dienst Noolim zich verder te buigen over de toekomst en in overleg met de overheid streven naar een volledige uitbouw van de GGZ in de regio.

Netwerksamenstelling

De opstart van het project bracht in de Noolim-regio een ontzettend sterke dynamiek teweeg. Dit maakt dat ook een groot aantal organisaties hun medewerking direct of indirect verlenen aan het netwerk en in die zin een engagement tot samenwerking aangingen. In tabel nr. 1 vindt u de organisaties die deze engagementsverklaring ondertekenden voor het netwerk.

TABEL NR. 1: ACTOREN EN PARTNERS VAN NOOLIM NETWERKCOMITÉ 107

SPECIFICATIE	ORGANISATIE	SPECIFICATIE	ORGANISATIE
Algemeen ziekenhuis	AZ Vesalius Tongeren Ziekenhuis Maas & Kempen	Dienst Thuisverpleging	Solidariteit voor het Gezin Thuisverpleging De Voorzorg Thuisverpleging A tot Z Wit-Gele Kruis Limburg VZW
Algemeen ziekenhuis + PAAZ	Ziekenhuis Oost-Limburg		
Apothekersverbond	KLAV		
Arbeid	GTB Steunpunt Arbeidszorg VZW Labor Ter Engelen	Familievereniging Huisartsen	Similes VZW Limburgs Huisartsen Platform
Beschut Wonen	BW Basis BW De Overstap BW Noord-Limburg BW 't Veer	Koepelvereniging	LOGO GDT/SEL LISTEL (Genk & Hasselt)
Centrum voor Alcohol & Drugs	CAD Limburg	Mutualiteiten	CM-Limburg De Liberale Mutualiteit De Voorzorg
Centrum Algemeen Welzijn	CAW Sonar CAW 't Verschil	OCMW	OCMW's
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	CGG/DAGG CGG/LITP CGG/VGGZ	Patiëntenvereniging	VZW Uilenspiegel
Dienst gezinszorg- en aanvullende thuiszorg	Familiehulp Landelijke Thuiszorg Solidariteit voor het Gezin Thuiszorg De Voorzorg	Psychiatrisch Verzorgings- tehuis	OPVT Rekem PVT MC-St.-Jozef Bilzen
		Psychiatrisch Ziekenhuis	MC St-Jozef Bilzen OPZC Rekem KPC
		Revalidatiecentrum (Riziv-conventie)	Reval/LITP VZW Katarsis VZW Validag

* In het vetgedrukt: kernactoren (samenwerkingsovereenkomst)

Organisatiemodel

Het netwerk organiseert zich volgens onderstaand model (fig. 4). Dit probeert het midden te houden tussen gedragenheid en inspraak voor alle actoren en voldoende slagkracht om als netwerk te functioneren. Dit model vraagt veel overleg op verschillende niveau's.

Centraal staat het netwerkcomité **Noolim 107** dat alle partners en actoren van het netwerk verenigt. De taken van het netwerkcomité Noolim 107 zijn:

- uitzetten en evaluatie van strategische doelstellingen in een strategisch plan;
- organisatie en voortbestaan van het netwerk;
- vastleggen van het huishoudelijk reglement;
- benoemen en ontslag van het Netwerkbureau;
- goedkeuring financiële en personele inzet van middelen;
- toetreding van leden.

Op dit niveau wordt feedback verkregen uit verschillende belangengroepen: artsenoverleg, patiëntenraden en familieraden.

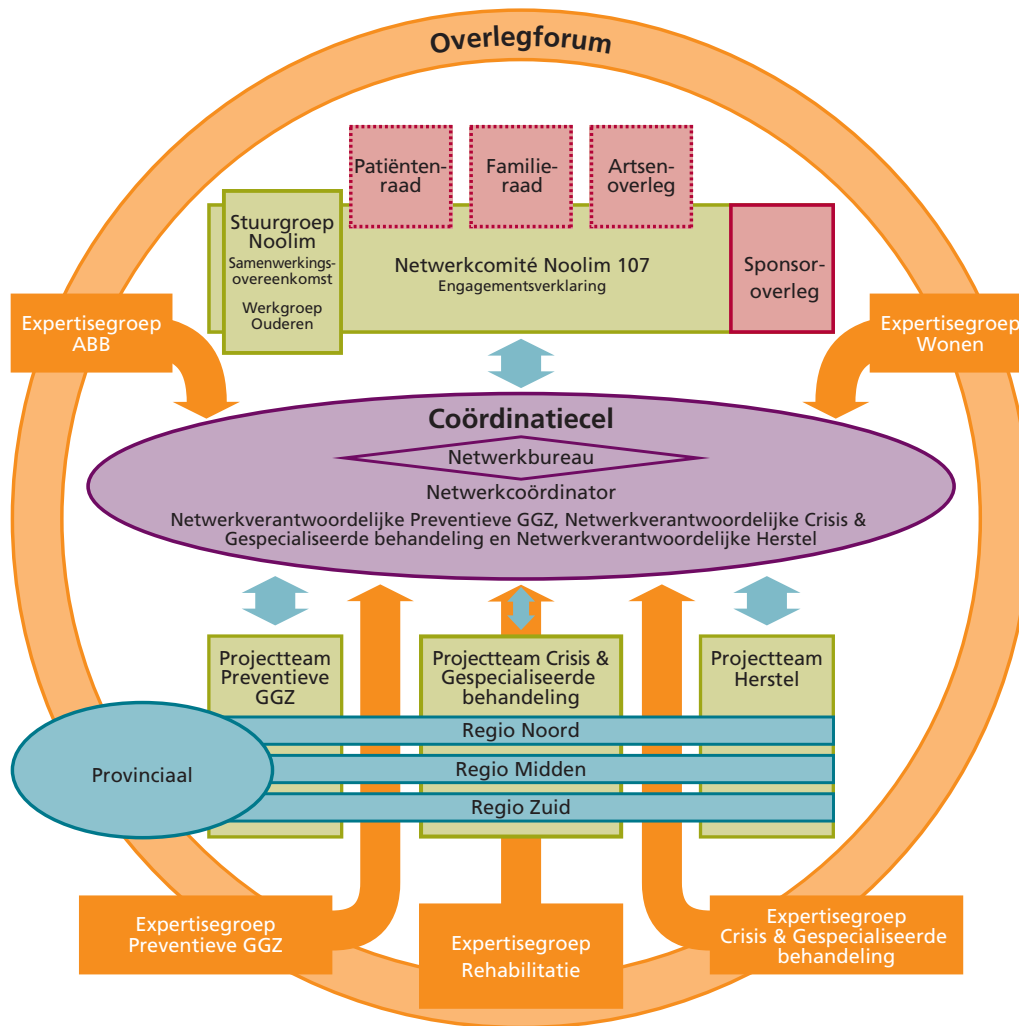


FIG 4: ORGANISATIEMODEL

Om de slagkracht van het netwerk te verhogen wordt er gekozen om vanuit het netwerkcomité enkele leden te mandateren. Deze komen maandelijks samen in het **netwerkbureau**. Samen met de netwerccoördinator bestaat hun opdracht erin om de strategische doelstellingen uitgezet door het netwerkcomité te realiseren.

In kleine **projectteams** (preventieve GGZ, Crisis en gespecialiseerde behandeling en Herstel) worden de doelstellingen verder geconcretiseerd en vertaald naar de praktijk. Thema's die hier behandeld worden zijn: de aanmelding, doelgroep, werkwijze... In de projectteams wordt gestreefd naar een afvaardiging vanuit de organisaties die de inhoudelijke uitwerking kunnen doen en ook voldoende voeling hebben met het praktijkveld.

Zij worden geassisteerd door de **expertisegroepen**. Die functioneren als reflectiegroepen voor de projectteams. Zij worden uitgenodigd op elke vierde bijeenkomst van het desbetreffende projectteam.

Binnen elke subregio wordt afstemming en samenwerking tussen de organisaties bevorderd via het **regio-overleg**.

Jaarlijks worden alle belanghebbenden uitgenodigd om hen te informeren en de kans te geven feedback te geven op de werking van het netwerk. Dit zal gebeuren in het **overlegforum**.

Uitwerking functies en interactie tussen de functies

Functie 1 spitst zich toe op preventie, promotie GGZ, vroegdetectie en vroeginterventie. In Noolim zal een preventie- en detectieplatform opgericht worden om de bestaande initiatieven op vlak van preventie en detectie te bundelen en toegankelijk te maken via een website. Dit zal provinciaal georganiseerd worden in samenwerking met het netwerk Reling. Daarnaast bestaat de intentie om een eerstelijns GGZ werking op te zetten om laagdrempelige hulp te verlenen en expertise uit te wisselen met andere sectoren.

Er worden in de Noolimregio verscheidene mobiele teams opgericht. Het Mobiele Crisis Team (MCT) zal aan huis komen bij crisissituaties om een urgentie te voorkomen. Een crisissituatie mag niet verward worden met urgenties. Deze blijven via de gangbare wegen toegankelijk. De Ambulante Behandelings- en Begeleidingsteams (ABB) bieden hulp bij personen met langdurige psychiatrische problematiek. Zowel functie 1 als de mobiele teams bieden zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt en roepen de expertise van meer gespecialiseerde hulp in wanneer nodig (zie fig. 5).

