

Activiteitenverslag 2010



Openbaar
Psychiatrisch
Zorgcentrum
Rekem

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
- 4 2010: EEN STRATEGISCH SCHARNIERJAAR OF EEN SCHARNIEREND STRATEGISCH JAAR?
- 6 REORGANISATIEPROJECT WAZO
- 11 NEUROSEZORG
- 14 VERSLAVINGSZORG
- 16 FORENSISCH PVT
- 18 VERBOUWING FOR PVT
- 20 DIENST ONDERHOUD EN TECHNIEK (DOT)
- 23 DIENST PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE, KINESITHERAPIE
- 29 TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE
- 31 KENNISCENTRUM FORENSISCH PSYCHIATRISCHE ZORG (KEFOR)
- 38 JAAROVERZICHT 2010
- 42 VRIJWILLIGERSWERKING VRIENDENDIENST REKEM
- 46 PATIËNTENPARTICIPATIE
- 48 NOOLIM (NETWERK OOST-LIMBURG) EN HET 107-PROJECT
- 52 MENOS
- 54 HOSPILIM
- 55 OPZC REKEM IN CIJFERS
 - 57 PERSONEELSBEZETTING
 - 60 BEDDENBEZETTING EN ANDERE PATIËNTGERELATEERDE CIJFERS

Inleiding

Op weg naar 3D in de psychiatrische zorg?

Op het ogenblik dat dit voorwoord geschreven wordt, kabbelen de dagen stilaan naar de zomer. En hoewel we ieder jaar de goede intentie hebben om het activiteitenverslag vroeger te laten verschijnen, komen we toch dikwijls op dezelfde verspreidingsperiode uit. De vakantie als ritueel moment voor het activiteitenverslag OPZC Rekem, al achten we bescheiden de kans heel klein dat u dit voorwoord in een vakantieoord leest.

Dit jaar was er een specifieke reden om te slepen met de verschijning... In 2010 werd samen met de verschillende Noolim-partners een 107-project ingediend. De code 3 die het toegekend kreeg, duidde op de noodzaak voor grondige herwerking. Die diende te gebeuren tegen half mei 2011. 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 activiteitenverslag 2011. Of 2012. Maar eigenlijk is het thema zo belangrijk, dat het niet in dit voorwoord mag ontbreken. Het onderwerp komt ook in dit activiteitenverslag aan bod, zij het beperkt. Vooral deze bladzijden hier leken de uitgelezen plaats om er aandacht aan te besteden. Het is verwaand om op een bepaald ogenblik te noteren dat geschiedenis geschreven wordt. Historici blikken terug. Hun kracht bestaat er in de vertaling van het verleden te maken. Laat ons dan toch stellen dat we het gevoel hebben dat het 107-Noolimproject dat nu goedgekeurd is, een belangrijke mijlpaal vormt.

Hier zijn verschillende redenen voor. Vooreerst is er intensief samengewerkt tussen de partners van de regio Oost-Limburg. De samenwerking op zich kreeg reeds een formalisering in een samenwerkingsovereenkomst tussen de Noolim-partners. Dit omvat een voortdurend overleg tussen residentiële en ambulante partners. De 107-opportuniteit gaf een verdere drive aan de reeds ontstane synergie binnen de regio. Ten tweede is de vermaatschappelijking van zorg een thema dat niet meer weg te branden is uit de actuele discussies binnen de psychiatrie. Psychiatrische ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in de beddenafbouw en in de ontwikkeling van goede zorg in de maatschappij. De institutionaliseringscontext wordt meer verlaten, het lineair denken verdwijnt naar de achtergrond, schotten tussen diensten en werkingen, tussen residentieel en ambulante, worden stilaan weggegomd. Althans, dit zou moeten op termijn gerealiseerd kunnen worden. De uitdagingen zijn zeer groot, het engagement van alle partners dat ertoe geleid heeft om een project in de steigers te krijgen, zal blijvend nodig zijn. Eigenlijk is het nog maar een begin en kennen we de contouren van deze nieuwe ontwikkeling nog niet helemaal. Omdat we nog steeds tweedimensioneel denken, zij het dan wel over een driedimensionele psychiatrie, waarbij niet alleen lengte en breedte, maar ook het diepte-inzicht een steeds belangrijker rol gaat spelen. Misschien moeten we inderdaad een specifieke bril opzetten om het effect te zien en te realiseren. Maar is het ook noodzakelijk zelf op een andere manier te gaan kijken.

We staan gelukkig niet alleen voor die uitdagingen. Ook Reling, het 107-project van West-Limburg kan van start gaan, weliswaar vroeger. Het is goed dat de provincie Limburg volledig afgedekt is. Dat een goede samenwerking tussen de twee netwerken kan ontwikkeld worden. Dat het SPIL ook de emanatie wordt van het nieuwe denken en de nieuwe netwerken.

Het OPZC Rekem heeft geprobeerd een belangrijke rol te spelen in de ontwikkeling van het 107-project. Dit is niet toevallig, want in 2010 kwam een nieuw ontwerp van beheersovereenkomst tot stand na een strategisch seminarie, werd een ontwerp van ondernemingsplan gemaakt. In de voorbereiding van dat seminarie en van deze documenten gebeurde een bevraging van stakeholders, partners, andere organisaties en diensten. Onze respondenten lieten weten dat ze een belangrijke rol voor het OPZC Rekem zagen in het kader van zorgvernieuwing. Dat ze initiatief van ons verwachtten.

De interesse en medewerking van de artsen in de totstandkoming van ons strategisch plan was groot. De nodige erkentelijkheid hiervoor moet betoond worden. Ook al is hun eerste zorg die voor de patiënt of bewoner, dan is het ook belangrijk dat zij voldoende betrokken zijn in het beleid en in het uitzetten van de lijnen voor de toekomst. Hun prominente rol zullen ze ook in 107 blijven spelen. Nog meer dan nu het geval is.

Psychiatrische zorg, expertise en beleidsdenken lijken soms twee tegengestelde of andere werelden. Ze hebben echter veel gemeenschappelijk: de bekommernis voor de goede zorg voor de patiënt. Binnen of buiten de muren van een psychiatrisch ziekenhuis. Ambulant of residentieel. Binnen de verschillende functies van 107 of erbuiten. Structuren zijn er om de bewoner of patiënt te dienen. Om de professionals hun werk te laten doen. Niet om hen ondergeschikt te maken. Het WAZO-project dat nu in uitvoering is, heeft die bedoeling. Maar net zoals 107 en de uitwerking van een ondernemingsplan vraagt dat de nodige tijd en de zorg. Oog voor het wat en het hoe. Met een nieuwe lens alleen geraken we er niet meer. Het is tijd om ook de body van ons fototoestel te vervangen. Digitaliseren om meer diepte-inzicht te krijgen, om meer reliëf te brengen in de psychiatrische zorg. 3-D in de zorg is geen paradox... als zowel het oog op binnen en buiten gehouden wordt. Op voor en achter. Op gisteren, vandaag en morgen. Dat bewijst ook de geschiedenis van artikel 107: ruimte optimaal benutten.

Rekem, 9 juni 2011

Hans Schröter

VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR
OPZC REKEM

John Vanacker

ADMINISTRATEUR-GENERAAL
OPZC REKEM

2010: EEN STRATEGISCH SCHARNIERJAAR OF EEN SCHARNIEREND STRATEGISCH JAAR?

Het OPZC Rekem is een extern verzelfstandigd agentschap van de Vlaamse Gemeenschap. Dit betekent dat er een beheersovereenkomst is tussen de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) en de raad van bestuur van het OPZC Rekem. Alsook dat het agentschap Interne Audit van de Vlaamse Administratie (IAVA) langskomt voor een maturiteitsbepaling en aanbevelingen doet. Daarnaast is OPZC Rekem een *zorgcentrum als een ander* en komt de WVG Zorginspectie op audit in het ziekenhuis en in het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) waarbij non-conformiteiten, tekortkomingen en aanbevelingen geformuleerd worden.

Eind 2009-begin 2010 vond een zelfevaluatie Kwadrant plaats. Gedurende meerdere dagen werd met een grote groep medewerkers samen gezeten om het OPZC Rekem te evalueren. Dit gebeurde op een gestructureerde manier onder supervisie van Prof. em. P. Quaethoven van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven. Bij zo'n zelfevaluatie wordt uitgegaan van het EFQM-model, een generiek kwaliteitsmodel, dat vertaling krijgt voor zorgcentra en gelijkaardige contexten. De volledige spanwijdte van het OPZC passeerde hierbij de revue. Op het einde werden aanbevelingen geformuleerd en volgde een prioriteitstelling. Die zelfevaluatie was en is een belangrijk gegeven in het kader van het strategisch plan voor de komende jaren.

Daarnaast gebeurde een audit door IAVA. Hierbij wordt gepeild in welke mate het OPZC Rekem rond de belangrijkste processen een beleid heeft ontwikkeld en dat beleid heeft geïmplementeerd en geborgd. Die processen moeten zich voltrekken via de PDCA-cyclus (plan-do-check-act).

Bij de Inspectie van WVG werden non-conformiteiten, tekortkomingen en aanbevelingen geformuleerd, evenals de termijn waarbij aan de non-conformiteiten moet verholpen zijn. De audit vond zowel plaats in het ziekenhuis als in het PVT. Het inspectieverslag leverde bruikbaar materiaal op voor de werking en de oriëntatie voor de toekomst.

Naast het bovenstaande materiaal was er ook nog een audit door het Rekenhof. En tevens liep de verdere uitwerking van het WAZO-project, de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur, verder.

De focus van bovenstaande onderzoeken lag bij wijze van spreken intern: belanghebbenden kwamen hierbij niet aan bod. In samenwerking met AgO, het Agentschap voor Overheidspersoneel, werd een online bevraging van belanghebbenden uitgevoerd: algemene ziekenhuizen, andere psychiatrische zorgcentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, andere diensten en personen waarmee het OPZC Rekem samenwerkt. Dit gaf een beeld van hoe zij keken naar OPZC Rekem: sterke punten, zwakke punten, verwachtingen naar de toekomst, voorstellen voor verbetering van de werking...

Dit alles leverde belangrijke input op voor de bepaling van de strategische lijnen voor het OPZC Rekem. Het *ruwe materiaal* dat voorlag, diende echter nog verder verwerkt te worden. Ideeën, suggesties, kritieken en opmerkingen zijn geen strategisch plan.

De personen, die de zelfevaluatie Kwadrant uitvoerden, werden aangevuld met medewerkers van verschillende professionele achtergrond voor een strategisch seminarie in Stiemerheide Genk van 28 tot 30 april 2010. Het strategisch seminarie werd voorafgegaan door een drietal workshops om tijdens de tweedaagse zo snel mogelijk



28-30.04.2010 - STRATEGISCH SEMINARIE IN STIEMERHEIDE

naar de diepte te gaan. Aan de vooravond van het seminarie zorgden een aantal toespraken over gezondheidszorg, psychiatrische gezondheidszorg, zowel in binnen- als buitenland alsook een afsluitende toespraak door de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over geestelijke gezondheidszorg en het OPZC Rekem, voor de nodige inspiratie. In de twee dagen die hierop volgden, werd samen met een belangrijke groep van de geneesheren hard gewerkt om strategische doelstellingen in een eerste versie uit te tekenen. Die strategische doelstellingen werden verder verfijnd en later in de projectgroep, bestaande uit de participanten van het seminarie, verder besproken. Op basis van de strategische doelstellingen werden operationele doelstellingen uitgewerkt.

Dit geheel vormde de basis voor de beheersovereenkomst. In het verleden werd vastgesteld dat de bestaande beheersovereenkomst teveel aangevoeld werd als een instrument van buitenaf, opgelegd, niet doorleefd. Dit was trouwens ook een opmerking die door IAVA geformuleerd werd. Dit kan verwondering wekken omdat dergelijke overeenkomst juist het *contract* zou moeten zijn tussen de minister en de raad van bestuur. Vanuit deze vaststelling werd bijzondere aandacht geschonken aan het draagvlak binnen de organisatie: inspraak van en overleg met de medewerkers.

Dit ontwerp van beheersovereenkomst werd, na bespreking met de medische raad, het entiteitsoverlegcomité (EOC) en de raad van bestuur en de nodige amenderingen, overgemaakt aan de minister.

Ondertussen werd gewerkt aan het opzetten van het ondernemingsplan op basis van het ontwerp van de beheersovereenkomst. Het doel is hier te komen tot een soort actieplan voor de uitvoering van de beheersovereenkomst. Tegen wanneer, wat en hoe.

Het neerschrijven van deze belangrijke activiteiten die in 2010 ontplooid werden, is gemakkelijk. Het is echter een intensieve samenwerking van vele personen geweest om tot een uitgebalanceerd ontwerp van de beheersovereenkomst te komen. Er werd gezocht naar nieuwe manieren om intern te communiceren, om belanghebbenden in de strategievorming te betrekken, om een zo breed mogelijk draagvlak te creëren. Dit is mogelijk dankzij de inspanning van vele medewerkers. Vervolgens moet het grote werk nog beginnen: de uitvoering van de strategische doelstellingen, de opvolging ervan, het bewaken van de consistentie en het uitbouwen van een goede fasering.

2011 start dan ook met het opzetten en gebruiken van een goed instrument om de uitwerking op een goede manier mogelijk te maken.

2010 is, vanuit strategisch oogpunt een scharnierjaar, zowel naar vorm als naar inhoud. Er werd veel denkwerk verricht en de oriëntaties voor de komende jaren liggen voorlopig vast. Voorlopig, omdat de wereld van de geestelijke gezondheidszorg volop in beweging is. Een reden te meer om een goed strategisch plan te hebben; om een solide ondernemingsplan te hebben; om een gedragen en adequate beheersovereenkomst te hebben. Ook binnen de overheid is strategisch denken en werken belangrijk. Of beter gezegd: juist binnen de overheid, gezien de beheersovereenkomst zich over meerdere jaren uitstrekt. We zijn er alvast in geslaagd het ontwerp van beheersovereenkomst tot een strategisch instrument te maken.

REORGANISATIEPROJECT WAZO

In het activiteitenverslag van 2009 staat het concept WAZO, het reorganisatieproject Waanzinnig Zorgzaam, dat door de werkgroep Zorg en Organisatie werd uitgewerkt, een eerste keer beschreven. Het opzet is om effectief een zo goed mogelijke zorg voor de patiënt en bewoner te bieden en tevens een aantal knelpunten in het huidige organisatiemodel aan te pakken. De werkgroep Zorg en Organisatie hield rekening met volgende uitgangspunten die de ruggengraat betekenden voor het nieuwe organisatiemodel:

- een eerste fundamenteel punt is het streven naar een patiëntgeoriënteerde organisatie, waarbij zorg op maat wordt geleverd en de continuïteit van zorg voorop staat. Dit wordt vertaald in een decentrale operationele besluitvorming die wordt gevormd in het primaire proces, in facilitaire en ondersteunende diensten in opdracht van het primaire proces en in een grotere scheiding tussen het operationeel management en het strategische management;
- een tweede uitgangspunt is het opzetten van een zo eenvoudig mogelijke organisatiestructuur met een maximale verantwoordelijkheidstoewijzing;
- een derde punt is een geïntegreerd samenwerken met respect voor de disciplinaire kenmerken in een multidisciplinair samengesteld team, interdisciplinair samenwerken rond de patiënt of de bewoner;
- een vierde belangrijke pijler is het inpassen in zorgcircuits met zorgprogramma's voor onze doelgroepen die instellingsoverschrijdend worden opgezet in een aaneensluitend beleid binnen de sector en met de belendende percelen. Deelnemen aan netwerken die de zorgcircuits organisatorisch en in aansturing ondersteunen;
- een vijfde uitgangspunt is het hanteren van een duale ladder voor de disciplines. In de klinische ladder of expertiseladder krijgt de inhoudelijke kennis en vakbekwaamheid een plaats, in de functionele ladder worden de managementaspecten opgenomen. Naast het uitbouwen van hiërarchische loopbaanmogelijkheden eveneens mogelijkheden creëren tot een expertloopbaan;
- de reglementering en de wetgeving die van toepassing is m.b.t. het ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgings-tehuis wordt eveneens gerespecteerd;
- de aansturing van de patiëntgeoriënteerde organisatie dient rekening te houden met:
 - een maximale betrokkenheid van de psychiaters;
 - het subsidiariteitsprincipe: beslissingen nemen zo laag mogelijk in de organisatie;
 - soepel en vlot kunnen inspelen op de noden en behoeften van de patiënten en bewoners;
 - integratie van het kwaliteitsdenken in de structuren van de organisatie.