In de toekomst wordt de functie van rehabilitatiemanager opgericht om op deze manier tot integratie te komen op het vlak van rehabilitatie (functie 3). Deze manager biedt ondersteuning aan het ABB-team bij het uitwerken van een rehabilitatieplan en tevens tracht hij te komen tot subregionale rehabilitatienetwerken rond werken, leren, vrije tijd en ontmoeting.

De residentiële centra staan vanuit functie 4 voor de uitdaging om een gepast antwoord te bieden aan urgentie, maar tevens omwille van de afbouw van bedden voor een betere afstemming tussen de centra maar eveneens met ambulante GGZ, eerste lijn, familie en de patiënt zelf.

Op vlak van wonen dringt zich de nood op aan een meer gedifferentieerd woonaanbod voor de doelgroep van psychiatrische cliënten. Hierbij staat een maximale integratie in het maatschappelijk functioneren en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal.

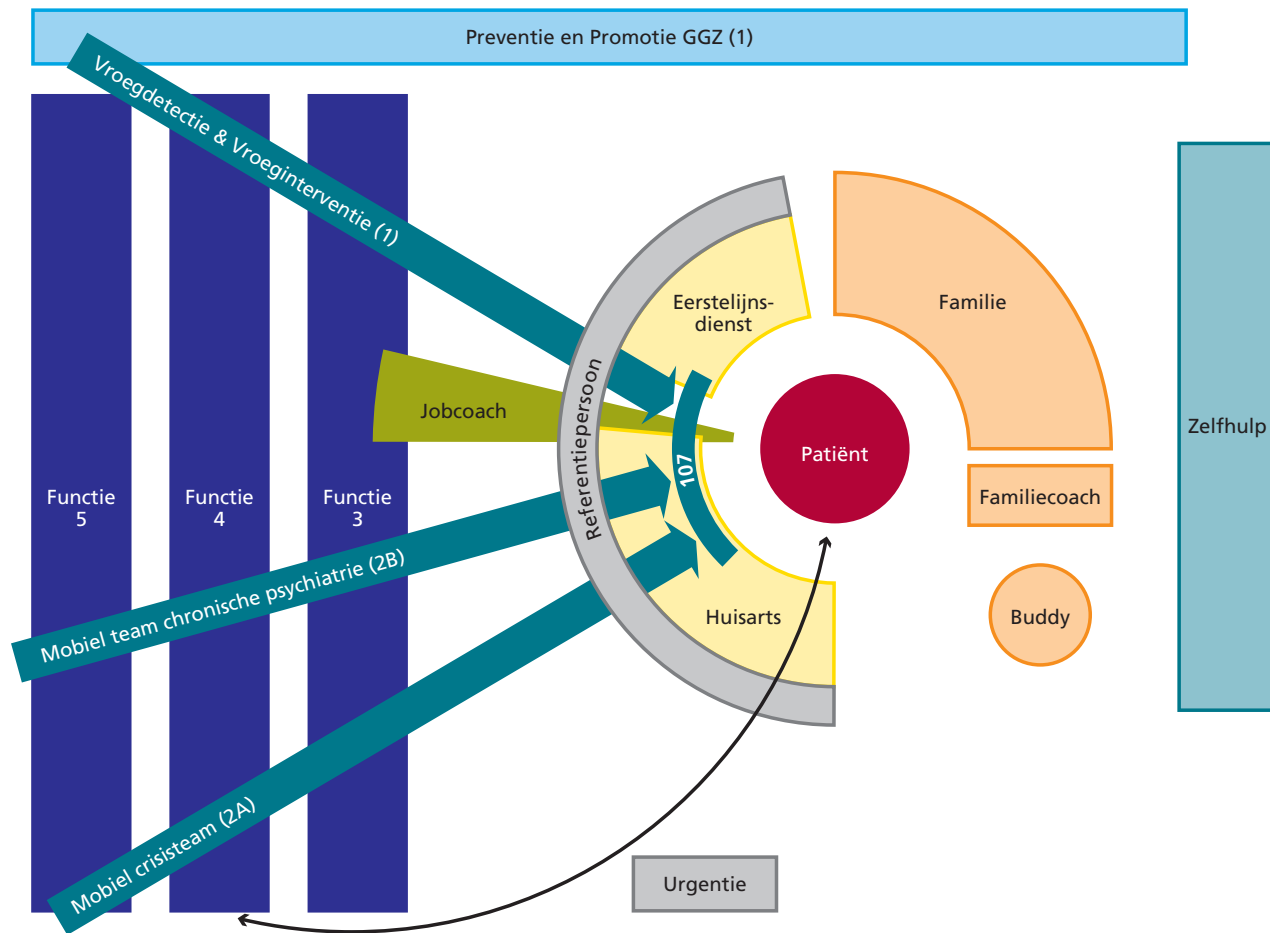


FIG. 5: FUNCTIES EN INTERACTIE TUSSEN DE FUNCTIES

Middeleninbreng eerste fase

In de eerste fase zal er door de reallocatie van middelen binnen het netwerk door het bevroeren van bedden in de psychiatrische ziekenhuizen en de inbreng van middelen vanuit de andere organisaties voornamelijk gefocust worden in het opzetten van een nieuwe zorgvorm, namelijk de mobiele equipes (MCT en ABB teams). Het is de bedoeling om in deze eerste fase minstens één team van elk operationeel te maken, hiervoor staan 31 VTE's ter beschikking van het netwerk.

Er zal eveneens geïnvesteerd worden in de coördinatie van alles wat met preventie, promotie, vroegdetectie en vroeginterventie te maken heeft (1VTE).

Naast deze middelen werden er nog andere middelen ingebracht op het niveau van het netwerk, maar deze middelen blijven verbonden aan de functie waarvoor ze momenteel ingezet werden. Inhoudelijk zullen deze functies wel kunnen evolueren in de richting van de herstelgedachte en dit in overleg tussen de verschillende organisaties in het netwerk.

Rol OPZC Rekem

Verschillende medewerkers van het OPZC namen actief deel aan de werkgroepen die het projectvoorstel hebben voorbereid. Het was een intensieve periode waarbij op twee maanden tijd van ideeën naar projectvoorstellen werd gegaan. Het was voor de eerste keer dat diverse partners uit het netwerk zo intensief met mekaar samenwerkten naar een resultaat. Naast het werken aan een gezamenlijk project werd ook de werking van de verschillende partners besproken. Dit gaf voor alle partijen een verrijking.

John Vanacker, administrateur-generaal van OPZC Rekem, werd als voorzitter van het netwerkcomité aanvaard. Hij leidt de besprekingen. Het is geen sinecure om met zoveel partners rond de tafel tot gezamenlijke uitgangspunten te komen. Met de artsen uit de psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ in de NOOLIM Regio werd een apart overleg opgestart.

OPZC Rekem in cijfers

Personeelsbezetting OPZC Rekem

Opmerking: omdat de wijzigingen in personeel niet gelijktijdig gebeurden en nog aanwervingen tijdens het jaar gebeurden, worden de cijfers van personeelsbezetting, in tegenstelling tot de patiëntgerelateerde cijfers, nog niet volgens de nieuwe organisatiestructuur van WAZO weergegeven.

Ziekenhuis

Op 31 december 2011 werkten er 457 personeelsleden (310 vrouwen en 147 mannen) in het ziekenhuis.

	M	V	TOTAAL
1. Directie	5	1	6
– Administrateur-generaal	1	0	1
– Algemeen directeur	1	0	1
– Administratief directeur	1	0	1
– Directeur patiëntenzorg	1	0	1
– Directeur–arts–specialist	1	0	1
– Clustermanager acute zorg en ouderenzorg	0	1	1
2. Medische afdeling	6	10	16
– Neuropsychiaters	3	6	9
– Omnipractici	2	1	3
– Apotheker	0	2	2
– Laborant	0	1	1
– Hoofdadviseur	1	0	1
3. Zorgeenheden	67	185	252
– Licentiaten in de psychologie	4	9	13
– Licentiaten in de lich. opv. of kinesitherapie	4	4	8
– Maatschappelijk assistenten	0	8	8
– Gegradueerden in de psychologie	1	4	5
– Gegradueerden in de ergotherapie	1	15	16
– Gegradueerden in de kinesitherapie	1	0	1
– Gegradueerden in de orthopedagogie	0	1	1
– Therapie-assistenten/activiteitenbegeleiders	2	5	7
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	50	110	160
– Verpleegassistenten	0	2	2
– Verzorgend personeel	1	16	17
– Hoofd nursing + Staf hoofd nursing	1	1	2
– Opvoeders	2	5	7
– Criminologen	0	2	2
– Logistiek assistent	0	1	1
– Patiëntenraad	0	2	2
4. Afdeling administratie en logistiek	52	39	90
– Administratief personeel	16	30	45
– Technisch en logistiek personeel	36	9	45

Vervolg

	M	V	TOTAAL
5. Staf	3	13	16
– Communicatieverantwoordelijke	0	1	1
– Jurist	1	0	1
– HRM/Vorming/Personeeledienst	0	9	9
– Preventie-adviseur	1	0	1
– Kwaliteit	1	0	1
– Kenniscentrum	0	2	2
– Projectbegeleider WAZO	0	1	1

N.B.