De uitgangspunten, principes en het nieuwe organisatiemodel zijn in een boekje gegoten dat aan ieder personeelslid is overhandigd. Het vormt de basis voor de besprekingen tijdens de workshops die in januari en februari 2010 werden gepland en tijdens latere overlegmomenten in het implementatietraject.

De implementatie van dit nieuwe organisatiemodel werd voorzien voor 2010–2011. Deze implementatie houdt o.a. in:

- de werving en/of bevestiging van het middenkader (programmacoördinator, verpleegkundig specialisten, verpleegkundig leidinggevenden);
- de verdere uitbouw van de modulaire werking binnen de zorgeenheden;
- het verankeren van de duale ladder binnen een personeelsplan;
- een functieclassificatie.

Begin 2010 werd een externe consultant aangetrokken om samen met een interne projectleider het implementatietraject van WAZO vorm te geven en te begeleiden. Om dit project goed te kunnen managen, werd hiervoor in het

begin van 2010 een projectstructuur uitgetekend en opgezet. Deze projectstructuur bestaat uit volgende rollen met bijbehorende verantwoordelijkheden:



FIG. 1 PROJECTSTRUCTUUR

Bij het uittekenen van een plan van aanpak voor de implementatie van WAZO hield men rekening met volgende uitgangspunten:

- de historiek van de organisatie;
- het wetgevend kader;
- snelheid versus duidelijkheid;
- betrokkenheid;
- integratie met andere initiatieven;
- belang van een ontwikkeling van missie/visie/waarden;
- zorgzaamheid voor de eigenheid en diversiteit van de medewerkers en voor de continuïteit van de zorg;
- werken vanuit onze sterktes.

Dit resulteerde in volgende aanpak en uit te werken sporen:

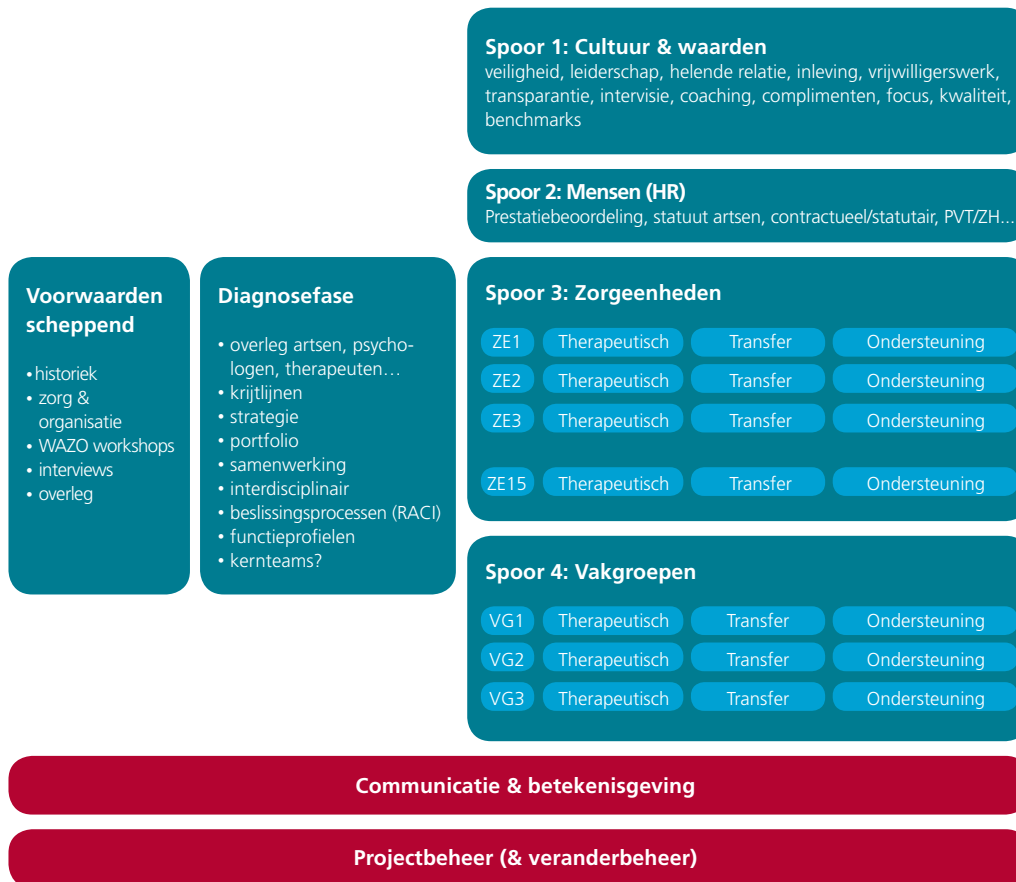


FIG. 2 PLAN VAN AANPAK

Het traject van WAZO is gestart in februari 2010 met de voorwaardenscheppende fase (zie fig. 2) in de vorm van een aantal grote workshops waarop iedereen zich vrijblijvend kon inschrijven. Men had keuze tussen volgende workshops:

- verpleegkundig leidinggevende, verpleegkundig specialist, programmacoördinator en arts naar een optimale samenwerking;
- kwaliteitsdenken als één van de ondersteunende basiscomponenten in een weg naar WAZO;
- keuzes maken, autonomie... krachtige woorden: wat of waarover wil ik als basisedewerker zelf kunnen beslissen?;
- interdisciplinaire samenwerking: ja graag, maar hoe?;
- prestatiebeoordeling: een noodzakelijk kwaad of een handig instrument op de weg naar persoonlijke groei;
- de vakgroepen: een benadering in een streven naar WAZO.

Meer dan 100 medewerkers hebben zich hiervoor ingeschreven en hebben bovenstaande thema's verder uitgewerkt. De informatie die tijdens deze workshops verzameld werd, werd meegenomen in het verdere traject van WAZO en heeft de verdere aanpak mee vorm gegeven.

Informatie die tijdens de voorwaardenscheppende fase gehaald werd uit deze WAZO-workshops, uit interviews met leidinggevendenden, uit de historiek van de organisatie en uit andere overlegmomenten resulteerden in een aantal grote trajecten waaraan heel wat medewerkers hun steentje hebben bijgedragen. Deze trajecten zijn de volgende:

- **kernteam:** wat is de rol van arts, psycholoog, verpleegkundige, therapeut in de nieuwe WAZO-structuur waarbij het middenkader bestaat uit een verpleegkundig leidinggevende, een programmacoördinator en een arts?;
- **langdurige zorg:** wat is de rol en de positie van een cluster langdurige zorg waarin zowel zorgeenheden op ziekenhuisniveau (behandelopdracht) als zorgeenheden binnen de PVT-structuur (woonopdracht) werken, hoe werken zij samen, hoe bereiden zij zich voor op de uitdagingen waarvoor ze staan?;
- **functieprofielen:** welke zijn de verantwoordelijkheidsgebieden en verwachte competenties van onze nieuwe leidinggevendenden?;
- **prestatiebeoordeling:** hoe kunnen we een prestatiebeoordelingssysteem vorm geven zodanig dat het een hefboom is om de WAZO-organisatiestructuur succesvol te laten zijn?;
- **interdisciplinaire samenwerking:** hoe kunnen we dit basisprincipe verder uitwerken en laten leven binnen het OPZC?;
- **portfolio:** welke ICT systemen worden geïmpacteerd door WAZO en hoe kunnen we ons optimaal voorbereiden op het ondersteunen van de organisationele veranderingen?;
- **vakgroepwerking als expertisecentra:** hoe kunnen we als vakgroep excelleren in kennis en expertise?;
- **therapie:** op welke manier vullen we de therapeutische zorgbehoeften in binnen de nieuwe WAZO-structuur?

Bij de uitwerking van deze trajecten werden zowel leden van de projectgroep, als medewerkers uit de hele organisatie betrokken. Door zoveel mogelijk medewerkers te betrekken, konden de principes die in het WAZO-boekje geformuleerd werden op de best mogelijke manier concreet vertaald worden naar de werkvloer. Het stramien om dit te doen, zag er als volgt uit:

- de projectgroep werkte bovenstaande voorstellen uit, meestal ondersteund door een werkgroep;
- de voorstellen werden voorgelegd aan de stuurgroep om daar gevalideerd of bijgestuurd te worden;
- indien bijsturing nodig was, werd het voorstel verder aangepast door de projectgroep en/of werkgroep.

Bepaalde onderwerpen, zoals de functieprofielen van de nieuwe WAZO-functies (programmacoördinator, clustermanager, hoofd therapie, verpleegkundig leidinggevende, verpleegkundig specialist), werden tevens voorgelegd aan de raad van bestuur, de medische raad en het EOC ter goedkeuring en/of bijsturing. Op die manier werden alle WAZO-thema's concreet vertaald met maximale betrokkenheid van de medewerkers.

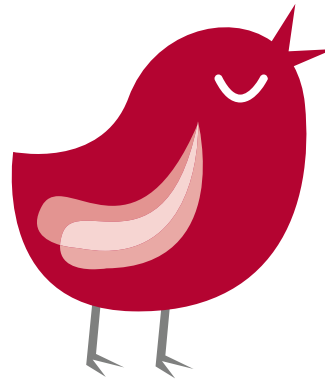
Dit resulteerde dan ook in een aantal inhoudelijke aanpassingen t.o.v. het oorspronkelijke WAZO-boekje dat werd uitgegeven eind 2009. De grootste aanpassing bestaat in de samenstelling van het kernteam. Bij de uitwerking van dit concept werd beslist om de verpleegkundig specialist niet op te nemen in het kernteam, maar om het kernteam enkel te laten bestaan uit de verpleegkundig leidinggevende, de programmacoördinator en de arts. Waarbij de verpleegkundig leidinggevende de hiërarchische aansturing van de 24u staf en dus ook van de verpleegkundig specialist op zich neemt, de programmacoördinator de hiërarchisch verantwoordelijke is van de leden van de staf dag en de arts de eindverantwoordelijkheid draagt. De verpleegkundig specialist kan als expert, zoals andere inhoudelijke experten, op uitnodiging deelnemen aan het kernteamoverleg.

Andere wijzigingen:

- verpleegkundig specialist is geen lid van het kernteam, dus ook niet van de clusterraad;

- de functietitel clusterhoofd wordt vervangen door de functietitel clustermanager;
- hiërarchische aansturing van alle vaktherapeuten gebeurt door de programmacoördinator;
- hoofd nursing is, als hoofd van het verpleegkundig departement, lid van het zorgcomité en het directiecomité;
- de bewoners van PVT kunnen deelnemen aan het beleid via de bewonersraad PVT.

2010 is geëindigd met het openstellen van de vacatures van clustermanager, hoofd therapie en programmacoördinator. De start van de selectieprocedures is voorzien in januari 2011. De openstelling van de andere functies, verpleegkundig leidinggevende en verpleegkundig specialist, werden voorzien in maart 2011. Meer hierover in het volgend jaarverslag.



wazo

NEUROSEZORG

Missie en kerntaken

De zorglijn beoogt een open setting te zijn voor volwassenen, geconfronteerd met psychisch lijden, waarvoor een intramurale psychiatrische behandeling of een dagbehandeling aangewezen is.

Een gerichte multidisciplinaire observatie, het opstellen van een geïndividualiseerd behandelplan en het aanbieden van specifieke zorgprogramma's aangepast aan de actueel meest voorkomende doelgroepen van de regio, vormen de basis van onze missie.

Onze kerntaak omvat dan ook:

- antwoord bieden op psychodiagnostische vragen aan de hand van een gerichte multidisciplinaire observatieperiode van maximaal zes weken;
- het aanbieden van zorgprogramma's gericht op de actuele regionale noden: sectie middelenmisbruik/afhankelijkheid (exclusie van illegaal druggebruik), sectie stemmingsstoornissen, sectie persoonlijkheidsproblematieken en sectie resocialisatie;
- de mogelijkheid tot kortdurende, ondersteunende, therapeutische zorg wanneer het ambulante netwerk ontoereikend lijkt;
- het uitbouwen en onderhouden van zorgcircuits om op deze wijze niet alleen faciliterend te werken voor de in- en uitstroom van de zorgaanbieder, maar ook ter garantie van de continuïteit van zorg na een opname.

Deze opdrachten worden uitgevoerd door een evenwichtig, multidisciplinair team in een veilig behandelklimaat dat de maximale zelfredzaamheid van de patiënt vooropstelt.

Er wordt gestreefd naar een zo kort mogelijke behandeling, met aandacht voor het maximaal behouden van functioneren binnen sociofamiliale en professionele context. Er wordt ondermeer getracht dit te realiseren door een efficiënte overgang van een residentiële naar semiresidentiële setting en een goed onderbouwd ontslagmanagement.

Modules

Observatiemodule

Patiënten die zich aanmelden voor behandeling, worden de eerste weken opgevangen binnen de observatiemodule. De doelstellingen zijn hier: observatie, diagnose en indicatiestelling, formuleren van een hulpvraag en doorverwijzen naar de juiste behandelsetting (ook extern).

Stemmingsstoornissen

De behandeling binnen deze module is bedoeld voor patiënten, waarbij depressieve klachten op de voorgrond staan. Ook wanneer deze depressieve klachten voorkomen in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek, komt men in aanmerking voor behandeling. Doelstellingen hier zijn: het doorbreken van de negatieve spiraal van inactiviteit en depressieve gevoelens, aanpakken van de problemen die bijdragen tot de depressieve klachten en herhalpreventie.

Afhankelijkheidsproblemen

Patiënten die zowel psychisch, als lichamelijk afhankelijk zijn van een bepaald middel (alcohol, medicatie, softdrugs, met exclusie harddrugs) komen in aanmerking voor deze module. Gerichte doelstellingen in de behandeling zijn: detox, hervalpreventie, inzicht verwerven in hoge risico situaties, aanleren van alternatief *gezond* gedrag, leren omgaan met emoties en onthouding. De problematiek gaat vaak in combinatie met een aantal sociale problemen zoals verlies van werk/woonst, schulden..., alsook relationele problemen, zoals verbreken van relaties, isolement en wantrouwen bij belangrijke anderen. Deze aspecten komen dan ook uitgebreid aan bod in de behandeling.