- 40 personeelsleden (34 vrouwen en 6 mannen) werkten in het IBF-stelsel, waarvan 12 verpleegkundigen, 3 therapie-assistenten, 2 opvoeders A2/B2, 22 verzorgenden en 1 personeelslid in administratie;
- 25 personeelsleden (20 vrouwen en 5 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 5 logistiek assistenten, 1 muziektherapeut, 1 gegradueerde in de orthopedagogie, 1 ergotherapeut, 2 maatschappelijk assistenten, 3 activiteitenbegeleiders, 2 verzorgenden, 2 personeelsleden in de keuken en 8 personeelsleden in administratie;
- 11 personen (8 vrouwen en 3 mannen) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 4 verpleegkundigen, 3 activiteitenbegeleiders en 4 logistiek assistenten.

In de loop van het jaar 2011 zijn er in heel het OPZC (ZK en PVT) 71 personen in dienst getreden (59 vrouwen en 12 mannen) en 60 personeelsleden gingen uit dienst (42 vrouwen en 18 mannen).

Psychiatrisch verzorgingstehuis

Op 31 december 2011 werkten er 190 personeelsleden (161 vrouwen en 29 mannen) in het PVT.

	M	V	TOTAAL
1. Directie	0	1	1
– Directeur PVT – Clustermanager Langdurige zorg	0	1	1
2. Medische afdeling	1	1	2
– Neuropsychiaters	1	1	2
3. Zorgeenheden PVT	25	129	154
– Licentiaten in de psychologie	1	4	5
– Licentiaten kinesitherapie	0	1	1
– Licentiaten orthopedagogie	1	2	3
– Hoofd nursing	1	0	1
– Maatschappelijk assistenten	2	2	4
– Gradueerden in de ergotherapie	0	10	10
– Gradueerden in de kinesitherapie	3	1	4
– Gradueerden in de orthopedagogie	1	6	7
– Gradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	10	40	50
– Verpleegassistenten	0	2	2
– Opvoeders A2/B2	4	13	17
– Verzorgend personeel	1	42	43
– Activiteitenbegeleider	1	0	1
– Administratief personeel	0	3	3
– Begeleider/poetsvrouw	0	1	1
– Criminoloogtherapeutisch project	0	1	1
– Therapie-assistent	0	1	1

N.B.

- 22 personeelsleden (19 vrouwen en 3 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 8 logistiek assistenten, 1 gradueerde in de orthopedagogie, 2 activiteitenbegeleiders, 4 verpleegkundigen, 2 opvoeders A2/B2, 3 verzorgenden en 2 personeelsleden in administratie;
- 10 personen (10 vrouwen) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 1 activiteitenbegeleider en 9 verzorgenden.

Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

Het aantal erkende bedden

Ziekenhuis

ERKENDE BEDDEN

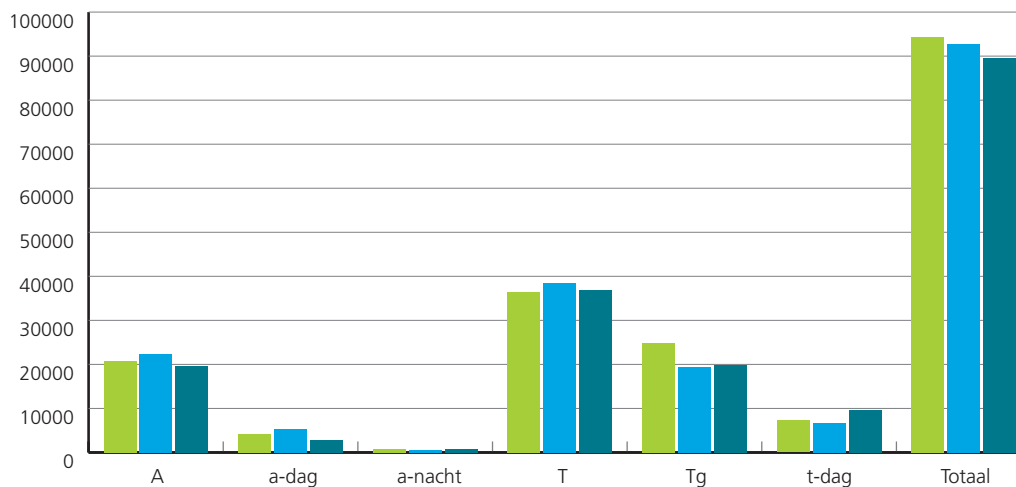
DIENST		2009 (vanaf 01.05.2009)	2010	2011
370	A	60	60	60
380	a-dag	10	13	13
390	a-nacht	4	1	1
410	T	109	109	109
410	Tg	80	80	80
420	t-dag	25	25	25
Totaal		288	288	288

De recentste wijziging van de erkende bedden dateert van 01.05.2009. Toen werden 3 a-nacht bedden omgezet in 3 a-dag plaatsen. In 2011 bleef het aantal erkende bedden ongewijzigd, namelijk 288, waarvan 74 A-bedden (60 A, 13 a-dag, 1 a-nacht) en 214 T-bedden (109 T, 80 Tg, 25 t-dag).

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER

DIENST	2009	2010	2011
370 A	20709	22288	19641
380 a-dag	4103	5256	2868
390 a-nacht	824	640	701
410 T	36487	38573	36822
410 Tg	24959	19318	19799
420 t-dag	7258	6593	9672
Totaal	94340	92668	89503

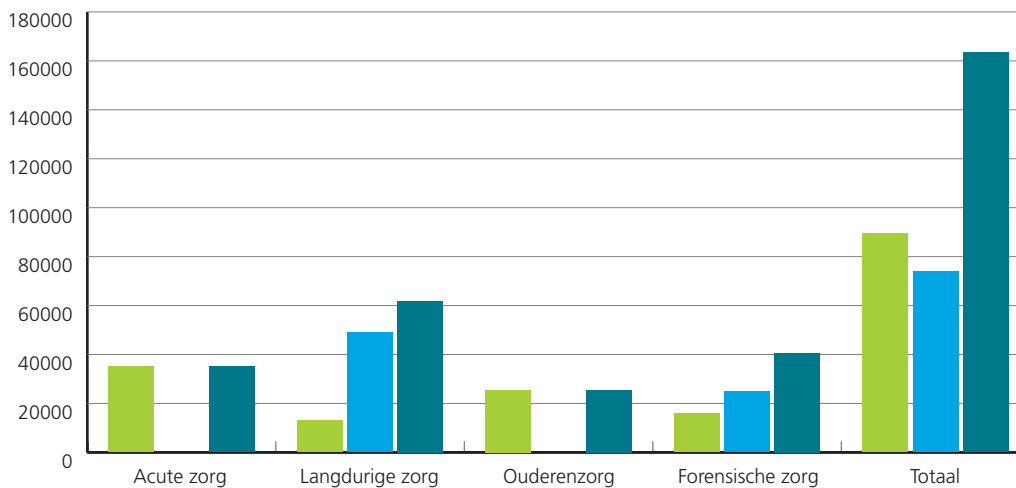
Met verpleegdagen in volledige hospitalisatie wordt een opnameperiode van ten minste één nacht (opname voor middernacht en ontslag na 08.00 uur 's anderendaags) bedoeld. Verpleegdagen in dagverpleging worden aangerekend bij aanwezigheid in de dienst gedurende minstens 7 uren overdag. Verpleegdagen in nachtverpleging vergen behandeling onder rechtstreeks toezicht van de dienst op zijn minst van 19.00 uur tot 06.00 uur. Voor elke kenletter wordt gestreefd naar een bezettingspercentage van minstens 80%.



VERPLEEGDAGEN OPZC PER ZORGLIJN

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

Berekend volgens WAZO-structuur vanaf 01.01.2011.

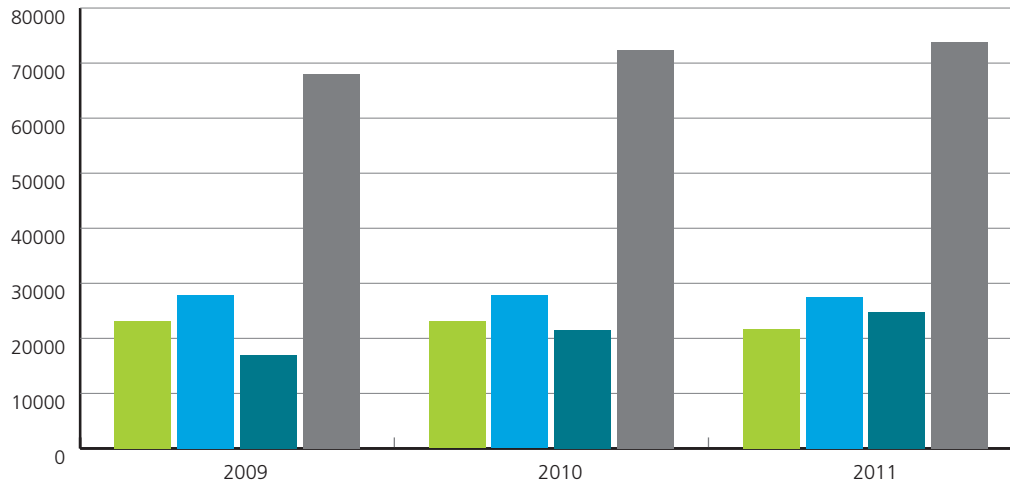


Verzorgingstehuis

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT

	2009	2010	2011
Mentaal gehandicapten	23204	23061	21619
Psychiatrische patiënten	27931	27792	27549
Forensische patiënten	16894	21584	24715
Totaal	68029	72437	73883

Het aantal verpleegdagen in het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) is de afgelopen jaren toegenomen. Enerzijds is er een daling van het aantal uitdovende bedden (mentaal gehandicapten). Dit wordt gecompenseerd door een toename van het aantal verpleegdagen van de forensische bewoners (project voor 60 forensische PVT-bedden).



VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS PVT

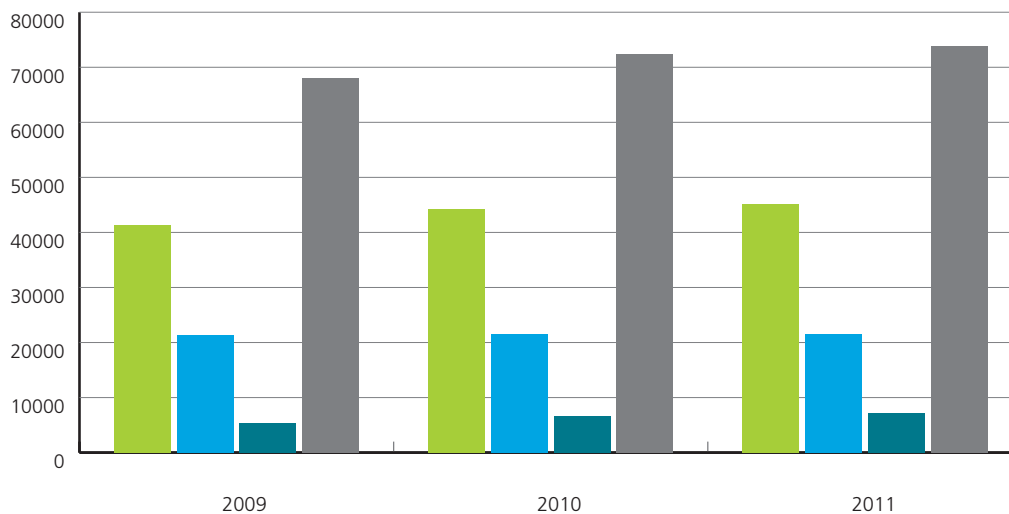
	2009	2010	2011
PVT Rekem	41247	44283	45153
PVT RADO Lanaken	21337	21598	21594
PVT MIN Antwerpen	5445	6556	7136
Totaal	68029	72437	73883

PVT Rekem telt 132 plaatsen (42 uitdovende, 30 bestendige en 60 forensische).

PVT RADO Lanaken telt 60 plaatsen.

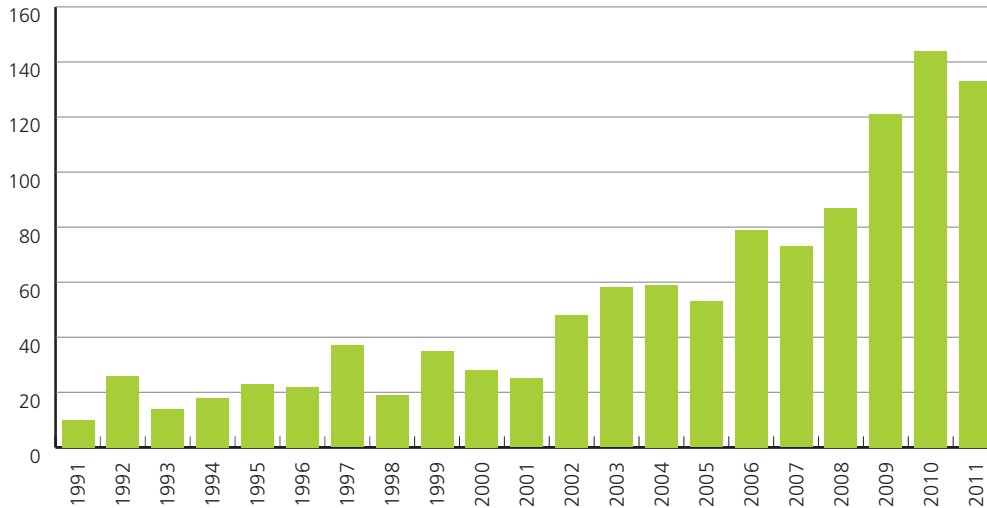
PVT MIN Antwerpen telt 24 plaatsen.

Op 31.12.2011 geeft dat een totaal van 216 plaatsen in PVT.



Gegevens met betrekking tot gedwongen opnamen

AANTAL GEDWONGEN OPNAMEN PER JAAR



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

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 zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor anderen's 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 2011. Er was een sterke stijging van het aantal gedwongen opnamen in 2009 en 2010. In 2011 was er een lichte daling t.o.v. 2010, maar toch nog het op één na hoogste aantal gedwongen opnamen op jaarbasis.

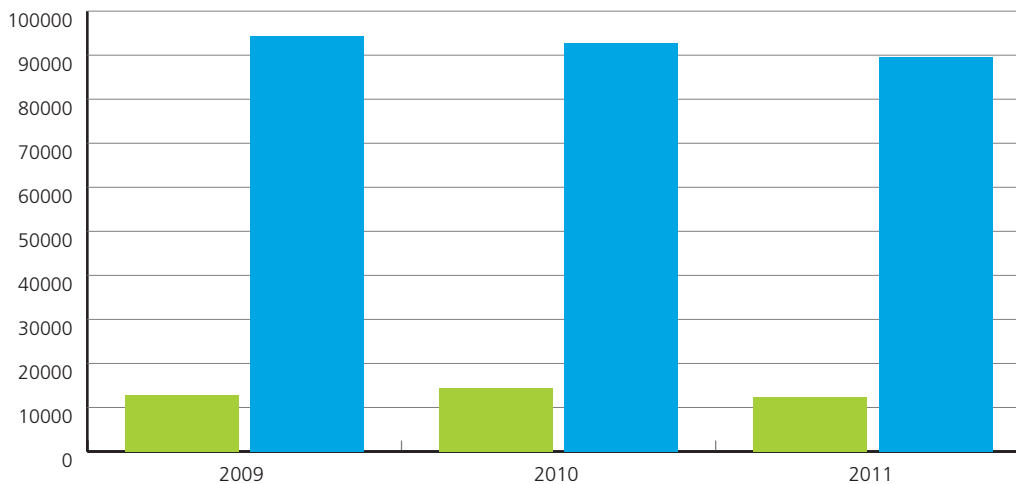
Van de 133 gedwongen opnamen in 2011 gebeurden er 108 (81%) via spoedprocedure, 16 (12%) via gewone procedure, 9 (7%) via overbrenging van een andere instelling.

Van de 108 spoedprocedures werden er 64 (59%) ongegrond verklaard door de Vrederechter.

Van de 133 gedwongen opnamen in 2011 werden 92 (69%) beschermingsmaatregelen binnen de 40 dagen opgeheven. 4 patiënten (3%) werden overgebracht naar een andere instelling n.a.v. vonnis observatie. Voor de overige 37 (28%) werd een periode van verder verblijf gevonnist.

VERPLEEGDAGEN GEDWONGEN OPNAMEN

	2009	2010	2011
Gedwongen opnamen	12889	14374	12335
Totaal PZ	94340	92668	89503



Het percentage verpleegdagen onder gedwongen statuut t.o.v. totaal verpleegdagen psychiatrisch ziekenhuis bedroeg 13,66% in 2009, 15,51% in 2010 en 13,78% in 2011.

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 geneesheer dit beslist. Indien de patiënt langer dan dertig dagen wegblijft, is er altijd sprake van een medisch ontslag.

Onder *aanwezig* verstaan we alle personen die op 31.12 in het psychiatrisch ziekenhuis (PZ) verblijven.

Ziekenhuis

PZ	2009	2010	2011
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	690	679	643
Ontslagen	681	667	675
Aanwezig	311	318	289

Opmerking: patiënten op intermediair ontslag op 31.12 die heropgenomen worden op een andere zorgeenheid of kenletter (dienst) worden niet bij de aanwezigen geteld.

In 2011 waren er duidelijk meer ontslagen dan opnamen.