Persoonlijkheidsstoornissen

Patiënten, waarbij het opportuun is om te werken aan problemen binnen de persoonlijkheid, komen in aanmerking voor het volgen van deze module. De eerste doelstelling binnen de behandeling is het verwerven van inzicht in hoe men functioneert en vastloopt binnen de persoonlijkheid, vervolgens wordt gewerkt aan het accepteren van die *wakke plek* binnen de persoonlijkheid en het daarmee leren omgaan.

Als gevolg van hun persoonlijkheidsstoornis hebben mensen vaak ook problemen op gebieden als relaties, financiën, wonen en werken. Zo geven patiënten soms onverantwoord veel geld uit, verwaarlozen ze hun huis of hebben ze onenigheid met allerlei instanties. Hier wordt in de behandeling ook aandacht aan besteed.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Deze module is gericht op patiënten die lijden aan een borderline persoonlijkheidsstoornis. De behandeling is gebaseerd op de dialectische gedragstherapie van Marsha Linehan en bestaat uit 3 belangrijke onderdelen: omgaan met emoties, omgaan met crisissen en interpersoonlijke vaardigheden. Een eerste doelstelling binnen de behandeling is bewustwording van de manier waarop men reageert, denkt, voelt en handelt in bepaalde situaties. Vervolgens wordt er gewerkt aan het aanleren van vaardigheden waarmee men constructief en effectief kan handelen in deze situaties. De patiënt leert zijn gedachten en gedrag als het ware managen. Verder wordt ook de sociale kaart en de relationele sfeer van de patiënt in de behandeling betrokken.

Groei en ondersteuning

Patiënten met een neurotische problematiek, die nood hebben aan een structurerende en resocialiserende behandeling, komen in aanmerking voor deze module. Doelstellingen zijn voornamelijk gericht op het verbeteren van de levensomstandigheden zoals daginvulling, vrijetijdsbesteding, gezonde voeding, huisvesting, sociaal contact en zelfzorg. Het sociaal netwerk van de patiënt wordt van dichtbij betrokken in de behandeling en fungeert ook mee ter ondersteuning. Vaak dient er ook gebruik gemaakt te worden van een aantal sociale diensten zoals beschut wonen, budgetbeheer en thuiszorg om te komen tot optimale zorg.

Enkele cijfergegevens

In 2010 werden 150 residentiële opnames gerealiseerd. De gemiddelde verblijfsduur was 56 dagen. Daarnaast startten 56 patiënten met een behandeling in dagtherapie. De gemiddelde behandelduur was 80 dagen.

	AANTAL PATIËNTEN		GEMIDDELDE VERBLIJFSDUUR IN DAGEN	
	OPNAME	DAG	OPNAME	DAG
Enkel observatie en diagnostiek	37	5	10	11
Stemmingsstoornissen	16	7	87	62
Afhankelijkheidsproblemen	31	14	62	36
Persoonlijkheidsstoornissen	23	12	65	102
Borderline persoonlijkheidsstoornis	20	10	40	87
Groei en ondersteuning	23	8	50	133

Accenten in 2010

Vormen van een kernteam

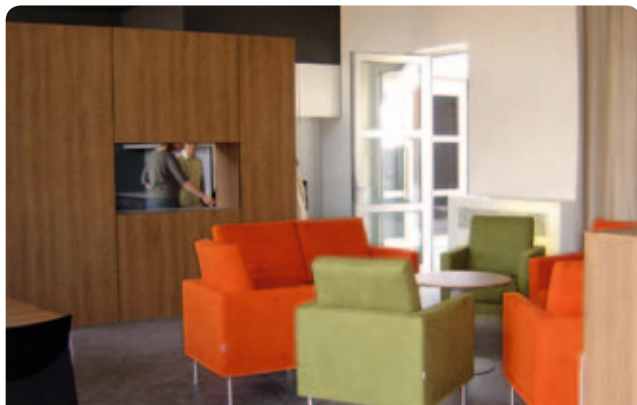
In 2010 waren er enkele belangrijke wijzigingen binnen het kernteam: dr. Rikka Van de Velde verliet de zorgseenheid. Een nieuwe hoofdverpleegkundige, Thea Van den Heuvel en Aagje Mercken als psycholoog vervoegden de zorglijjn en het kernteam.

Uitwerken van de observatiemodule

In 2010 werd gekeken hoe de zorgseenheid op een meer systematische manier een antwoord kan bieden op psychodiagnostische vragen aan de hand van een gerichte multidisciplinaire observatieperiode van maximaal zes weken.

Verder professionaliseren van de zorg

Professionaliseren van de zorg is een belangrijk thema binnen de zorgseenheid. Het team van Neurosezorg wil de hulpvraag van patiënten binnen een zo kort mogelijke termijn beantwoorden en dit volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten. In dit kader werd ervoor gekozen om in 2010 de kwaliteit van de multidisciplinaire patiëntenbespreking onder de loep te nemen. Een grondig overleg met betrekking tot de aanpak van de problematiek van de individuele patiënt is immers onontbeerlijk binnen een doelgerichte aanpak. Er werden in 2010 dan ook inspanningen gedaan om de patiëntenbesprekingen op de zorgseenheid inhoudelijk meer te stofferen vanuit de verschillende disciplines, resulterend in een duidelijk behandelplan. Dit behandelplan wordt vervolgens expliciet met de betrokken patiënt besproken.



LEEFRUIMTE EN KAMER BINNEN NEUROSEZORG

VERSLAVINGSZORG

Doelgroep

Het programma van Verslavingszorg bestaat uit 2 modules:

- het **onthaalprogramma** richt zich tot jongvolwassenen met een drugverslavingsprobleem, al dan niet samen voorkomend met een psychiatrisch probleem (bv. ADHD, angst, depressie, persoonlijkheidsproblemen);
- het **langdurig behandelprogramma** kan aansluiten op het onthaalprogramma. Het is uitsluitend bestemd voor mensen met een dubbeldiagnose (een verslavingsproblematiek samen voorkomend met een psychiatrische problematiek).

Behandeling

Het onthaal

In deze open unit worden personen met een verslavingsproblematiek onthaald. Het aanbod van de unit bestaat uit detoxificatie, oriëntatie en duurt maximaal 6 weken.

Bij voldoende stabilisatie wordt doorverwezen naar het langdurig behandelprogramma. Indien een patiënt hiervoor niet in aanmerking komt, kan een doorverwijzing gebeuren naar een aangepaste zorgmodule.

Het langdurig behandelprogramma

De werking binnen deze unit is gedeeltelijk gebaseerd op het principe van zelfhulp, volgens het model van de hiërarchisch gestructureerde leefgemeenschap, aangepast aan personen met een dubbeldiagnose.

Dit model staat voor een eerder ondersteunende dan confronterende aanpak, waarbij – parallel aan het groepsgebeuren – aandacht is voor het individuele proces, d.m.v. individuele psychiatrische opvolging en individuele psychotherapie. Er is ook aandacht voor time-out mogelijkheden of crisisopvangstrategieën bij (dreigende) decompensatie (psychotische opstoot, suicidaliteit, agressieve acting-out). Een beperkte crisis wordt opgevangen in de eigen onthaal unit. Bij ernstige decompensatie is er een samenwerking met de opname-eenheid binnen het OPZC.

Dit programma duurt een 9-tal maanden en is opgebouwd uit 3 opeenvolgende fasen met toenemende doelstellingen, die initieel gericht zijn op stabilisatie en haalbare groei, waarna de resocialisatie wordt voorbereid. Na elke fase maakt de bewoner de keuze om het programma verder te zetten of te beëindigen. Nadien wordt doorverwezen naar een project voor beschut wonen, indien dit wenselijk is.

REACTIE VAN ENKELE BEWONERS M.B.T.
HUIDIG LANGDURIG BEHANDELPROGRAMMA

Hoe vind je de samenwerking met de professionele hulpverlening op deze zorgseenheid?

Bewoner 1

Ik vind de samenwerking met de professionele hulpverlening goed gebaseerd op het toegepast programma. Er is een balans tussen objectiviteit en subjectiviteit en er is plaats voor de individuele noden.

Bewoner 2

Ik ben tevreden over de staf, de psychiater, de mentor en de sociale dienst. Ook over mijn persoonlijk programma wat betreft de wisselwerking.

Samenwerkingsverbanden

Het team van Verslavingszorg werkt samen met diverse externe partners. Zo is er:

- een structurele samenwerking in het LiZom (Limburgs Zorgcircuit Middelen) Z.O.-Limburg (casusbesprekingen, netwerkspraken...);
- een structurele bestuurlijke samenwerking met het overkoepelende LiZom;
- een contract met CAP-Justitie, operationele samenwerking met CAD, CGG, MSOC;
- ondersteuning vanuit preventie CAD Hasselt bij de psycho-educatie-reeks;
- samenwerking met Tepsi Genk.

Doelstellingen 2011

in 2011 staat de implementatie van een nieuw beleidsplan centraal, zowel op zorgseenheid- als ziekenhuisniveau; in de loop van het jaar verhuist Verslavingszorg naar een nieuwe locatie binnen het ziekenhuis; daarnaast werkt de zorgseenheid aan de verdere versteviging van de netwerkvorming in de regio's en van het lidmaatschap CAP (Centraal Aanmeldingspunt).

FORENSISCH PVT

Het forensisch PVT (Psychiatrisch Verzorgingstehuis) maakt deel uit van het forensisch cluster.

In 2007 werd een eerste zorgeenheid geopend voor 15 bewoners; de jaren hierna volgde een uitbreiding tot 45 bewoners. In 2011 wordt dit cijfer opgetrokken tot 60. Hieronder volgt een korte beschrijving van de doelgroep, de werking en de verwezenlijkingen in 2010.

Doelgroep

Het forensische PVT richt zich naar volwassen mannen met het statuut van internering die reeds een behandeling achter de rug hebben en waar evolutie slechts op lange of middellange termijn verwacht wordt. Het psychiatrisch toestandbeeld is gestabiliseerd, maar op het moment van hun verblijf zijn ze (nog) niet in staat om in een niet-residentiële of minder gestructureerde setting te verblijven. Bij elk van deze bewoners blijft rechtstreeks of onrechtstreeks een risico op herval in het delict aanwezig.

Werking

Er wordt getracht om de bewoners een veilige woonomgeving te bieden waarin ze zich thuis voelen. Het streven is om de resterende mogelijkheden van de bewoners te onderhouden en zo mogelijk uit te breiden. Er wordt steeds gewerkt volgens het principe van zorg op maat.

Kenmerkend voor het zorgprogramma zijn:

- langdurige psychiatrische zorg;
- delictpreventie;
- bieden van een thuismilieu met aandacht voor dagbesteding en dagstructuur;
- streven naar een zo hoog mogelijk niveau van functioneren in een (be)veilig(d) kader;
- resocialisatie d.m.v. arbeidsrehabilitatie, woontraining...

Het forensisch PVT bestaat uit 2 groepen:

PVT FOR 1

De zorgeenheid is deels open, deels gesloten.

D.m.v. een gestructureerde dag- en weekplanning wordt getracht zoveel mogelijk voorspelbaarheid en rust te creëren. De bewoners in het gesloten PVT worden erg individueel benaderd; zorg op maat wordt hier maximaal toegepast.

PVT FOR 2

De werking van deze zorgeenheid richt zich vooral naar het uitbreiden van vaardigheden en het opnemen van een maximale verantwoordelijkheid in ruil voor toegenomen vrijheden. Waar mogelijk wordt getracht bewoners te resocialiseren op vlak van wonen, werken en/of vrijetijdsbesteding.

Verwezenlijkingen in 2010

PVT FOR 1

Binnen deze zorgeenheid werd in 2010 een eerste onderscheid gemaakt tussen een (half)-open en een gesloten gedeelte. In de bestaande zorgeenheid werd dit d.m.v. beperkte infrastructurele werken mogelijk gemaakt. De opnamecapaciteit was beperkt tot 18 bewoners.

Begin 2011 verhuisde deze groep naar het vernieuwde gebouw N. De opnamecapaciteit wordt daardoor uitgebreid naar 31 bewoners. Deze uitbreiding biedt ook meer mogelijkheden om de werking voor beide groepen inhoudelijk op punt te stellen en te differentiëren.

PVT FOR 2

De zorgeenheid verhuisde in januari 2010 naar het vernieuwde gebouw M. Dit zorgde ervoor dat de opnamecapaciteit uitgebreid werd naar 29 bewoners. Er werden dan ook diverse nieuwe opnames gerealiseerd. Een aantal bewoners werd intussen ook met succes doorverwezen naar andere, meer zelfstandige woonvormen (Beschut Wonen, PVT MIN).

VERBETERPROJECTEN

Het personeel van PVT FOR werkt voortdurend aan het optimaliseren van de aangeboden zorg. In 2010 werd rond volgende thema's een verbeterproject uitgewerkt:

- gezonde voeding en beweging;
- financiële en administratieve zelfstandigheid;
- communicatie met bewoners (groepsgesprekken...);
- casuïstiekbesprekingen;
- visie omtrent omgaan met middelengebruik.

Personeelsleden krijgen ook regelmatig de mogelijkheid om zich bij te scholen. In 2010 werd een opleiding omtrent motivatiebevordering voor het tweede jaar op rij georganiseerd voor de verschillende zorgeenheden van het forensisch cluster. Verder werd er vorming gevolgd over borderline persoonlijkheidsstoornis, psychosociale rehabilitatie, Goldstein sociale vaardigheidstraining...

VERBOUWING FOR PVT

De bestaande paviljoenen, gebouw M en N, hebben de afgelopen 40 jaar hun dienst bewezen en waren toe aan een grondige verbouwing om als Forensisch PVT ingezet te worden.

Gebouw M

Het paviljoen gebouw M werd als eerste verbouwd voor een PVT FOR 2 van 29 bewoners.

Het paviljoen heeft vier vleugels rondom een binnentuin. De bestaande indeling van het gebouw en de kamers zijn zoveel mogelijk behouden gebleven. De grote 4-persoonskamers zijn omgevormd naar ruime studio's voor 1 bewoner met een gemeenschappelijke sanitaire cel en douche per 2 studio's. De individuele kamers zijn individuele kamers gebleven met elk een sanitaire cel met lavabo en toilet. In totaal zijn er 17 individuele kamers en 1 tweepersoonskamer voorzien, 8 studio's en 1 tweepersoonsstudio.

Om de privacy van de bewoners te bewaren is er op de grote binnenramen in de kamers en de glaspanelen van de deuren ondoorzichtige folie geplaatst zodat men niet meer naar binnen kan kijken, maar zodat er wel een maximale lichtinval kan gegarandeerd worden, dit zowel ten voordele van de kamer als van de gang.

Elk cluster van studio's heeft een aparte eet- en zitruimte met keukentje zodat de bewoners zelf hun eigen huishoudelijke taken kunnen organiseren. Er is een gezamenlijke leef- en eetruimte voorzien voor de bewoners van de individuele kamers met een nieuw ingerichte verdeelkeuken zodat ook deze bewoners de huishoudelijke taken kunnen verdelen. Op die manier wordt het accent gelegd op kleinschaligheid en wordt het woon- en thuisgevoel versterkt.

De architectuur van de bestaande paviljoenen is behouden gebleven met grote ramen en hoge plafonds. Er is binnen een beperkt budget gewerkt. Vandaar dat bv. het buitenschrijnwerk niet werd vernieuwd, maar het werd hier en daar wel aangepast in functie van brandwetgeving en veiligheid en er is nieuwe zonwering voorzien in alle kamers. De technische installaties zoals elektriciteit, verwarming en ventilatie en het sanitair zijn wel volledig vernieuwd. De binnenafwerking is deels gerenoveerd, met een nieuwe vloer, nieuw geschilderd behang, een verlaagd plafond en op diverse plaatsen nieuw vast meubilair. Ook het los meubilair werd zoveel mogelijk vernieuwd. Er werd een meer divers kleurenpalet gehanteerd in vergelijking met de vorige nieuwbouwprojecten op de campus.