Verzorgingstehuis

PVT	2009	2010	2011
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	71	65	97
Ontslagen	63	69	84
Aanwezig	198	193	206

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

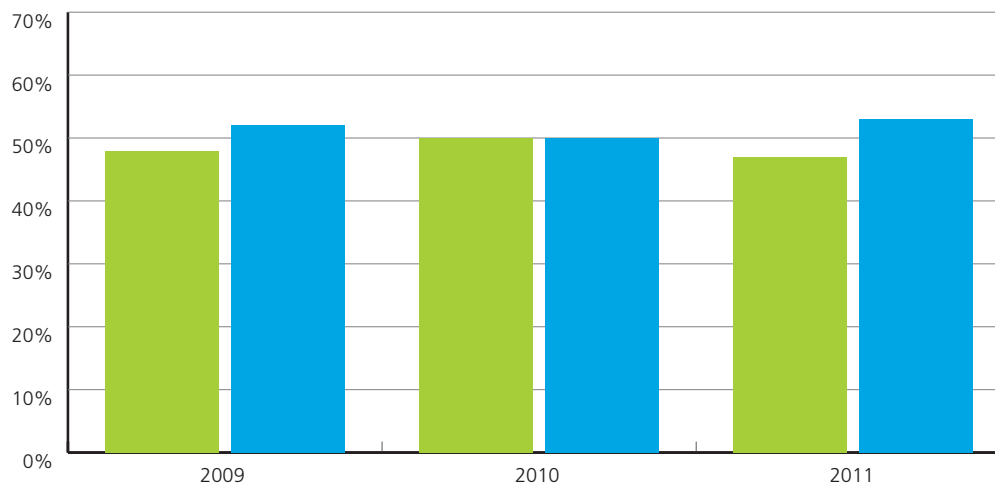
Medische opnamen en heropnamen

Heropnamen

Ziekenhuis

	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	331	48%	339	50%	304	47%
■ Heropname	359	52%	340	50%	339	53%
Totaal	690	100%	679	100%	643	100%

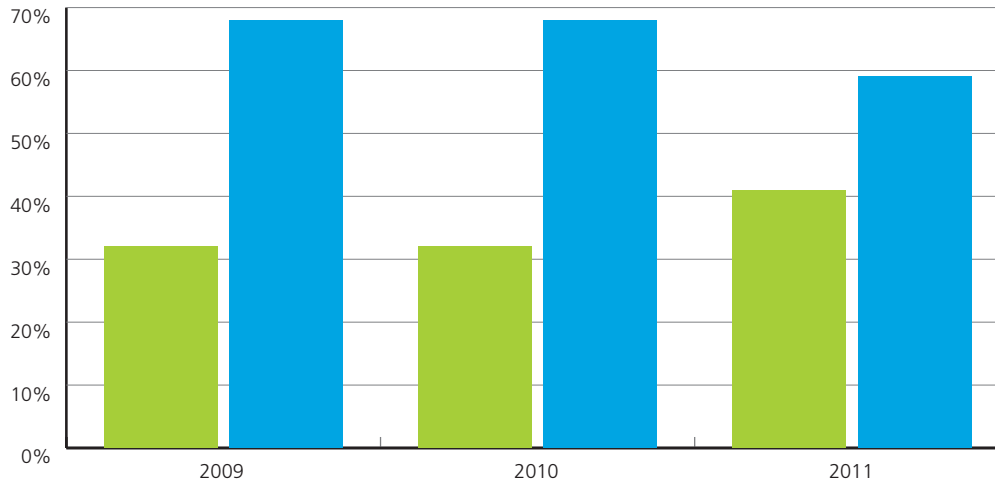
De verhouding tussen het aantal eerste opname en heropname schommelt rond de 50%.



Verzorgingstehuis

PVT	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	23	32%	21	32%	40	41%
■ Heropname	48	68%	44	68%	57	59%
Totaal	71	100%	65	100%	97	100%

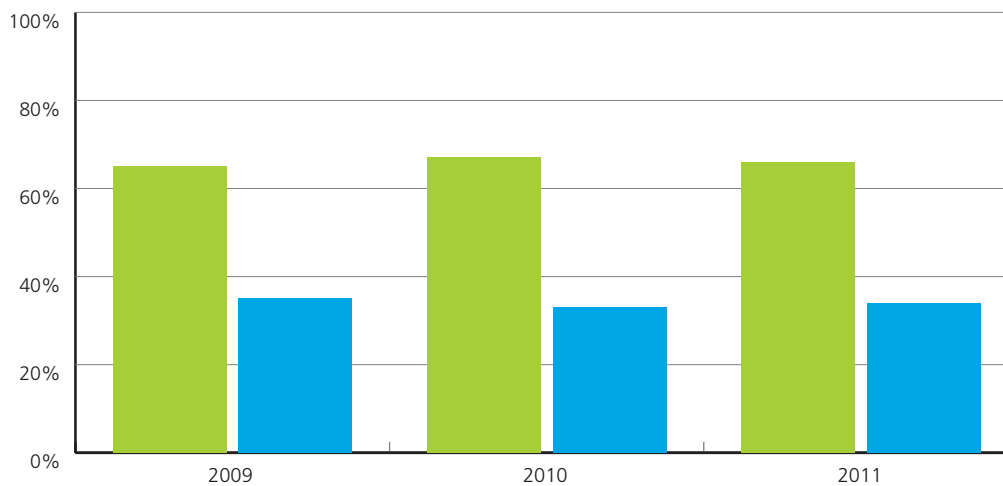
Het laatste jaar waren er verhoudingsgewijze minder heropnames (59% t.o.v. 68%).



Opnamen naar geslacht

Ziekenhuis

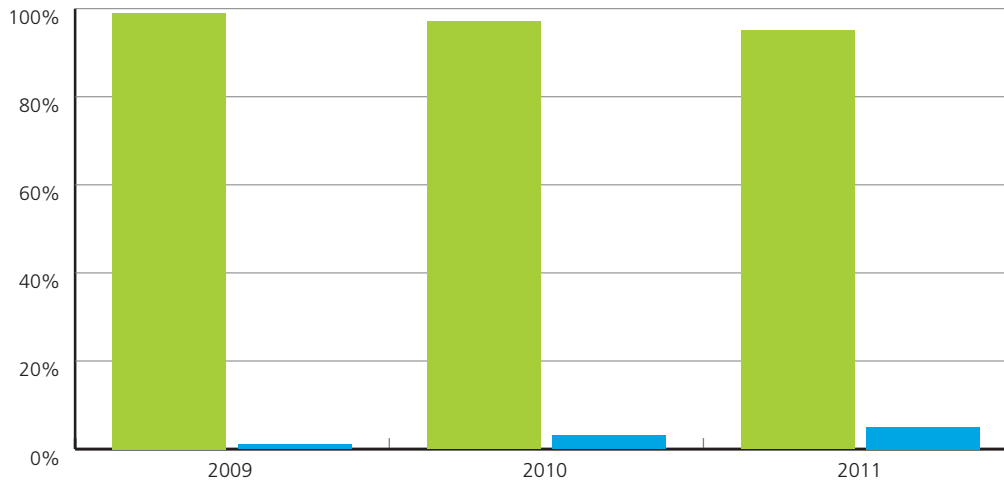
GESLACHT	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Man	450	65%	458	67%	424	66%
■ Vrouw	240	35%	221	33%	219	34%
Totaal	690	100%	679	100%	643	100%



Eén op drie opgenomen patiënten is een vrouw, deze verhouding blijft redelijk constant.

Verzorgingstehuis

GESLACHT	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Man	70	99%	63	97%	92	95%
■ Vrouw	1	1%	2	3%	5	5%
Totaal	71	100%	65	100%	97	100%



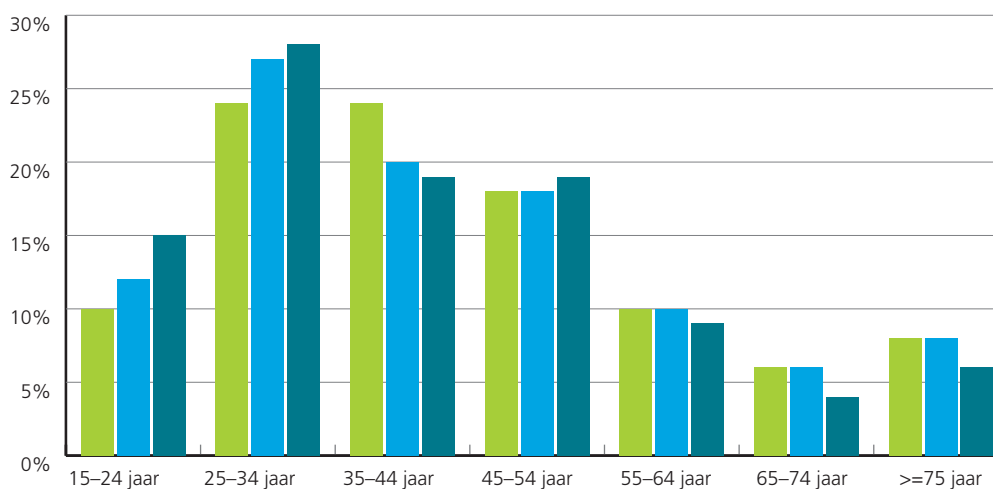
Er worden stilaan meer vrouwen opgenomen in het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Opnamen naar leeftijd

Ziekenhuis

LEEFTIJD	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	70	10%	84	12%	99	15%
25-34 jaar	167	24%	180	27%	179	28%
35-44 jaar	168	24%	137	20%	125	19%
45-54 jaar	122	18%	119	18%	119	19%
55-64 jaar	67	10%	69	10%	58	9%
65-74 jaar	44	6%	39	6%	26	4%
>=75 jaar	52	8%	51	8%	37	6%
Totaal	690	100%	679	100%	643	100%

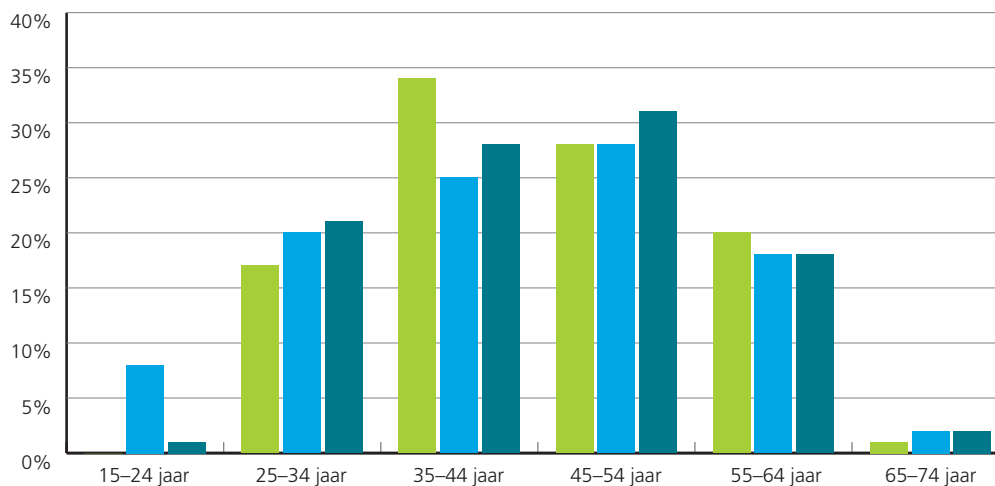
Er worden, met de jaren relatief gezien: 34% in 2009, 39% in 2010 en 43% in 2011, meer jonge mensen (onder de 35 jaar) opgenomen.