Gebouw N

Het paviljoen gebouw N werd verbouwd, na ingebruikname van gebouw M voor een forensisch PVT van 31 bewoners, opgesplitst in een gesloten en een semi-open zorgeenheid rondom een binnentuin. Het concept voor de verbouwing van gebouw M werd doorgetrokken naar gebouw N met betrekking tot de technische installaties, het behoud van het schrijnwerk en het vernieuwen van de binnenafwerking. In gebouw N werd echter nog meer gewerkt met kleurbepaling per groep in het kader van het Planetree concept. Het kleurenpalet is helderder.

Het paviljoen geeft de indruk hetzelfde te zijn als gebouw M, maar verschilt duidelijk van indeling met zijn individuele kamers. Het gebouw is op plan in twee gesplitst met enerzijds rechts de gesloten zorgeenheid, die zowel aan de hoofdingang als aan de ingang achteraan slechts bereikbaar is via een sluis en anderzijds links de semi-open zorgeenheid. Alle kamers van het gesloten gedeelte hebben een elektrisch slot met badgesysteem,

dat gestuurd wordt door de toegangscontrole in de verpleegpost. De bewoners krijgen een badge zodat zij hun kamer kunnen verlaten, maar de verpleging heeft steeds de mogelijkheid om hen deze gunst niet te verlenen. In het gesloten gedeelte is één prikkelarme kamer voorzien van zachte vloer- en wandbekleding, afgesloten en beschermde radiator, raampje in deur voor toezicht en wachtbekabeling voor camera. Er zijn drie bijkomende kamers voorzien van een vast verlaagd plafond en een raampje in de deur voor extra controle. Er is een tweepersoonskamer en een kamer voor mindervalide.

In de semi-open zorgenheid was de volledige bekabeling voorzien voor de toegangscontrole met badgesysteem. Tijdens de werf bleek echter de nood aan twee gesloten eenheden acuut aanwezig te zijn, waardoor het semi-open gedeelte eveneens voorzien werd van het volledige badgesysteem. Naast de toegangscontrole zijn op de gangen bewakingscamera's geplaatst voor controle vanuit de verpleegposten.

De buitenruimte voor het gebouw wordt afgesloten met een hekwerk van 2m hoogte rondom het paviljoen. Dit hekwerk heeft niet de intentie om uitbraakwerend te zijn, maar is eerder ontradend van aard.



VERBOUWING PVT FOR 2



DIENTS ONDERHOUD EN TECHNIEK (DOT)

Missie

Zoals de naam het laat vermoeden staat de Dienst Onderhoud en Techniek (DOT) in voor het onderhouden van technieken, gebouwen en infrastructuur van het OPZC Rekem. Het uitgangspunt is zorgen voor een functionele, comfortabele en veilige infrastructuur met afstemming op de noden van de zorg. Om de gebouwen en technieken in goede staat te houden wordt preventief en curatief onderhoud uitgevoerd. Voor het ondersteunen van de speciale technieken en veiligheidssystemen worden contracten met externe firma's afgesloten.

Werkopdrachten/ondersteuning

Voor de 3 vestigingen van het OPZC Rekem betreft het onderhoud ongeveer 45.000 m² aan gebouwen en 47 hectaren aan groenbeheer. De DOT kent 4 afdelingen die ieder hun eigen technische discipline behartigen. Zo is er een plantsoendienst, een dienst elektriciteit, een dienst schrijnwerkerij/bouw en een dienst sanitair/cv. Met een 18-tal personeelsleden verwerkte de DOT in 2010 ongeveer 3000 werkaanvragen. Van deze werkaanvragen zijn er 71% herstellingen, 23% dringende opdrachten en 6% investeringswerken. Naast de typische technische taken zorgt de dienst ook voor allerhande ondersteuning zoals bij verhuizingen, feesten en evenementen. Tevens staat de dienst in voor het afvalbeheer, het bestrijden van ongedierte en het toegankelijk houden van het domein bij iedere weerssituatie. Door middel van een directe communicatie met een 70-tal gebouwenverantwoordelijken is het mogelijk om snel en gericht werk- of investeringsaanvragen te behandelen. Iedere gebouwenverantwoordelijke neemt de verantwoordelijkheid op zich om de noden van zijn gebouw tijdig te melden, hij of zij engageert zich om de bewoners van het gebouw aan te zetten tot een zorgzaam en energiebewust gedrag.

Om de nodige technische en logistieke ondersteuning te bieden staat de DOT 7 dagen op 7 ter beschikking. Buiten de werkuren worden de dringende interventieaanvragen door de wachtdienst van techniek en plantsoen afgewerkt. In 2010 werden er meer dan 140 dringende interventies door de wachtdiensten uitgevoerd.

Investeringswerken

Om de functionaliteit van de gebouwen af te stemmen op de noden van de zorgeenheden is het noodzakelijk investeringswerken uit te voeren. Er werden 189 investeringswerken in eigen beheer uitgevoerd.

Enkele voorbeelden van gerealiseerde investeringswerken in eigen beheer:

- in de zorgeenheid PVT MG werd een anti-fixatiebed op maat gemaakt voor een bewoner, hierdoor kan deze zonder fixatie veilig in zijn bed verblijven;
- voor het VIA-project werd een kitchenette geïnstalleerd op de nieuwe locatie. Om verbrandingsrisico's maximaal uit te sluiten werden er bij PVT MG radiatorafkastingen vervaardigd. De Forensische zorgeenheid werd uitgerust met speciale veiligheidsslots, die zowel de veiligheid als het bedieningscomfort verbeterden. Bij Psychozorg werd een lokaal omgebouwd tot gesprekslokaal.

Enkele voorbeelden van investeringswerken uitgevoerd door derden:

- een belangrijk project was de relighting van de buitenverlichting. Door middel van een investering van € 82.000 slaagde OPZC Rekem erin om de volledige verlichting te vernieuwen, het lichtniveau op te trekken, donkere

- zones weg te werken en bovendien een energiebesparing te realiseren van 49,5%;
- er werden op verschillende zorgeenheden rokerabri's geplaatst;
- om te voldoen aan de wettelijke bepalingen i.v.m. de temperatuur, werd de apotheek uitgerust met een airco;
- het tv-distributienet werd over het volledig domein geüpgraded naar de nieuwe frequentie waarmee alle beschikbare zenders nu overal te ontvangen zijn;
- in de zorgeenheid PVT MG werden aanpassingswerken uitgevoerd waaronder een nieuwe antislipvloer voor de badkamers;
- de brandcentrale, inclusief de bekabeling, werd volledig vernieuwd bij PVT MG en PVT 1;
- er werden 4 afzonderingskamers gerenoveerd volgens de nieuwe eisen; deze werden tevens uitgerust met zusteroproep- en camerasysteem. De opnamekamers van de crisisafdeling werd bijkomend uitgerust met camera's;
- voor een bedrag van € 135.000 werden in verschillende zorgeenheden verfwerken uitgevoerd.

Energiebeheer

Bewust en rationeel omgaan met energieën is de doelstelling.

Het afgelopen jaar verbruikte Campus Rekem 2.175.220 Kwh aan elektriciteit, 10.182.138 Kwh aan verwarming en 38.289 m³ water. Om vroegtijdig energieverliezen en meerverbruik op te sporen, werd samengewerkt met Infrac en het Erbis systeem. Maandelijks worden alle meterstanden opgenomen en in het Erbis systeem ingegeven. Zodra er afwijkingen zijn in het verbruik, wordt het OPZC hiervan op de hoogte gebracht. Hierdoor kan tijdig gereageerd worden, kunnen storingen opgespoord worden en tevens kunnen de gebruikers bewust gemaakt worden van het gewijzigd energieverbruik.

Een blik op de toekomst

De DOT wenst een groter accent te leggen op het preventief onderhoud om de goede staat van de gebouwen en infrastructuur ook op langere termijn te garanderen.

In de nabije toekomst wil de DOT de werkaanvragen, de gebouwen en de informatiestroom nog beter beheren d.m.v. het gebruik van een softwarepakket voor facilitair management.

Het realiseren van een meerjarenplanning, werkorderbeheer en geautomatiseerde feedback voor de gebouwenverantwoordelijken behoren tot de eerste doelstellingen.

Er werd samen met enkele diensten een nieuw coderingssysteem ontwikkeld voor bed, kamer en gebouwennumering. In 2011 werd gestart met het verder uitrollen van deze nummering, zodat op termijn ieder gebouw van deze nieuwe codering wordt voorzien.



PERSONEELSLEDEN VAN DE DIENST ONDERHOUD EN TECHNIEK

DIENST PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE, KINESITHERAPIE

Psychomotorische therapie (PMT) is een therapievorm waarbij het lichaam als middel wordt gebruikt om bepaalde afgesproken doelstellingen, die tijdens een multidisciplinair overleg werden weerhouden, te helpen verwezenlijken. Uit het voorgaande blijkt al dat er met verschillende bewegingsvormen gewerkt wordt tijdens een psychomotorische sessie.

De organisatie van de psychomotorische therapie ziet er momenteel als volgt uit:

- enerzijds zijn er de modulaire PMT sessies, waarbij er per eenheid door de psychomotorisch therapeut sessies gegeven worden, die passen binnen de behandelingsstrategie van de zorgeneheid;
- anderzijds zijn er centraal georganiseerde therapieessessies, waaraan alle patiënten van het ziekenhuis kunnen deelnemen, zoals bv.
 - het manegeproject (zie verder);
 - maandagnamiddag is er minivoetbal in de sporthal;
 - dinsdagnamiddag zwemmen en wandelen extern;
 - elke morgen om 8.00u is er running. Onder begeleiding wordt er dan een parcours gelopen. Er is een groep voor beginners en één voor gevorderden;
 - dagelijks is er in de namiddag fitness/cardiotraining;
 - maandag- en woensdagmorgen vanaf 9.00u is er fietsen extern;
 - vanuit de dienst PMT wordt er op regelmatige basis deelgenomen aan activiteiten;
 - georganiseerd door Psylos (Psylos vzw is een overkoepelende organisatie die sport- en culturele evenementen organiseert binnen de geestelijke gezondheidszorg) Vb. volleybaltornooi, minivoetbaltornooien, wandeltochten, survivaldriedaagse...

Afgelopen jaar 2010 is een zeer vruchtbaar jaar geweest voor de dienst psychomotorische therapie en kinesitherapie. Het orgelpunt was ongetwijfeld het symposium georganiseerd door de dienst PMT: *PMT in Actie: State of the Art in de hedendaagse psychomotorische therapie*. Vier gastsprekers (Prof. Dr. J. Knapen, dhr. D. Vancampfort, mevr. A. Depoortere, dhr. K. Berben) instrueerden 130 aanwezige toehoorders, waaronder 82 externe collega's PMT, 15 studenten PMT/kinesitherapie en 30 interne collega's van het OPZC.

Het namiddagdeelte werd volledig in goede banen geleid door de dienst PMT in de vorm van workshops, waar topics over het werkveld van de PMT verder uitgediept werden.

Inhoudelijk kwamen vooral de werking van de psychomotorische therapeuten binnen het landschap van de geestelijke gezondheidszorg aan bod en werd er gedebatteerd over de uitdagingen in verband met de vernieuwingen die de gezondheidszorg oplegt op vlak van normen en kwaliteit, zoals het evidence based werken, innovatie in verband met de introductie van de informatica binnen het vakdomein zoals tele-monitoring, maar ook topics zoals afscherming van het vakdomein en profilering, introductie van het begrip wellness binnen de geestelijke gezondheidszorg en projecten die hieromtrent opgestart werden, mogelijke uitdagingen op de werking i.v.m. art. 107... Als afsluiter van de dag nam Prof. Johan Simons, als vertegenwoordiger van de Vlaamse Vereniging voor PMT, het woord met een oproep tot verder zetting van initiatieven zoals dit symposium, waardoor kennisdeling onder de leden van de vakgroep gestimuleerd worden en de uitdagingen waar PMT in de toekomst voor komt te staan, zoals de verdere profilering van het vakdomein.

Qua projectwerking werden door de dienst PMT een tweetal initiatieven opgestart.

Een eerste project is de installatie van een ergonomisch en rugsparend beleid. Door het implementeren van een tilcoach werd dit project gerealiseerd en ook een eerste vormingsronde voor de tilcoaches binnen de zorgseenheden is reeds achter de rug. In de loop van 2011 wordt een volgende opleidingssessie voor tilcoaches binnen de logistieke diensten gegeven.

Een tweede project vanuit de dienst PMT krijgt de naam Zit-O-Meter. De doelgroep Ouderenzorg wordt uitgenodigd om aan bewegingsactiviteiten te doen op een aangename en uitnodigende manier d.m.v. aangepaste laagdrempelige oefeningen cfr. de klassieke fit-o-meter. Dit project krijgt zijn uiteindelijke vorm in de loop van 2011.

Als expertise- en kenniscentrum profileerde de vakgroep PMT/Kine zich ook door een samenwerking aan te gaan met een student van de Katholieke Universiteit Leuven in het kader van een masterproef: *Excercise participation of patients in psychiatric centers*. Resultaten van dit onderzoek zijn tegen eind 2011 beschikbaar en betekenen ongetwijfeld een meerwaarde in de verdere uitbouw en organisatie van het therapieaanbod voor het OPZC.

Een samenwerking met de Provinciale Hogeschool Limburg (PHL) werd aangegaan onder vorm van het aantrekken van stagiairs, opleiding Master in de Kinesitherapie en Revalidatiewetenschappen.

Studenten die zich wensen te specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg worden onder begeleiding van de psychomotorische- en kinesitherapeuten van het OPZC in hun studietraject bijgestaan tijdens hun opleiding tot specialist psychomotorisch/kinesitherapeut.

21.10.2010 - SYMPOSIUM PMT IN ACTIE:
STATE OF THE ART IN DE HEDENDAAGSE PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE



Het manegeproject

Sinds 2001 heeft OPZC Rekem een eigen manege, waar verschillende therapievormen worden toegepast.

Het project bestaat uit 3 grote luiken:

Het zorgtraject

Binnen het manegeproject moeten alle werkzaamheden die in een andere manege nodig zijn ook gebeuren. Dit gaat van paarden van de weide halen, paarden voeren, paarden poetsen, paarden opzadelen tot stallen mesten, de paddock harken en materiaal poetsen. Dit alles wordt als therapie aangeboden.

Patiënten/bewoners leren gedurende een aantal sessies een aantal vaardigheden aan. Ieder persoon kan op eigen tempo leren en krijgt die vaardigheden aangeleerd die hijzelf aankan. Zo kan de therapie aangepast worden aan elk individu. Als één of meerdere vaardigheden verworven zijn, krijgt die persoon ook de verantwoordelijkheid over die taken. Het is zijn verantwoordelijkheid dat die taak goed afgewerkt wordt, anders kunnen andere gebruikers en begeleiders niet verder met de andere activiteiten binnen het manegeproject. Patiënten en bewoners van alle zorgeenheden nemen deel aan het zorgtraject.

Sterkte van het zorgtraject:

- is individueel aanpasbaar;
- de verantwoordelijkheid die de deelnemer krijgt;
- een band opbouwen met en vertrouwen krijgen in het paard is veel gemakkelijker dan bij een medemens. Het paard oordeelt niet, antwoordt niet en staat elke dag opnieuw klaar om met je te werken.

Doelen waaraan gewerkt kan worden:

- een band opbouwen met het paard (later met een therapeut);
- vertrouwen krijgen in anderen, weten dat je niet in de steek gelaten wordt;
- eigen verantwoordelijkheid leren opnemen;
- de eigenlijke taak leren afwerken;
- de taakspanning aanhouden;
- het leervermogen testen en eventueel verbeteren.

DE NIEUWE HUIFKAR OP MAAT VAN DE PATIËNTEN EN BEWONERS



De huifkar en het huifbed

DE HUIFKAR

In 2010 werd een huifkar op maat van OPZC Rekem gemaakt. Deze huifkar is gebruiksvriendelijk voor rolstoel-patiënten: laag chassis, makkelijke oprijrails, rolstoelen kunnen van aan de buitenkant van de kar vastgezet worden. Rolstoelgebruikers en mobiele mensen kunnen samen genieten van aangename ritten met de huifkar. Er is ruimte voor 18 personen.

Er kan een rit gedaan worden op het domein, maar ook buiten het domein. Dit kan een korte buitenrit zijn, maar ook een halve dag- of een volledige daguitstap met bv. picknick of een gezellig terrasje terwijl kar, paard en menner wachten.

5 ritten komen wekelijks terug, nl. die van de mensen met een mentale beperking, patiënten van Ouderenzorg, Psychozorg en Rehabilitatie. Andere groepen vragen ritten aan op tijdstippen dat zij willen of kunnen.

HET HUIFBED

Het huifbed wordt voornamelijk ingezet voor mensen die rolstoelgebonden zijn. De patiënt ligt op een zeil tussen twee paardenruggen. De paarden die in het huifbed staan worden over het domein gement. De patiënt wordt zo bewogen, gemasseerd. Dit geeft bij de patiënt, die anders weinig beweging heeft, een stimulatie van de bloedsomloop, de ademhaling en de darmfunctie. Anderzijds gaat het de spieren van de patiënt net ontspannen. Ook patiënten die veel spierpijn hebben als gevolg van stress en er op geen enkele andere manier (relaxatie, massage) in slagen om te ontspannen, mogen gebruik maken van het huifbed.



HET HUIFBED VAN OPZC REKEM

De hippotherapie

VERZORGEN VAN PAARDEN

Als de vraag van het behandelend team komt om bij een patiënt te proberen om hem een band te laten opbouwen met het paard, omdat een echt contact op de zorgen uitblijft, wordt dat geprobeerd via het verzorgen van een paard. Door steeds te werken met hetzelfde paard en doordat er een veilige ruimte gegeven kan worden om alleen te zijn met het paard (wel toezicht van op afstand), ontstaat er heel vaak een band met het paard. Het paard dat

eerlijk is, niet oordeelt en elke dag opnieuw met je wil werken, nodigt uit tot vertellen, tot knuffelen en tot ervoor zorgen. Het wordt je vriend waar je alles aan kwijt kan.

RIJDEN MET ZADEL

Het rijden met zadel heeft vaak als doel om mensen succeservaringen te laten opdoen en zo te werken aan hun zelfbeeld. Op het paard stappen is meestal al een eerste overwinning, een eerste succes. Vrij snel leert de patiënt zelfstandig rijden. Wat de patiënt nooit verwacht had in zijn hele leven te doen, lukt plots wel. Dit is een positieve ervaring die de patiënt doet groeien na een lange periode van mislukkingen.

Een andere doelstelling kan zijn om duidelijk te leren zijn en je eigen grenzen te leren kennen en ook aan te geven. Een paard heeft duidelijke bevelen nodig, want anders luistert het niet en doet het zijn eigen zin. De patiënt wordt dus verplicht om overtuigd te zijn van wat hij wil en dat duidelijk over te brengen op het paard.

Met paardrijden kan je ook in de omgekeerde richting werken. Als een patiënt zijn eigen ding wil doen en zich niet wil houden aan de grenzen van de therapeut, kan de therapeut het paard ook gaan drijven. De patiënt verliest dan de controle over de situatie en is verplicht om wel te luisteren naar de therapeut. Hier kan het leren omgaan met opgelegde grenzen en het leren omgaan met mislukkingen een doelstelling zijn.

RIJDEN ZONDER ZADEL

Een paard kan bereden worden op een dekentje dat op zijn plaats gehouden wordt door een singel (lederen riem). De doelstelling is om tot ontspanning te komen en terug meer voeling te krijgen met het eigen lichaam. De therapeut vraagt aan de patiënt om de wervels boven elkaar te houden en zo rechtop te zitten, maar daarbuiten zo ontspannen mogelijk te zitten. De bedoeling is de beweging van het paard toe te laten en aan te voelen. Doordat de therapeut allerlei vraagjes stelt, gaat de patiënt nadenken over wat hij voelt in zijn lichaam, bv. voel je je staartbeen op de wervels van het paard, voel je een even groot contactvlak links als rechts, hoe bewegen je onderbenen door de beweging van het paard, in welke richtingen wordt je bekken bewogen... De patiënt gaat voelen en krijgt een ontspannen zit. Naast het rationele, wat zich vaak uit in piekeren bij de patiënt, is het leren voelen en luisteren naar het eigen lichaam erg belangrijk.

SPIEGELEN

Hier gaan twee patiënten samenwerken met elkaar en met het paard terwijl ze samen in de piste staan. Ze gaan het paard bepaalde dingen laten uitvoeren: bv. tussen kegels slalommen, op een bepaalde plaats stilstaan, over een balkje stappen... zonder dat ze hun stem mogen gebruiken en zonder dat ze het paard mogen aanraken. Duidelijke lichaamstaal is nodig bij het paard en goede afspraken zijn nodig t.o.v. elkaar. Elke korte oefening wordt nabesproken om het eigen functioneren in de situatie duidelijk te krijgen. Het eerlijke paard dat reageert op je eigen manier van doen en zijn, maakt je duidelijk wat je sterke en je minder sterke eigenschappen zijn. Door bepaalde rollen te spelen (uit de Axenroos), kan je leren hoe dieren en dus ook mensen anders op je reageren als jij leert om je wat aan te passen aan anderen. Je wordt met name sociaal vaardiger. Na elke korte oefening wordt er in de nabespreking ook gekeken of er zich vergelijkbare situaties op de zorgeneid of in de vrije tijd voordoen. De link naar het dagelijkse leven wordt uitgebreid mogelijk gemaakt.

PROUTY VIA HET PAARD

Psychotische patiënten krijgen een aantal therapie sessies aangeboden met een duidelijke opbouw waarin zintuiglijke stimulatie belangrijk is. Via het prikkelen van de verschillende zintuigen en het waarnemen via het paard

(voelen, ruiken, horen, zien) worden psychotische mensen verplicht om hier en nu aanwezig te zijn. De bedoeling is de tijdsspanne in de realiteit steeds te verlengen door het afdwalen in de eigen psychotische wereld uit te stellen. De duur van de sessies en het aantal sessies wordt aangepast aan de noden van de patiënt.

RELEVANTIE - WAAROM HET PAARD ALS MEDIUM?

Het paard reageert intuïtief: het paard voelt wanneer je jezelf uiterlijk anders probeert voor te doen dan dat je dit innerlijk bent, het paard laat zich niet misleiden wanneer je met je verstand probeert te zeggen dat je zeker bent, maar je jezelf eigenlijk niet echt zeker voelt. Het paard verplicht je om naar je gevoelens te luisteren en om je *ratio* af te stemmen op die gevoelens. Zo haalt het paard je echtheid naar boven. Je moet je echte ik laten zien en je kan het paard niet om de tuin leiden.

Het paard houdt je een spiegel voor en zorgt ervoor dat je niet kan liegen. Je kan niet liegen tegen het paard, maar ook niet tegen jezelf.

Binnen het manegeproject is er een nieuwe vorm van therapie uitgebouwd die gebaseerd is op grondwerk met de paarden. Deze therapievorm wordt *spiegelen* genoemd omdat het paard je figuurlijk in een spiegel laat kijken. Het paard maakt je bewust van je sterke en minder sterke eigenschappen. Het laat je zien wat je eigen aandeel is in een situatie en het leert je hoe je jouw gedrag kan aanpassen aan anderen.

De gehele werking van het manegeproject, inclusief de bovengenoemde nieuwigheden, werden voorgesteld op het Colloquium Geen schuld, wel straf in het Ghuislain in Gent (februari 2010) en op het Congres GGZ te Gent (14 en 15 september 2010).

HET MANEGEPROJECT BIJ OPZC REKEM © TONY VAN GALEN



TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE

De werkgroep transculturele psychiatrie wil blijven zoeken naar een structurele inbedding van deze werkgroep van cultuurgevoelige hulpverlening in de organisatie middels allerhande initiatieven. In 2010 werd de werking ook opgenomen als een *good practice* in een Europees rapport dat metingen doet naar discriminatie in de openbare sector. Naast de gewone jaarwerking, gericht op het sensibiliseren van het personeel en concrete acties ondernemen om de allochtone doelgroep tegemoet te komen, zoals beschreven in het vorige jaarverslag, is het zinvol om het transculturele congres van februari 2010 – Kleurrijke psychiatrie: multiculturele zorg – te belichten. Enkele cijfers: er waren 120 deelnemers, een zeer gevarieerd programma, met naast een hoofdspreker nog 7 druk bijgewoonde workshops in de namiddag, die op een praktijkgerichte en interactieve wijze het thema verzorgden. De evaluaties over de inhoud en sprekers scoorden beduidend hoog in de categorie *zeer goed*.

De hoofdspreker was Prof. Frank Kortmann, hoogleraar transculturele psychiatrie aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Wat volgt is een selectie uit zijn referaat in de vorm van zinnen die goed de inhoud weergeven. Ze vormen een inspiratiebron tot kritische (zelf)reflectie en een opstap naar meer cultuurgevoelige hulpverlening voor de werkgroep, het personeel en andere geïnteresseerden:

- de cultuur van de allochtoon is anders, maar daarom niet minder dan de cultuur van de autochtoon, belangrijk is dat autochtonen en allochtonen elkaars cultuur respecteren; voor beide culturen moet ruimte zijn;
- etnocentrische reflex: de vaak onbewuste opvatting/overtuiging dat de eigen normen en waarden de beste zijn; opvattingen, waarden en normen die daarvan verschillen zijn minder goed, ouderwets, minderwaardig of afkeurenswaardig. Deze reflex is oorzaak van onbewuste (institutionele) discriminatie in: gezondheidszorg, justitie en onderwijs;
- om een cultuurkloof te overbruggen moet men de eigen cultuur kennen en de cultuur van de ander kennen. Hiervoor zijn twee wegen:
 - deductief: het raadplegen van algemene informatiebronnen over land en cultuur van patiënt (internet, boeken, reizen). Cave! Gevaar voor stereotyperingen: dé Fries of dé Turk bestaan immers niet;
 - inductief: het raadplegen van de persoon zelf en zijn omgeving (*cultural formulation*, genogram). Zij zijn de beste informanten over de cultuur van de persoon in kwestie;
- kader voor theorie transculturele psychiatrie: continuüm van absoluut universalisme tot een absoluut relativisme, met daarin als *gouden middenweg* het communicatief universalisme en het communicatief relativisme. Overbruggen van kloof tussen hulpverlener en patiënt door een dialoog aan te gaan met je patiënt. Deze kan leiden tot een CONSENSUS (= communicatief universalisme) of tot een COMPROMIS (= communicatief relativisme);
- aangaan van een vertrouwensrelatie is moeilijker naar mate de cultuur van de hulpvrager en de hulpverlener verder uit elkaar liggen, vanwege etnocentrische reflex. Belemmeringen zijn: taal- en communicatieproblemen (tolken), gebrek aan kennis (empathie), hanteren van verschillende spelregels, botsende normen en worden en wederzijdse vooroordelen en negatieve (tegen)overdrachtsgevoelens (racisme);
- bouwstenen voor een psychiatrische diagnose: het (cultuurgebonden) verhaal van de patiënt en zijn omgeving, zijn (cultuurgebonden) gedrag en uitkomst lichamelijk onderzoek, laboratorium, beeldvormend onderzoek (Rö-onderzoek)... (soms rasgebonden);
- het afnemen van een anamnese bij iemand uit een andere cultuur vraagt extra tijd. Doorvragen (valideren) op antwoorden is absolute noodzaak. Maak zo mogelijk gebruik van mensen die vertrouwd zijn met de cultuur van de patiënt;

- een behandeling dient te voldoen aan drie voorwaarden:

professioneel (evidence based):

- best beschikbare wetenschappelijke evidentie;
- klinische expertise van behandelaar;

acceptabel, zinvol en begrijpelijk in de ogen van de patiënt en zijn systeem. *Acceptabel en zinvol* betekent dat het behandelplan voldoende aansluit bij verklaringsmodel van de patiënt. *Begrijpelijk* betekent dat uitleg over behandeling wordt gegeven in het referentiekader van de patiënt;

passend rolgedrag van de hulpverlener;

Ten slotte formuleert Kortmann een krachtige set van aanbevelingen:

- toon interesse in de patiënt (inleidende vragen);
- signaleer verschillen in omgangsnormen en probeer in dialoog tot compromis te komen;
- gebruik de patiënt als bron van informatie over zijn cultuur; daardoor voelt de patiënt zich serieus genomen, verbetert de relatie, wordt de patiënt opener, loopt het diagnostische gesprek beter en kan men gemakkelijker een acceptabel en zinvol behandelplan doen;
- pas rolgedrag aan aan verwachtingen van de patiënt;
- het kost tijd, maar levert zijn geld op.



26.02.2010 - SYMPOSIUM KLEURRIJKE PSYCHIATRIE:
MULTICULTURELE ZORG



KENNISCENTRUM FORENSISCH PSYCHIATRISCHE ZORG (KEFOR)

Het OPZC heeft van oudsher een traditie op vlak van forensisch psychiatrische behandelingen. Met de opstart van het kenniscentrum forensisch psychiatrische zorg (KeFor) in september 2009, kwam er ook een wetenschappelijk luik bij (zie activiteitenverslag 2009).

Samenwerkingsovereenkomst Broeders van Liefde

De doelstelling van KeFor is onderzoek te initiëren, te begeleiden en uit te voeren binnen het ruime forensische werkveld. Op 28 oktober 2010 werd daarom een samenwerkingsovereenkomst tussen het Provinciaal der Broeders van Liefde en het OPZC Rekem getekend.

Hierin staat gestipuleerd dat beide partners mekaar erkennen als bevoorrechte partner bij de uitbouw van forensisch wetenschappelijk onderzoek. KeFor zal hierbij het onderzoek coördineren en uitvoeren. De onderzoeksplaatsen voor het Provinciaal der Broeders van Liefde zijn de instellingen met forensisch psychiatrische diensten. Voor het OPZC Rekem zijn de onderzoeksplaatsen de forensische werking in Rekem en Antwerpen. Op dit moment lopen er onderzoeken in diverse instellingen.