Verzorgingstehuis

LEEFTIJD	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	0	0%	5	8%	1	1%
25-34 jaar	12	17%	13	20%	20	21%
35-44 jaar	24	34%	16	25%	27	28%
45-54 jaar	20	28%	18	28%	30	31%
55-64 jaar	14	20%	12	18%	17	18%
65-74 jaar	1	1%	1	2%	2	2%
Totaal	71	100%	65	100%	97	100%

Hier is de grootste groep van opgenomen bewoners ouder dan in vergelijking met de grootste groep van opgenomen patiënten in het ziekenhuis, de leeftijdsgroepen tussen 35 en 54 jaar, zijn meer vertegenwoordigd.

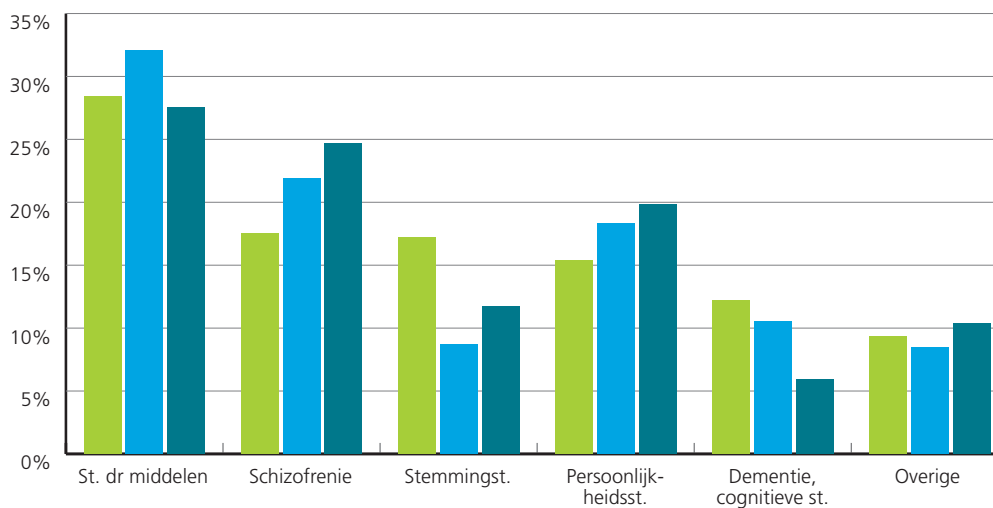


Hoofddiagnose van de opgenomen patiënten

Ziekenhuis

HOOFDDIAGNOSE	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
St. dr middelen	196	28,4%	218	32,1%	177	27,5%
Schizofrenie	121	17,5%	149	21,9%	159	24,7%
Stemmingst.	119	17,2%	59	8,7%	75	11,7%
Persoonlijheidsst.	106	15,4%	124	18,3%	127	19,8%
Dementie, cognitieve st.	84	12,2%	71	10,5%	38	5,9%
Overige	64	9,3%	58	8,5%	67	10,4%
Totaal	690	100,0%	679	100,0%	643	100,0%

Stoornissen door middelen blijft de meest voorkomende hoofddiagnose bij de opgenomen patiënten. *Schizofrenie* en *persoonlijkheidsstoornissen* nemen als hoofddiagnose bij de opname toe.



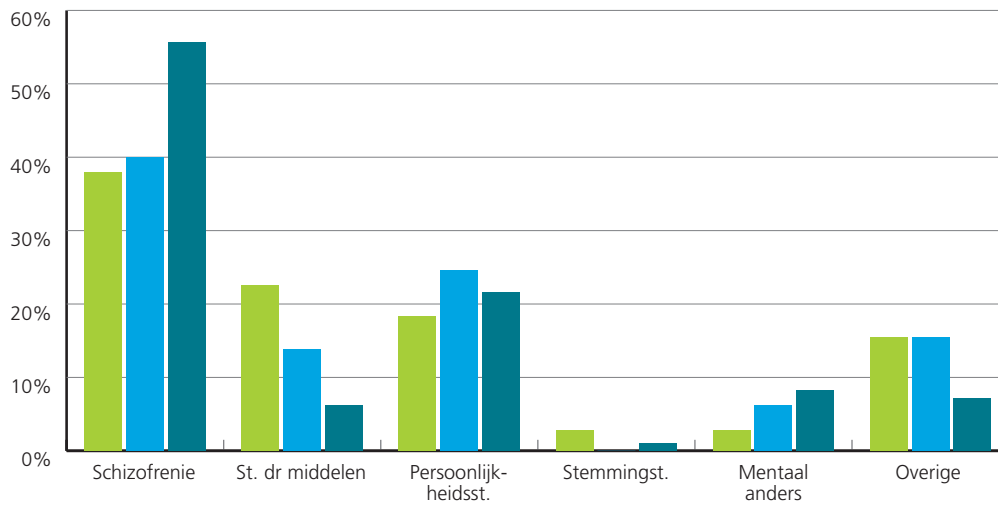
Verzorgingstehuis

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN BEWONERS

HOOFDDIAGNOSE	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	27	38,0%	26	40,0%	54	55,7%
St. dr middelen	16	22,5%	9	13,8%	6	6,2%
Persoonlijkheidsst.	13	18,3%	16	24,6%	21	21,6%
Stemmingst.	2	2,8%	0	0,0%	1	1,0%
Mentaal anders°	2	2,8%	4	6,2%	8	8,2%
Overige	11	15,5%	10	15,4%	7	7,2%
Totaal	71	100,0%	65	100,0%	97	100,0%

(° voorheen de diagnose *zwakzinnigheid*)

In 2011 heeft meer dan de helft van de opgenomen bewoners *schizofrenie* als hoofddiagnose.

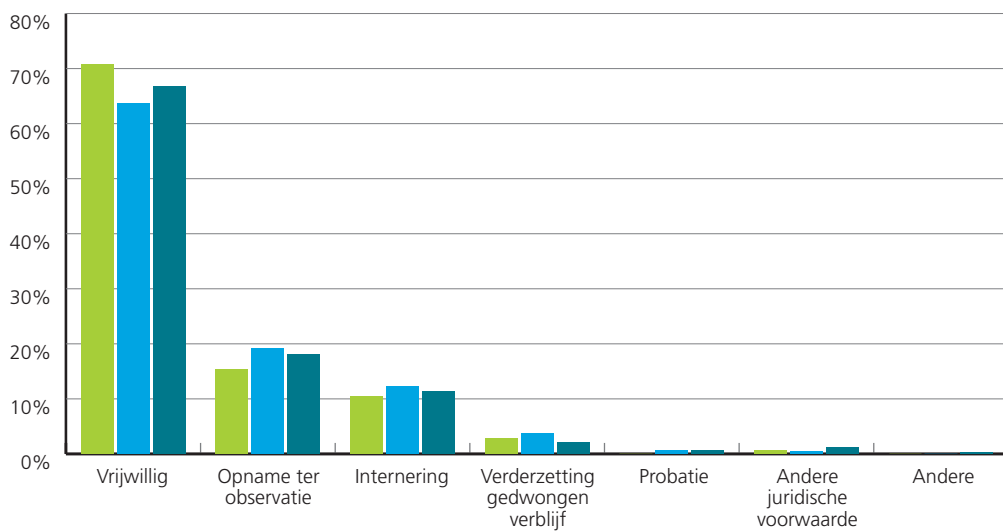


Wijze van opname

Ziekenhuis

WIJZE	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Vrijwillig	488	70,7%	432	63,6%	429	66,7%
Opname ter observatie	106	15,4%	130	19,1%	116	18,0%
Internering	72	10,4%	83	12,2%	73	11,4%
Verderzetting gedwongen verblijf	19	2,8%	26	3,8%	13	2,0%
Probatie	0	0,0%	5	0,7%	4	0,6%
Andere juridische voorwaarde	5	0,7%	3	0,4%	7	1,1%
Andere	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Totaal	690	100,0%	679	100,0%	643	100,0%

In 2011 werd twee derde van de patiënten *vrijwillig* opgenomen.