Limburg Sterk Merk

Degelijk wetenschappelijk onderzoek vereist een continuïteit van werkingsmiddelen. In dit kader werd op 26 oktober 2009 een project met voorstel tot subsidiëring ingediend bij Limburg Sterk Merk (LSM). Het project werd goedgekeurd. De provincie maakt hiervoor een bedrag vrij van € 615.000. Dit bedrag wordt gespreid over een periode van 5 jaar (2010–2014). Samenwerking tussen onderwijs en andere organisaties, innovatie, verankering en bestending en inbedding in de Limburgse regio waren belangrijke items om deze werkingsmiddelen te kunnen bekomen. Door deze belangrijke financiële injectie kan wetenschappelijk onderzoek gebeuren binnen het forensisch psychiatrische veld. Deze impuls moet ertoe leiden een zelfstandige werking uit te bouwen en KeFor eerlang zonder LSM-middelen te laten functioneren.

Op 17 juni 2010 vond er in het OPZC een persvoorstelling plaats waarbij Marc Vandeput (gedeputeerde en voorzitter raad van bestuur LSM), Herman Reynders (gouverneur Limburg) en Jo Vandeurzen (minister WVG) aanwezig waren. Op deze persvoorstelling werden de onderzoeksvoorstellen toegelicht.

Dankzij LSM kan KeFor haar netwerk verder uitbreiden en bestaat de mogelijkheid tot een transregionale samenwerking en een Europese verankering.

KeFor zelf is ook een meerwaarde voor Limburg:

- door het huidige pionierswerk financieel te ondersteunen kan de provincie Limburg op relatief korte termijn mee profiteren van uiteindelijke resultaten. Onderzoeksprojecten worden immers kenbaar gemaakt in binnen- en buitenland in de vorm van studiedagen, (poster)presentaties op (internationale) conferenties of publicaties in tijdschriften met peer review;
- het kenniscentrum beoogt tevens een positieve, lokale weerslag op het vlak van de rehabilitatie van geïnterneerden wiens reclassering binnen de regio uitgewerkt wordt. In samenwerking met klinische en sociaal maat-

- schappelijke hulpverleners wordt gestreefd naar een optimalisatie van de trajectbegeleiding;
- vanaf het najaar 2010 bestaat de planning o.a. uit het organiseren van een jaarlijks terugkerende conferentie met lezingen en workshops van (inter)nationale experts. Zulke evenementen trekken heel wat deelnemers aan. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van faciliteiten (congreszaal, vergaderruimte en hotels) binnen de regio;
- vanuit Limburg kan een lange termijnvisie ontwikkeld worden die nodig is om Vlaanderen, wat betreft de bejegening van geïnterneerden, een meer prominente rol te laten spelen binnen het (inter)nationale forensische veld.



17.06.2010 - PERSCONFERENTIE
KEFOR GOEDGEKEURD ALS
LSM-PROJECT

Studiedag Forensic Psychiatry in Europe: 'Current Issues'

Met ondersteuning van minister Vandeurzen van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd ter gelegenheid van het Belgisch EU-voorzitterschap een internationale studiedag georganiseerd, die doorging op 9 en 10 december 2010 in Alden Biesen.

De studiedag werd bijgewoond door hulpverleners uit binnen- en buitenland en werd erg positief onthaald.

Uitendlopende aspecten van de forensische hulpverlening werden belicht in de vorm van plenaire lezingen en workshops van erkende specialisten ter zake: psychopathie, psychose, seksuele delinquentie, verslaving, verstandelijke beperking, beschermende factoren en behandelingsfaciliteiten.

Minister Vandeurzen hield de slottoespraak waarin hij de forensische zorg benoemde als een belangrijk onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg. Er moet gestreefd worden naar goede en kwaliteitsvolle zorg aan een groep die het maatschappelijk moeilijk heeft. Dat deze behandeling op een wetenschappelijk verantwoorde manier dient te gebeuren sluit aan bij het recente beleidsplan voor geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen van 26 november 2010, waarin de minister het *evidence based* werken als belangrijk uitgangspunt heeft opgenomen.

We geven hieronder een samenvatting van de verschillende lezingen en workshops:

Lezingen

DYNAMICS IN PSYCHOPATHY: A ROAD TO CHANGE?

Prof. dr. S. Hart

Simon Fraser University, Canada

Het concept psychopathie bestaat volgens professor Hart uit meerdere bestanddelen. Deze visie is niet nieuw. Het uitgebreid aantal studies omtrent het daartoe ontwikkelde meetinstrument, namelijk de Psychopathy Checklist (PCL) van Robert Hare, toont immers meerdere factoren en facetten waaronder bv. gedrag, persoonlijkheid, emotionele en sociale elementen. Hoe professor Hart samen met enkele collega's de bestanddelen van het concept heeft geordend, is een nieuw gegeven.

Zo benoemt professor Hart crimineel gedrag als een potentieel gevolg van de onderliggende persoonlijkheidsstoornis en niet als één van de diagnostische criteria. Deze visie dwingt de clinicus vervolgens om oog te hebben en na te denken over mogelijk causale verbanden tussen individuele karakteristieken en delinquent gedrag. Bovendien wordt de nadruk gelegd op het dynamische karakter van psychopathie als (weliswaar stabiele) persoonlijkheidsstoornis, met name dat afgestapt wordt van een enkele, statische score (PCL). Deze werkt immers stigmatiserend en sluit individuen vaak a priori uit voor opname en behandeling. Dit is een standpunt waarvoor geen wetenschappelijke evidentie bestaat. Het opvallend schaars aanbod van effectstudies toont methodologische tekortkomingen (bv. de afwezigheid van geschikte vergelijkingsgroepen of randomized control trial) en heeft geen oog voor inherente kenmerken van psychopathie. Professor Hart pleit dan ook voor een degelijk opgezet onderzoek naar effecten van psychotherapeutische interventies die gericht zijn op de eigenheid van psychopaten. Bv. hun nood aan status en interpersoonlijk contact, hun zin voor avontuur en neiging tot verveling of de behoefte aan controle.

TREATING ADDICTION IN FORENSIC PSYCHIATRY: WHY BOTHER?

Prof. dr. G. Dom

Antwerp University (CAPRI), Belgium.

Europese gegevens lijken aan te tonen dat het gebruik van drugs of verdovende middelen binnen de gevangenis- muren hoger is dan binnen de algemene populatie. Een meerderheid van de gebruikers is niet gedetineerd wegens inbreuken op de drugwetgeving. Hoewel er regionale verschillen zijn vast te stellen binnen Europa en de studies niet steeds uniform verlopen (methodologie, definities, inclusiecriteria), lijkt het druggebruik tijdens detentie stabiel.

De meest recente Belgische data (2010) tonen aan dat ongeveer 60% van de gevangenen aangeeft ooit middelen te hebben gebruikt. Het gaat dan voornamelijk over cannabis en in mindere mate over heroïne, benzodiazepines en cocaïne. Een kwart van de gevangenen die gebruiken, volgde reeds een begeleiding tijdens hun opsluiting. Er bestaat dus wel degelijk een probleem binnen de gevangenis muren, maar of dit een uitvergroting is van de algemene maatschappelijke verhouding, valt in twijfel te trekken.

Studies naar de effectiviteit van interventies binnen een detentiesetting tonen een positief effect. Zeker wat betreft methadon onderhoudsbehandelingen in combinatie met psychosociale interventies. De praktijk in België is echter niet in overeenstemming met deze werkwijze: methadon wordt vaak in een te lage dosis gegeven (< 60 mg), te snel afgebouwd tijdens detentie en niet gecombineerd met psychosociale begeleiding. Ongeveer de helft van de probleemgebruikers krijgt tijdens de detentie helemaal geen behandeling. Het blijft dus een open vraag of dit ligt aan een tekort aan therapeutisch personeel in de gevangenis of aan de terughoudendheid van de gedetineerden.

SCHIZOPHRENIA AND VIOLENCE: FROM FACTS TO POLICY

Prof. dr. S. Hodgins
King's College, UK

Internationale studies tonen aan dat de kans op geweld door personen met schizofrenie aanzienlijk groter is dan bij personen zonder deze stoornis. Dit gegeven heeft implicaties, zowel voor de gezondheidszorg als voor het justitieel systeem.

In de aanloop naar de ontwikkeling van schizofrenie zijn twee trajecten mogelijk: internaliserende problemen versus gedragsproblemen. Zo blijkt uit onderzoek dat 40% van personen die schizofrenie hadden ontwikkeld op 26-jarige leeftijd, reeds een gedragsstoornis hadden tijdens hun jeugd. Dit aantal ligt een stuk hoger dan in de algemene bevolking. Deze subgroep pleegt in het latere leven meer niet gewelddadige en gewelddadige delicten en gebruikt meer alcohol en/of softdrugs.

Niet enkel een diagnose gedragsstoornis verhoogt het risico op gewelddadig gedrag bij schizofrenen, maar ook het aantal symptomen van de gedragsstoornis blijkt voorspellend.

Op organisch vlak lijkt het dat de subgroep met gedragsstoornissen dysfuncties vertonen in de basale of orbitale domeinen van de prefrontale cortex. Net als antisociale personen hebben ze meer moeilijkheden om gevoelens te herkennen in gelaatsuitdrukkingen, voornamelijk angst en verdriet, wat grensoverschrijdend gedrag blijkt te kunnen faciliteren. Om de lezing te besluiten formuleert prof. Hodgins enkele beleidsaanbevelingen om gewelddadig gedrag bij personen met (een zich ontwikkelende) schizofrenie aan te pakken. Zo blijft het van belang vooreerst de stoornis te stabiliseren door middel van een medicamenteuze behandeling. Maar eens de schizofrene symptomen onder controle zijn, moeten precieze interventies gericht worden op het agressief en/of gewelddadig gedrag en dit zo vroeg mogelijk in het verloop van de ziekte.

PROTECTIVE FACTORS IN FORENSIC MENTAL HEALTH SERVICES

Corine de Ruiter, PhD
Maastricht University, Netherlands

Sedert de kritische analyse van het klinisch oordeel m.b.t. het risico van John Monahan (The clinical prediction of violent behavior, 1981), werd een groot aantal studies verricht naar criteria die gewelddadig gedrag voorspellen. Het onderzoek kan ingedeeld worden volgens twee benaderingen: actueel en het zogenaamde gestructureerd klinisch oordeel. Actuariële criteria zijn opgenomen in instrumenten zoals de Violence Risk Appraisal Guide of de Static-99. De factoren zijn historisch en gewogen volgens een vast algoritme. Het gestructureerd klinisch oordeel geschiedt volgens een welbepaalde set van risicofactoren (zowel historisch als dynamisch en toekomstgericht), waarbij ruimte gelaten wordt aan de deskundige om specifieke, individuele factoren mee in overweging te nemen en alle elementen te wegen en te integreren tot een eindoordeel.

Beide methoden zijn onderzocht en de aanvullende waarde is ontegensprekelijk aangetoond. Omwille van de exclusieve focus op risicofactoren, wordt geen aandacht besteed aan mogelijke beschermende elementen of protectieve factoren. Recent ontwikkelde instrumenten als de SAPROF en START bevatten zulke elementen en zijn het onderwerp van actuele studies.

Het gebruik van zulke instrumenten, zo pleit professor de Ruiter, leidt tot een meer evenwichtige kijk op de problemen, die zich stellen binnen de forensische hulpverlening ondermeer in die zin dat het belichten van sterke kanten, delinquenten motiveert naar therapie toe.

DEALING WITH MENTALLY DISORDERED OFFENDERS: A CANADIAN MODEL

Prof. dr. Em. W. Marshall
Rockwood Psychological Services, Canada

Professor Marshall heeft meer dan 40 jaar ervaring binnen de forensische hulpverlening. Hij beschrijft het federale gevangenisstelsel in Canada (by far the best in the world) als zijnde gericht op behandeling. Resocialisatie wordt gezien als prioriteit en de beveiliging is daar rond georganiseerd. Deze attitude is mee het resultaat van een transinstitutionalisering die zich sedert het einde van de jaren '60 aan het voltrekken is. Deze toont een significante daling in het aantal opnames in de psychiatrische verzorgingsinstellingen (zowat een decimering), terwijl verwijzing naar gevangenissen ongeveer verzesvoudigde. De redenen hiervoor zijn dat de ziekenhuizen bedden tekort kwamen en strengere criteria hanteerden voor opname, waaronder bv. geen criminele feiten (met nadruk op seksuele delicten), geen ernstige vormen van geweldpleging, middelenmisbruik of persoonlijkheidsstoornis en geen thuislozen. Het stijgende aantal psychische stoornissen binnen de gevangenis muren maakte dat daders nu verschillende therapieprogramma's aangeboden krijgen. Behandelaars hebben inzage in het volledige juridisch dossier en een databestand is beschikbaar voor justitieassistenten. Zo zijn deze op de hoogte van bepaalde acute risicofactoren en weten ze wat ze moeten beoordelen in het contact met een probant.

Zodra een pleger een veroordeling oploopt van 2 jaar of meer, wordt deze, op basis van het resultaat van zijn assessment, toegewezen aan een federale instelling met een hoger of lager beveiligingsniveau.

Professor Marshall verleent momenteel zijn diensten aan een recent (2004) opgerichte Secure Treatment Unit, specifiek gericht tot plegers met psychische stoornissen.

De unit werd opgericht als een gezamenlijk project tussen Corrections en Mental Health Services. Het centrum bevat 100 bedden, verdeeld over vier units: opname en stabilisatie, trauma, agressief gedrag en seksueel delinquenten. De staf bestaat uit psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en administratief personeel. Elk jaar is er een doorstroom van zowat 200 personen. Het therapeutisch aanbod bestaat uit een combinatie van medicatie en groepstherapie voor normaal en zwak functionerende plegers. Thema's die aan bod komen zijn het vermijden van en ontsnappen aan risicosituaties, aangevuld met het aanleren van algemene vaardigheden die een pro sociaal bestaan vergemakkelijken. De interventies bewijzen hun nut. Recidivecijfers liggen na 8,5 jaar follow-up beduidend lager dan wat op basis van de specifieke kenmerken van de groep mag verwacht worden. Zo worden heel wat misdrijven en toekomstige slachtoffers vermeden.

TREATMENT IN DETENTION: ENHANCING ENGAGEMENT AND SUCCESS

Ruth E Mann, PhD

National Offender Management Service, England and Wales

Doctor Mann interviewde mensen in Britse gevangenissen die weigerden om deel te nemen aan behandelprogramma's. Daaruit blijkt dat weerstand vaak veroorzaakt wordt door externe factoren of de sociale omstandigheden van een pleger, dan eerder door zijn pathologie. Hiertoe behoren bv. negatieve ervaringen met het strafrechtstelsel, gevoelens van onveiligheid, blootstelling aan uitspraken van bewakend personeel, die de waarde van behandeling onderuit halen en bezorgdheid om neveneffecten.

Mogelijke oplossingen bestaan uit:

- het luisteren naar deze personen die weigeren;
- het tegengaan van behandelmythen (bv. precieze beschrijving van het programma);
- de relatie tussen bewaking en gestraften verbeteren (bv. middels training van het personeel);
- duidelijke communicatie;
- oog hebben voor de familie of het beschikbare sociale netwerk (bv. aanmoedigen tot extra ondersteuning).

Gezien criminaliteit, naast psychologische factoren eveneens veroorzaakt wordt door biologische en sociale factoren, dient de behandeling zich daar eveneens op te richten om het engagement en de kans op succes te verhogen. Organiserende behandelprincipes bestaan uit toegankelijkheid en het versterken van pro sociale capaciteiten.

Workshops

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHIC PERSONALITY: USER GUIDELINES

Prof. dr. S. Hart

Professor Hart, deskundige op het vlak van persoonlijkheidspsychologie en psychopathie, verschaft de deelnemers een inzicht in de ontwikkeling van de *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale*.

Als uitgangspunt verwijst professor Hart naar het klimaat als een metafoor voor persoonlijkheid. Van dag tot dag kunnen weersomstandigheden variëren, over een langere tijd blijft het relatief stabiel, maar niet onveranderlijk. Indien hulpverleners kunnen detecteren wat de invloeden zijn die een positieve wending kunnen geven aan zulke stabiele kenmerken, kunnen meer mensen uit de instellingen maatschappelijk geïntegreerd worden. Bestaande instrumenten voor persoonlijkheidsdiagnose vragen echter niet naar verandering in symptomen en zijn beperkt in het aantal mogelijke criteria.

Teneinde het concept psychopathie te herdenken in termen van veelomvattend en veranderbaar, zochten onderzoekers, uitgaande van het lexicaal paradigma, dat stelt dat alle menselijke eigenschappen vervat zitten in de taal, naar alle mogelijke adjectieven die bestaan om psychopathie te beschrijven, zowel in de literatuur, bij specialisten en bij leken. Deze adjectieven werden in clusters ondergebracht via logische selectie en het meest representatieve woord werd gekozen als symptoom, of trait beschrijvend adjectief. In de CAPP-IRS worden drie adjectieven weerhouden per symptoom. Een voordeel bij de beoordeling, is dat er geen training nodig is om de test te interpreteren. De woorden vormen immers meteen de definitie van de trait. Dit in tegenstelling tot bv. de PCL-R, waar heel wat uitleg benodigd is om de items te illustreren.

De adjectieven organiseerden zich volgens zes domeinen: hechting, gedrag, cognitie, dominantie, emotie en zelf. Elk domein omvat vier tot zeven symptomen die binnen een afgebakende tijdsperiode (bv. de afgelopen twee jaar, maar evengoed de voorbije zes maanden of over de gehele levensloop) gescoord worden op puntenschaal om:

- de ernst in te schatten (zevenpuntenschaal);
- de mate waarin symptoombeschrijvende kernwoorden passen bij de betrokken persoon (vierpuntenschaal). Afhankelijk van de precieze doelstelling (bv. invloed van therapie, leeftijd, veranderde context, life time diagnose) kan de beoordeling herhaald worden. De informatie wordt verkregen via een gestructureerd interview en alle andere mogelijke collaterale informatie (dossier en relevante derden), waarbij ook bewakend of behandelend personeel kan ingeschakeld worden voor observatie en score.

SOCIAL PROBLEM SOLVING IN OFFENDERS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Prof. dr. W. Lindsay

Onderzoek toont aan dat beperkte morele redenering gelinkt is aan agressie en delinquentie. Zwakke cognitieve vaardigheden en besluitvorming spelen hierin een mediërende rol. Behandelingen binnen een normaal begaafde populatie die focussen op cognitieve denkschema's laten dan ook een vermindering in recidive zien. Om deze reden werd het Social Problem solving and Offence Related Thinking-programma (SPORT) voor plegers met een verstandelijke beperking opgezet. Deze methode is ontleent aan reeds bestaande theoretische principes en gaat gepaard met agressie management. Tijdens de workshop worden de verschillende stappen geïllustreerd aan de hand van concrete voorbeelden.

Professor Lindsay reikt tevens enkele praktische tips aan om de SPSI-R (Social Problem-Solving Inventory-Revised; D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2007) bruikbaar te maken voor personen met een verstandelijke beperking. Deze schaal legt de sterke en zwakke punten van het probleemoplossend vermogen bloot en biedt handvatten voor behandeling. Tevens kan de SPSI-R gebruikt worden om de vooruitgang binnen SPORT na te gaan.

TREATMENT IN FORENSIC SETTINGS: GETTING THE CONTEXT RIGHT

Dr. R. Mann

Therapeuten lopen het risico om cruciale factoren te onderschatten die de bereidheid of motivatie beïnvloeden van mensen die intramurale behandelprogramma's volgen. Zo is therapieweerstand vaak te wijten aan het (detentie) systeem, maatschappelijke overtuigingen omtrent daders van geweldplegingen en/of mythes met betrekking tot de behandeling of therapeut. Het eerste gedeelte van deze workshop brengt zulke potentiële externe obstakels onder de aandacht die in de weg staan van een verbintenis om te veranderen. Het tweede gedeelte beoogt een optimalisatie van de interne context op basis van vijf leerprincipes, de stijl van de therapeut en de fysieke context.

A POSITIVE TREATMENT PROGRAM FOR SEXUAL OFFENDERS

Prof. dr. W. Marshall

Plegers van seksuele delicten werden in de afgelopen decennia op verschillende manieren benaderd, gaande van puur gedragsmatige interventies, over terugvalpreventie en meer holistische modellen, naar een good lives benadering. Professor Marshall concludeert dat het model An Sich, geen (statistisch) verband houdt met een succesvolle uitkomst, maar wel de manier waarop interventies aangebracht worden, namelijk ondersteunend, aanmoedigend, respectvol en oplossingsgericht. De zogenaamde *Open group therapy* biedt de meeste voordelen, zowel voor de therapeuten (meer uitdaging, minder kans op burn-out), de deelnemers (kunnen aan hun eigen tempo evolueren) en de instelling (betere doorstroom).

Beveiligende maatregelen worden in vraag gesteld. Marshall stelt dat terugvalpreventie vaak overdone is. Bv. uit de buurt blijven van scholen, is eerder nutteloos, gezien een verwaarloosbare minderheid van pedoseksuelen hun slachtoffers benaderen aan de schoolpoorten. Wat wel relevant is, is het analyseren van de modus operandi van een zedendelinquent en daarmee rekening te houden. De in het vakgebied welgekende *cognitieve distorsies*, hoeven al helemaal niet de focus te vormen van therapie. Het zijn niet meer dan excuses en daarom ook normaal. Sancties, van welke aard ook, zijn nooit in verband gebracht met een afname van criminaliteit.

Zinnvolle richtlijnen voor therapie worden geboden door het *Risk – Need – Responsivity-principe*, uitvoerig beschreven en gedocumenteerd door Don Andrews. Het stelt meer aandacht te besteden aan gevallen met een hoog risico, welbepaalde (criminogene) behoeften te viseren en interventies aan te bieden op maat van de capaciteiten van de delinquent. In functie van succes, is dit laatste principe het meest belangrijke.

Cijfers geven aan, mits het respecteren van deze richtlijnen, dat terugvalcijfers aanzienlijk gereduceerd worden.



09-10.12.2010
EU CONGRES FORENSIC PSYCHIATRIE IN EUROPE:
CURRENT ISSUES © YORICK JANSSENS

JAAROVERZICHT 2010

Gebeurtenissen 2010

01.02 23 nieuwe startbanen gaan van start

01.02 Te Gek-project

Het Te Gek project was naast de 3 symposia één van de belangrijkste en grootste activiteiten van OPZC Rekem om buiten de muren te stappen. Rond psychiatrie hangt nog heel wat taboe. Heel vlug wordt er geoordeeld en veroordeeld, terwijl het iedereen kan overkomen. Mensen krijgen vaak onterecht een stempel toebedeeld. Als psychiatrische zorginstelling vinden we het belangrijk om het taboe en het verkeerde beeld dat er nog steeds rond psychiatrie bestaat te helpen doorbreken, door regelmatig met dingen naar buiten te stappen.

Om die reden werkten we in 2010 samen met de gemeente Lanaken, vzw Te Gek en met NV Domein Reckheim. Gedurende de maand februari werden daarom diverse activiteiten georganiseerd om zoveel mogelijk mensen te bereiken:

- dinsdag 9 februari was de Te Gek?!-bus, samen met de vrijwilligerswerking, aanwezig op de wekelijkse markt van Lanaken;
- zaterdag 13 februari van 14-16 uur werd de tentoonstelling *kunst in het kasteel* geopend in het kasteel van Oud-Rekem. Een tentoonstelling met werken van patiënten en bewoners in combinatie met foto's van fotografen Lieven Nollet en Jill Gillissen over het psychiatrisch zorgcentrum. De tentoonstelling liep t/m 26 februari en was vrij toegankelijk tijdens het weekend. Bij de opening zelf konden we rekenen op een 200-tal aanwezigen en ondanks het gure weer kregen we nog een 150-tal bezoekers over de vloer;
- van zaterdag 13 t/m 26 februari was historisch materiaal uit het bezoekerscentrum van OPZC Rekem tentoongesteld in de museumkerk;
- van dinsdag 23.02 t.e.m. 07.03 liep er nog een fototentoonstelling over de oude instelling in de inkomhal van CC Lanaken;
- donderdag 24 februari organiseerde OPZC samen met het Provinciaal Integratiecentrum (PRIC) voor mensen uit de zorg het symposium *Kleurrijke psychiatrie: multiculturele zorg*;
- donderdag 25 februari draaide Zebracinema in Euroscoop Lanaken de film FISH TANK en
- vrijdag 26 februari volgde een afsluitend Te Gek-concert in CC Lanaken. Het Te Gek-concert is een muziektheatervoorstelling gebracht door 4 topartiesten, een schrijfster en een begeleidingsband. De witte soul van Tom Kestens (Lalalover), kleinkunstlegende Kris de Bruyne, singer-songwriter Neeka en popidool Gunther Verspecht (Stash) brachten samen met muzikanten uit De Laatste Showband o.l.v. Paul Poelmans een greep uit het omvangrijke Te Gek!?-repertoire, aangevuld met een 'best of' uit eigen werk. Het geheel werd gepresenteerd door Kristien Hemmerechts, meter van Te Gek!?, die passages uit eigen werk bracht. Een succesvol project werd hiermee afgesloten.



TE GEK PROJECT - TENTOONSTELLING KUNST IN 'T KASTEEL



TE GEK CONCERT

- 02.03 Jaarlijkse kaas- en wijnavond voor de vrijwilligers
- 23.03 Bevraging van externen via Synthetron
- 12.04 Boottocht met vrijwilligers voor het 10-jarig bestaan
- 28-30.04 Strategisch weekend
- 09.06 Diploma-uitreiking voor een interne vorming m.b.t. forensische psychiatrie
- 10.06 Ingebruikname nieuwe huifkar
- 17.06 Ingebruikname gebouw M
- 17.06 Persconferentie KeFor
- 24.08 Uitstap vrijwilligerswerking
- 07.10 Viering 10-jarig bestaan van de vrijwilligerswerking
- 21.10 Symposium *PMT in Actie: State of the Art in de hedendaagse psychomotorische therapie*
- 19.11 Marino Keulen (gewezen minister) komt op bezoek
- 03.12 In Aken ontvangen twee cursisten van OPZC Rekem hun certificaat van levensbegeleider
- 09-10.12 EU congres *Forensic Psychiatry in Europe: Current Issues*
- 14.12 Oprichting HospiLim
- 16.12 Ondertekening NOOLIM



TE GEK PROJECT - TENTOONSTELLING KUNST IN 'T KASTEEL



Bezoeken

Ook in 2010 kregen we weer heel wat geïnteresseerden m.b.t. het zorgcentrum over de vloer. Naast de inleefdagen van diverse scholen, kwamen ook nog een aantal verenigingen langs.

- 04.02** Maria Opdracht Maasmechelen – 21 personen
- 24.02** Bezoek KVLV Membruggen – 35 personen
- 26.03** Bezoek Sint-Augustinus Bree – Humane Wetenschappen – 27 personen
- 30.03** Bezoek Kindheids Jesu Hasselt – Humane Wetenschappen – 25 personen
- 20.04** Bezoek Alicebourg Lanaken – Humane Wetenschappen en Gezins- en Welzijnswetenschappen – 19 personen
- 11.05** Bezoek Alicebourg Lanaken – 17 personen
- 15.06** Bezoek Sparrendal Lanaken – 6de jaar Gezondheids- en Bejaardenhulp – 20 personen
- 17.06** Bezoek Markant Lanaken – 45 personen
- 06.10** Bezoek Provinciale Handelsschool – 7de jaar Medico Soc. Adm. – 23 personen
- 22.10** Bezoek Don Bosco College Hechtel – 20 personen
- 20.12** Sint-Augustinus Bree – 7de TBZ – 14 personen

VRIJWILLIGERSWERKING

VRIENDENDIENST REKEM

De vrijwilligerswerking Vriendendienst Rekem bestaat al meer dan 10 jaar in OPZC Rekem. In 1999 besloot de directie het vrijwilligerswerk centraal te coördineren en systematisch aan te pakken, zowel qua werving en opvolging. In samenwerking met het provinciaal steunpunt voor vrijwilligerswerk, met name met Peter Vananderoye, kreeg de werking zijn huidige vorm.

In 1999 startte de vrijwilligerswerking met enkele vrijwilligers die reeds actief waren, waaronder een echtpaar, dat na meer dan vijftien jaar dienst nog steeds aan de slag is! Van jaar tot jaar werden er meer vrijwilligers aangeworven. Momenteel zijn er zo'n 70 vrijwilligers actief.

In het begin werden vooral bezoeken vrijwilligers aangeworven die zo'n tweemaal per maand langskomen om een welbepaalde patiënt of bewoner te ontmoeten en samen leuke dingen te ondernemen zoals een wandeling, een film, een terrasje doen, een uitstap...

Geleidelijk aan groeide ook het aantal vrijwilligers die samen met een therapeut een activiteit begeleiden zoals hulp bij ergoactiviteiten, bij het zwemmen, fietsen en paardrijden, hulp bij kooksessies, in het Trefcentrum, in de manege... Vrijwilligers bieden ook hulp bij uitstappen en feesten.

De vrijwilligerswerking heeft tot doel de integratie van patiënten en bewoners te bevorderen. Door het spontane contact van mens tot mens krijgen niet alleen de patiënten groeikansen, ook de maatschappij (in de hoedanigheid van de vrijwilligers) leert de psychiatrie op een andere manier kennen.

Vaak is er in de samenleving een nogal vertekend beeld over psychiatrie. Zo krijgen de coördinatoren te horen dat de stap naar vrijwilligerswerk binnen een psychiatrische setting echt niet evident is. Vrijwilligers zijn dan ook verwonderd dat binnen het OPZC alles vlekkeloos verloopt. Vrijwilligerswerk draagt dus ook bij tot een correctere beeldvorming en het doorbreken van taboes.

Afgelopen jaar stonden de activiteiten vooral in het teken van het 10-jarig bestaan. Het werven van nieuwe vrijwilligers en eveneens de vrijwilligers bedanken voor hun inzet, waren de voorbije jaren de belangrijkste doelstellingen.

Het zoeken naar nieuwe kandidaat-vrijwilligers en dit op een constante basis, is een hele uitdaging. De vrijwilligerswerking doet jaarlijks een promotour in de regio en verspreidt eveneens zoveel mogelijk folders bij artsen, kinesisten, mutualiteiten, bibliotheken... OPZC Rekem kwam eveneens een aantal keren met artikels in de kranten en regionale bladen en was in februari aanwezig met de te *Gek-bus* op de markt in Lanaken.