Aanwezige patiënten

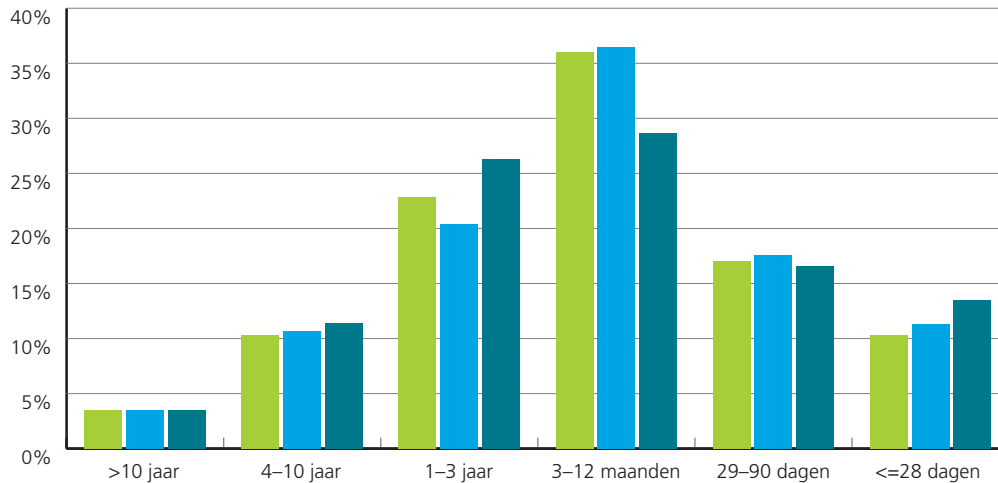
Duur van het medisch verblijf op 31.12

Ziekenhuis

DUUR°	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
> 10 jaar	11	3,5%	11	3,5%	10	3,5%
4-10 jaar	32	10,3%	34	10,7%	33	11,4%
1-3 jaar	71	22,8%	65	20,4%	76	26,3%
3-12 maanden	112	36,0%	116	36,5%	83	28,7%
29-90 dagen	53	17,0%	56	17,6%	48	16,6%
<= 28 dagen	32	10,3%	36	11,3%	39	13,5%
Totaal	311	100,0%	318	100,0%	289	100,0%

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

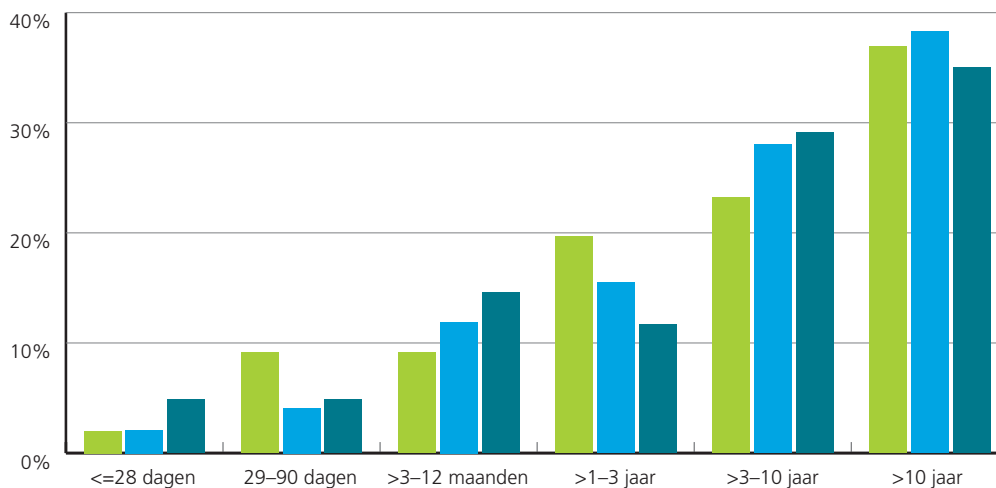
Op te merken valt dat de langere behandeltypen (meer dan één jaar) eerder toenemen.



Verzorgingstehuis

DUUR°	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
<= 28 dagen	4	2,0%	4	2,1%	10	4,9%
29-90 dagen	18	9,1%	8	4,1%	10	4,9%
>3-12 maanden	18	9,1%	23	11,9%	30	14,6%
>1-3 jaar	39	19,7%	30	15,5%	24	11,7%
> 3-10 jaar	46	23,2%	54	28,0%	60	29,1%
> 10 jaar	73	36,9%	74	38,3%	72	35,0%
Totaal	198	100,0%	193	100,0%	206	100,0%

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



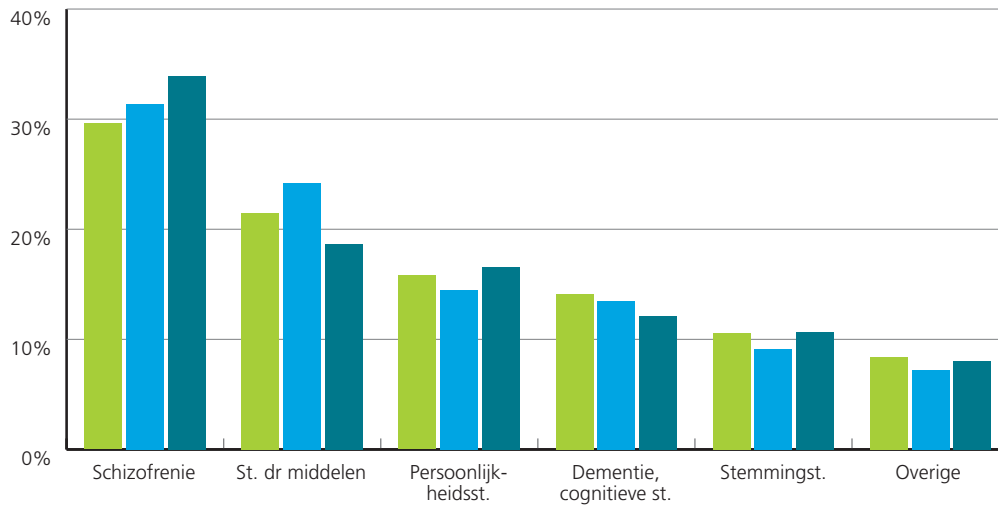
Meer dan 60% van de bewoners (64% in 2011) verblijven langer dan 3 jaar in het PVT.

Hoofddiagnose van de aanwezigen op 31 december

Ziekenhuis

HOOFDDIAGNOSE	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	92	29,6%	100	31,4%	98	33,9%
Stoornissen door middelen	67	21,5%	77	24,2%	54	18,7%
Persoonlijkheidsstoornissen	49	15,8%	46	14,5%	48	16,6%
Dementie, cognitieve stoornissen	44	14,1%	43	13,5%	35	12,1%
Stemmingstoornissen	33	10,6%	29	9,1%	31	10,7%
Overige	26	8,4%	23	7,2%	23	8,0%
Totaal	311	100,0%	318	100,0%	289	100,0%

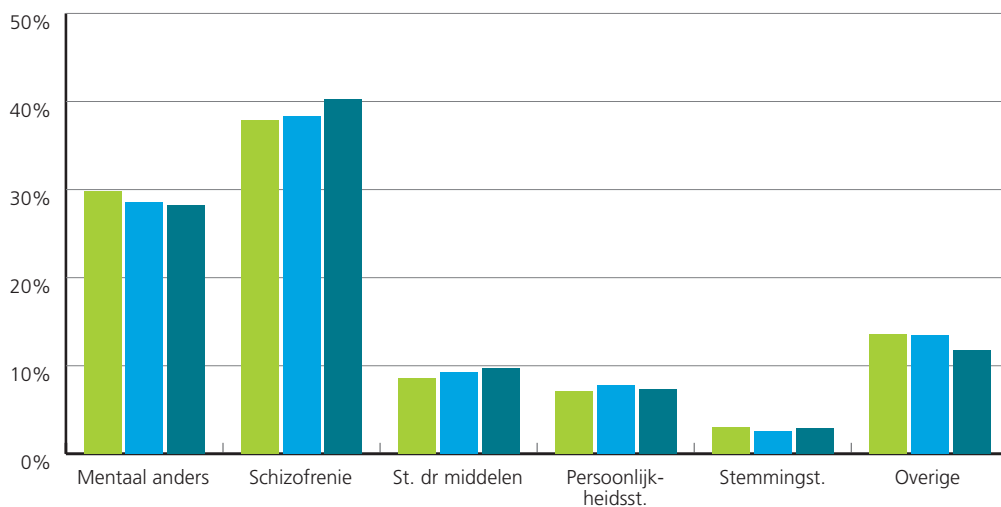
Eén op drie van de aanwezigen in 2011 is schizofreen.



Verzorgingstehuis

HOOFDDIAGNOSE	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Mentaal anders	59	29,8%	55	28,5%	58	28,2%
Schizofrenie	75	37,9%	74	38,3%	83	40,3%
Stoornissen door middelen	17	8,6%	18	9,3%	20	9,7%
Persoonlijkheidsstoornissen	14	7,1%	15	7,8%	15	7,3%
Stemmingstoornissen	6	3,0%	5	2,6%	6	2,9%
Overige	27	13,6%	26	13,5%	24	11,7%
Totaal	198	100,0%	193	100,0%	206	100,0%

Schizofrenie is ook bij PVT de meest voorkomende hoofddiagnose (4 op 10 in 2011) bij de aanwezigen.



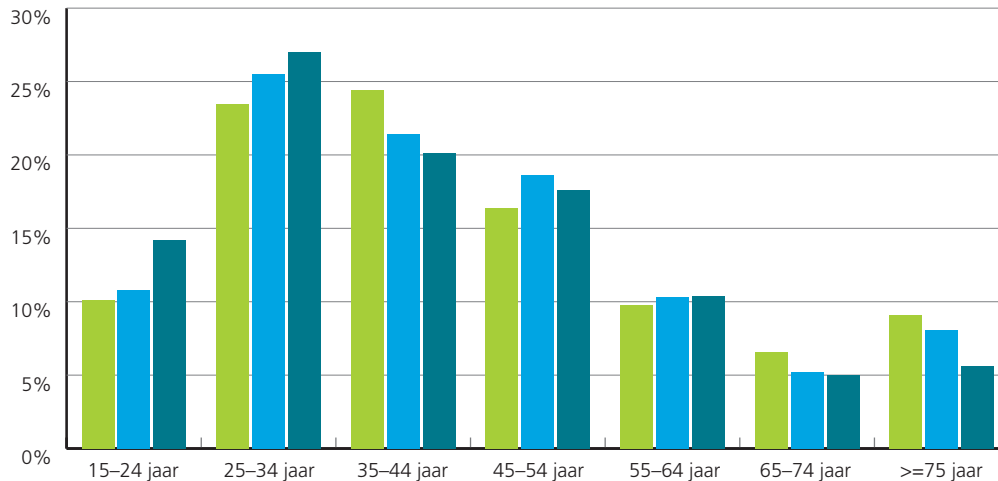
Ontslagen patiënten

Ontslagen patiënten naar leeftijd

Ziekenhuis

LEEFTIJD	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	69	10,1%	72	10,8%	96	14,2%
25-34 jaar	160	23,5%	170	25,5%	182	27,0%
35-44 jaar	166	24,4%	143	21,4%	136	20,1%
45-54 jaar	112	16,4%	124	18,6%	119	17,6%
55-64 jaar	67	9,8%	69	10,3%	70	10,4%
65-74 jaar	45	6,6%	35	5,2%	34	5,0%
>=75 jaar	62	9,1%	54	8,1%	38	5,6%
Totaal	681	100,0%	667	100,0%	675	100,0%

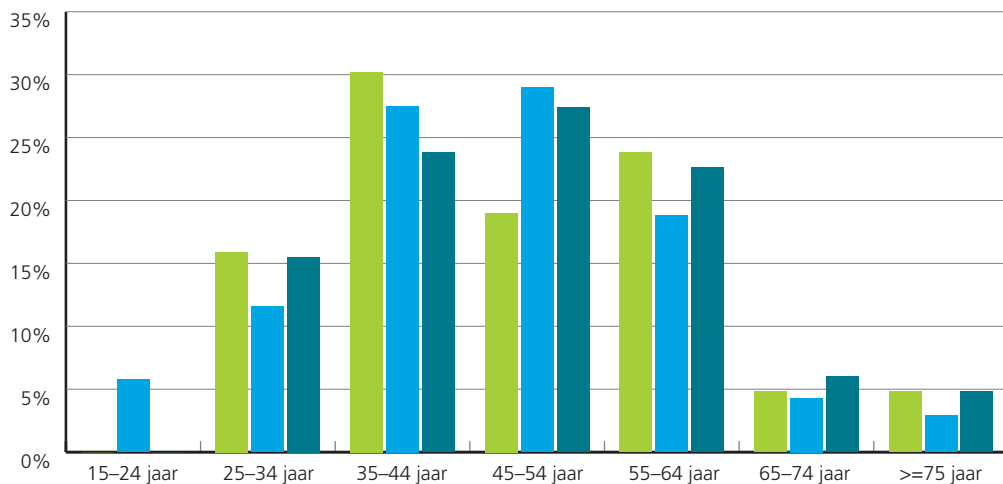
In 2011 is de groep ontslagen patiënten met een leeftijd tussen 25 en 34 jaar het grootst (idem als bij de opnamen van 2011).



Verzorgingstehuis

LEEFTIJD	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	1	0,0%	4	5,8%	0	0,0%
25-34 jaar	10	15,9%	8	11,6%	13	15,5%
35-44 jaar	19	30,2%	19	27,5%	20	23,8%
45-54 jaar	12	19,0%	20	29,0%	23	27,4%
55-64 jaar	15	23,8%	13	18,8%	19	22,6%
65-74 jaar	3	4,8%	3	4,3%	5	6,0%
>=75 jaar	3	4,8%	2	2,9%	4	4,8%
Totaal	63	100,0%	69	100,0%	84	100,0%

In 2011 is er in het verzorgingstehuis een stijging van het aantal ontslagen binnen de oudere leeftijdsgroepen (ouder dan 55 jaar).



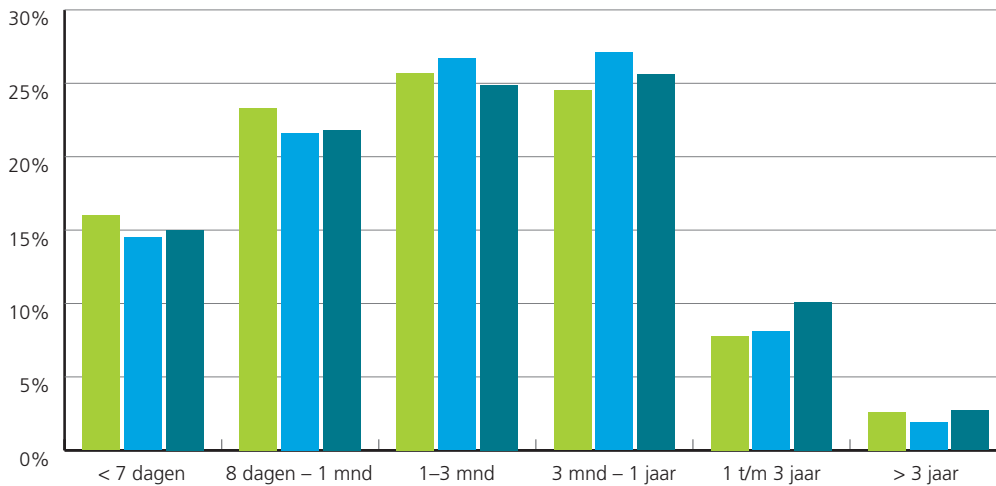
Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

Ziekenhuis

VERBLIJFSDUUR*	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 7 dagen	109	16,0%	97	14,5%	101	15,0%
8 dagen – 1 maand	159	23,3%	144	21,6%	147	21,8%
1–3 maanden	175	25,7%	178	26,7%	168	24,9%
3 maanden – 1 jaar	167	24,5%	181	27,1%	173	25,6%
1 t/m 3 jaar	53	7,8%	54	8,1%	68	10,1%
> 3 jaar	18	2,6%	13	1,9%	18	2,7%
Totaal	681	100,0%	667	100,0%	675	100,0%

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

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

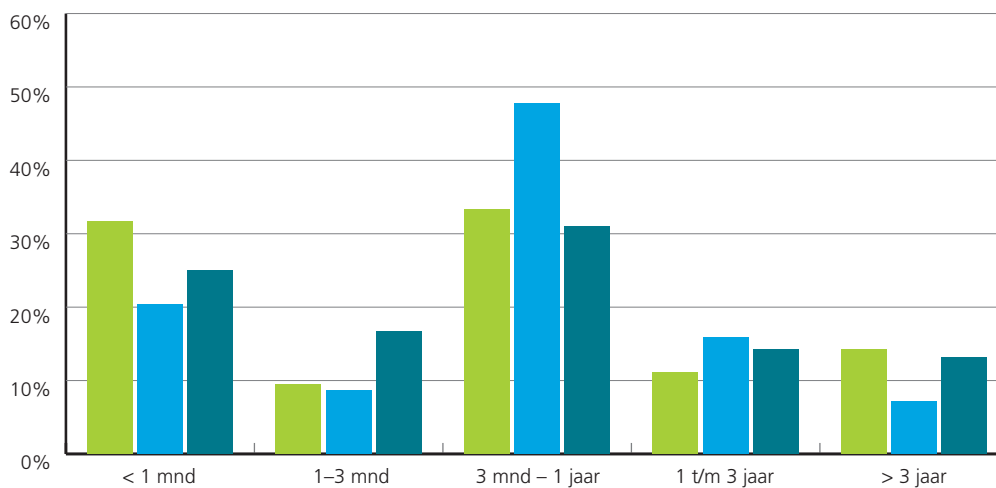


Verzorgingstehuis

VERBLIJFSDUUR°	2009		2010		2011	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 1 maand	20	31,7%	14	20,3%	21	25,0%
1 – 3 maanden	6	9,5%	6	8,7%	14	16,7%
3 maanden – 1 jaar	21	33,3%	33	47,8%	26	31,0%
1 t/m 3 jaar	7	11,1%	11	15,9%	12	14,3%
> 3 jaar	9	14,3%	5	7,2%	11	13,1%
Totaal	63	100,0%	69	100,0%	84	100,0%

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

Meer dan 70% van de ontslagen bewoners vertrekken binnen het jaar.



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

Vlaamse overheid