De vrijwilligers werden op diverse momenten in de bloemetjes gezet. Op 12 mei werden ze met de aan hun gekoppelde patiënten getraakteerd op een boottocht in aanwezigheid van Guy Swinnen, de peter van de vrijwilligerswerking. Iedereen mocht meegenieten van een viersluzentocht vanuit Maastricht met lunch, koffie en gebak. In augustus volgde een gezonde wandeling met nadien koffie en gebak. Op 7 oktober werd een academische zitting ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan gevierd. Gedeputeerde Mevr. Erika Thijs en John Vanacker, administrateur-generaal OPZC Rekem, spraken hartverwarmende woorden naar de vrijwilligers toe, maar ook door de patiënten of bewoners werden de vrijwilligers bejubeld. De getuigenissen van twee vrijwilligers over het contact met hun patiënt of bewoner was zeker een emotioneel moment. Bijzonder was de voorstelling van de verhalenbundel waarin de werking wordt voorgesteld en getuigenissen van vrijwilligers en patiënten of bewoners aan bod komen. De voorstelling van de vrijwilligersvlag en de inhuldiging van het vrijwilligersbeeld gemaakt door de patiënten, zorgden voor een blijvend aandenken. De avond werd uiteindelijk afgesloten met het lijflied van de vrijwilligerswerking, geschreven door Guy Swinnen en prachtig vertolkt door de muziekbond van het zorgcentrum.

Als vrijwilligersorganisatie is Vriendendienst Rekem ook lid van de provinciale werkgroep vrijwilligers in de zorg. Op 27 november werd er door de werkgroep een studiedag georganiseerd rond afstand en nabijheid waarop ook een aantal van de vrijwilligers aanwezig waren.

Het jaar 2011 is uitgeroepen tot het Europees Jaar voor het Vrijwilligerswerk. Ook dan is het de bedoeling om met zoveel mogelijke activiteiten voor en door de vrijwilligers de werking binnen het zorgcentrum in de kijker te plaatsen.

Getuigenis van een vrijwilliger en een bewoner

TWEE GLUNDERENDE GEZICHTEN - TWEE RUSTGEVENDE
ZIELEN DIE SAMEN GENIETEN...

In een plaatselijke krant las ik een oproep die appelleerde naar vrijwilligers. Een week lang bleef dit bericht nazinderen in mijn hoofd. Nadenken: is dit misschien iets voor mij? Kan ik een medemens, die het net niet zo leuk heeft als ik, een extra steuntje geven? Omdat mensen belangrijk zijn... een slogan uit een ver verleden en toch ineens weer vlakbij! Mijn omgeving en huisgenoten reageerden van verdeeld en sceptisch, naar vrijblijvend en enthousiast. Durven... een telefoontje naar de vermelde dienst en een eerste kennismaking, namen alle twijfels weg: dit doe ik! Na enkele administratieve verrichtingen kwam de persoon in beeld die ik op vrijwilligersbasis kreeg toegewezen. De kennismakingsronde verliep vlot en ongedwongen. In de huiselijke sfeer van haar kamertje ontving Nathalie mij: gewoon, hartelijk, een rustige persoon met een warme uitstraling en liefdevolle genegenheid. Sindsdien kijken we allebei uit naar een nieuwe ontmoeting, een gezellige babbel, een lekkere warme kop koffie met gebak. Telkens is het heerlijk om twee glunderende gezichten en twee rustgevende zielen samen te zien genieten van enkel zalig nietsdoen, van keuvelen en van soms prettig, soms louterende gesprekjes te voeren. Vrijwilligerswerk is een WIN-WIN situatie en ik beveel het dan ook ten stelligste aan. Elkeen die houdt van sociale contacten, maar ook muurbloempjes die iets minder gedreven zijn, halen er hun voordeel uit en zullen open bloeien. Op deze manier bezorgen zij de eenzame medemens steun en toeverlaat.

Nicole Vrancken
Neerharen

NICOLE IS NUMMER 1 VOOR MIJ,
IK ZIE HAAR ALS EEN MOEDERTJE...

Mijn eerste vrijwilligster was Rosita.

*Omdat Rosita niet altijd weg kon omwille van haar dochter,
nam ze me meestal mee naar haar huis.*

Daar babbelden we wat, aten we iets of dronken koffie met een stukje taart.

Het dochtertje van Rosita noemde me steeds zusje. Rosita was heel goed voor mij.

Ik zag haar als een soort moeder voor mij. Ikzelf heb mijn moeder nooit gekend.

*Omwille van persoonlijke redenen, kon ze de rol van vrijwilligster niet meer op haar
nemen. Omdat ik mij zo goed bij Rosita voelde, heb ik enkele jaren geweigerd om
me te laten koppelen aan een nieuwe vrijwilligster.*

Ik dacht dat er geen vrijwilligsters meer bestonden zoals Rosita.

*Maar op een dag kwamen ze met Nicole langs. En Nicole is ondertussen mijn nieuwe
vrijwilligster. Als ze tijd heeft, komt ze langs. Ze neemt me dan mee om iets te gaan
drinken. Soms springen we ook even binnen op de werkplaats van haar zoon.*

Rond 17.30 uur brengt ze me terug naar mijn verblijfseenheid.

Nicole weigert meestal het geld mee te nemen dat mijn mentor voor mij meegeeft.

Nicole zegt dat ze voor mij komt, maar niet voor geld of dergelijke. Nicole is nummer

*1 voor mij. Ik zie ze als een moedertje voor mij. Als Nicole om één of andere reden
niet meer zou komen, dan zou me dat erg aangrijpen. Ik zou veel verdriet hebben.*

Maar ikzelf ben ondertussen al 82 jaar en mijn vrijwilligster is er ook al 61.

Je weet dus nooit wat er nog allemaal kan gebeuren.

Nathalie



07.10.2010 - VIERING 10 JAAR VRIJWILLIGERSWERKING



PATIËNTENPARTICIPATIE

Focus op familieraden

Externe begeleiders, die regelmatig op alle zorgeenheden met patiënten rond tafel zitten, een overkoepelend overleg met patiënten in samenwerking met Uilenspiegel vzw..., deze en andere initiatieven vallen in het OPZC Rekem onder de noemer patiëntenparticipatie. Patiëntenparticipatie is dus een woord met inhoud binnen OPZC Rekem.

Inpraak van patiënten, familieleden en naastbetrokkenen verhogen om alzo de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening in huis te verbeteren, daar gaat het immers om bij patiëntenparticipatie.

Patiëntenparticipatie is niet nieuw in het OPZC Rekem. In 2002 kreeg het idee vaste vorm en nu, acht jaar verder werken twee onafhankelijke externe begeleiders ieder één dag per week aan de invulling en verdere uitbouw hiervan.

Met familie en naastbetrokkenen aan tafel

In de zomer van 2010 werd patiëntenparticipatie uitgebreid met de oprichting van de familieraad. Dit gebeurde bij Ouderenzorg 2 en 3, zorgeenheden waar langdurig chronische patiënten, die niet of minder in staat zijn hun eigen mening accuraat te verwoorden, zijn opgenomen.

Goed, anders en beter

De familieraad is een overlegorgaan dat tweemaandelijks vergadert en waar het zorg- en therapieaanbod van familieleden en naastbetrokkenen met de externe begeleider besproken wordt. Op deze vergaderingen is het personeel van de zorgeenheid en de bevoegde directie niet aanwezig.

Wat goed loopt wordt erg gewaardeerd door de leden van de familieraad. Daarnaast komen zij ook met vragen en mogelijke knelpunten. De externe begeleider tracht samen met hen voor een aantal punten mogelijke oplossingen te formuleren. Andere punten bespreekt de externe begeleider, met toestemming van de leden van de familieraad, met het personeel van de zorgeenheid of met de bevoegde directie, steeds met het oog op verhoging van de kwaliteit van de bestaande situatie.

Bezoek

Naast het bespreken van vragen en knelpunten, nodigt de familieraad op een aantal momenten andere medewerkers uit: de ombudsvrouw die zich komt voorstellen en de patiëntenrechten- en plichten in 't kort toelicht, de verantwoordelijke van het therapieaanbod die de werking op de zorgeenheden komt voorstellen...

Samenwerking

Alles zelf doen, is optellen. Samenwerken, is vermenigvuldigen. Dit is ook het idee rond familieraden in het OPZC Rekem. Vandaar loopt er een samenwerking met Similes vzw. Zij beschikken over de ervaringsdeskundigheid van patiënten en hun familieleden die een zorgtraject hebben meegemaakt.

Medespelers

Familieleden en naastbetrokkenen zijn onmisbare compagnons in het werken aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening binnen het OPZC Rekem. Zij kijken immers als binnenste buitenstaanders met een andere, waardevolle bril naar het zorgaanbod. Zelf ervaren ze de familieraad als een waardevol initiatief!

Perspectief

De huidige werking van de familieraden en de andere vormen van patiëntenparticipatie hebben een meerwaarde voor het OPZC Rekem. Daarnaast is er ook het besef dat patiëntenparticipatie nog breder kan uitgebouwd worden. Het OPZC Rekem hoopt dan ook dat de overheid patiëntenparticipatie beschouwt als één van de noodzakelijke schakels in het proces naar kwaliteitsverhoging in de gezondheidszorg. Het OPZC Rekem pleit hier alvast voor!

NOOLIM (NETWERK OOST-LIMBURG) EN HET 107-PROJECT

NOOLIM – Netwerk Oost-Limburg

Op 16 december 2010 werd het samenwerkingsakkoord tussen de partners van het Netwerk Noolim, het Netwerk Oost-Limburg ondertekend. Eerder dan om een nieuw gegeven, gaat het hier vooral om de verdere evolutie en de organische uitbouw van een samenwerking tussen verschillende partners in Oost-Limburg.

Aanvankelijk werd het Netwerk Maasland opgericht. Hoewel dit netwerk een minder formeel karakter had dan Noolim vandaag, is vooral dat gegeven een belangrijk feit. Uit het Netwerk Maasland is Noolim gegroeid. Maar vooral was Maasland ook de geboorteplaats van het project voor psychiatrische thuiszorg MOSAïek. Die vorm van ambulante psychiatrische zorg is nog steeds een belangrijk gegeven in de regio. Het is het resultaat van een partnership van enkele actoren uit onder andere de ziekenhuiswereld, psychiatrisch en algemeen, Beschut Wonen vzw 't Veer en de centra voor geestelijke gezondheidszorg CGG LIPT en DAGG-CGG.

De netwerking had dus haar sporen verdiend. De vlag dekte echter niet meer de lading: het ZOL en meer specifiek de PAAZ ligt niet in het Maasland. Aan het MC Sint-Jozef en belendende werkingen werd gevraagd ook aan het netwerk te participeren. Bilzen ligt evenmin in de Maaslandregio.

Naast de groeiende behoefte aan formalisering leek het ook noodzakelijk aan de naam iets te doen. Zo werd NOOLIM boven de doopvont gehouden. Het belang van de mensen die als pionier fungeerden in het Netwerk Maasland kan moeilijk overschat worden, evenals hun aandeel in de psychiatrische thuiszorg.

Zowel om de formalisering van Noolim gestalte te geven als om de werking te verdiepen, werd beroep gedaan op een procesbegeleider. Bert Plessers, werkzaam binnen het SPIL (Samenwerking van Psychiatrische Initiatieven Limburg) heeft hier een belangrijke taak op zich genomen. Hij peilde bij de verschillende partners naar de inhoud van hun actuele werking, naar sterktes en zwaktes, naar hun dromen en verwachtingen ten aanzien van Noolim. Het leverde een boeiend resultaat op waarmee de synergie tot verdere samenwerking werd gevonden. Maar op die manier konden ook de verschillen in accenten en de blinde vlekken in de (samen)werking gedetecteerd worden.

Op basis van dit materiaal, dat nog steeds, zeker op de achtergrond, meedraait, werd geopteerd om te werken in een formule van werkgroepen. Belangrijke aandacht ging hierbij naar de (demente) ouderen, omdat zich hier problemen stellen in de afdekking van mogelijkheden binnen de regio. Maar ook andere groepen kwamen aan bod: verslaafden, jongeren, forensische patiënten... om er maar enkele te noemen.

De opstart van die werkgroepen werd onderbroken door de discussies over artikel 107 (zie verder). In dit nieuwe model van geestelijke gezondheidszorg staan o.m. de vermaatschappelijking van zorg, de uitrol over het ganse werkingsgebied en de samenwerking tussen ambulante en residentiële partners voorop. Niet alleen door de tijd die naar de uitbouw van het 107-project gegaan is, maar ook omwille van het feit dat er geen ruimte was voor specifiek doelgroepenbeleid, kwam de discussie over de werkgroepen op de achtergrond. De Noolim-partners blijven echter overtuigd van de noodzaak om rond de problematiek van dementerende ouderen te werken en die werkgroep werd dan ook opgestart.

De samenwerking rond 107 heeft binnen het netwerk Noolim, ook voor de formalisering, een positieve dynamiek gecreëerd, enerzijds als de bevestiging van de synergie die reeds aanwezig was en is, anderzijds om binnen een behoorlijk strikt gedefinieerd kader naar samenwerkingsmogelijkheden te zoeken met als ultiem doel: betere zorg aan de psychiatrische patiënt te geven, ongeacht waar hij verblijft, maar vanuit de vaststelling: ambulant als het kan, residentieel als het moet. De betrachting is van een zorgnetwerk te evolueren naar een echt zorgcircuit.

107 Project

2010 zal in de geschiedenis van de Belgische geestelijke gezondheidszorg onthouden worden als het jaar waarin werk werd gemaakt van het opzetten van netwerken en zorgcircuits. De ziekenhuiswet kent al jaren de begrippen zorgcircuit en netwerk van zorgvoorzieningen. Ook worden al jaren studiedagen georganiseerd om ons duidelijk te maken dat België teveel residentiële bedden telt en dat we niet zo goed bezig zijn, want er zijn zo'n hoge zelfmoordcijfers, het zorgaanbod is te gefragmenteerd...

In de voorbije zomer stelden de federale en regionale overheden een nieuw model van zorgorganisatie (en financiering) voor, dat grondig afwijkt van de tot nu toe gangbare manier van werken (psychiatrische ziekenhuizen met A- en T-bedden, PAAZ-en, PVT's, initiatieven Beschut Wonen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)...). In een experimentele fase krijgen psychiatrische ziekenhuizen de kans hun financiële middelen flexibeler in te zetten in nieuwe initiatieven die de voorziening overschrijden.

De toekomstige zorg wordt eerder ambulant dan residentieel aangeboden, is laagdrempelig en multidisciplinair, bij voorkeur in de natuurlijke omgeving, is niet eng gefocust op geestelijke gezondheid maar heeft ook betrekking op andere levensdomeinen (werk, ontspanning, huisvesting...).

Als de patiënt zorg vermijdt, gaat de behandelaar de patiënt actief opzoeken.

OPZC Rekem gaf, zoals de meeste ziekenhuizen, aan Brussel het signaal *belangstelling* te tonen voor deze manier van werken.

In afzienbare tijd moest een projectvoorstel klaargestoomd worden om in aanmerking te komen voor erkenning (en financiering). De Noolimtafel herdoopte zich tot projectstuurgroep.

Het was een uitdaging om de ambities, wensen, verwachtingen en dromen van de Noolimpartners in verband met een goede geestelijke gezondheidszorg in de regio te laten aansluiten met het eisenprogramma van een 107-project:

- een goed 107- project moet in zijn werkingsgebied minstens 5 functies waar maken (zie fig. 3);
- er moet een aanbod zijn op vlak van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. De huisarts en het CGG hebben hier een voorname rol in op te nemen;
- de rol van ambulante intensieve behandelingsteams is innovierend, zowel voor acute als chronische problematieken;
- speciale teams moeten instaan voor sociale inclusie en herstel;
- van psychiatrische ziekenhuizen wordt een nog grotere mate van specialisatie verwacht;
- ten slotte dienen de thuisvervangende woonvormen nog meer op maat van de bewoners uitgebouwd te worden.

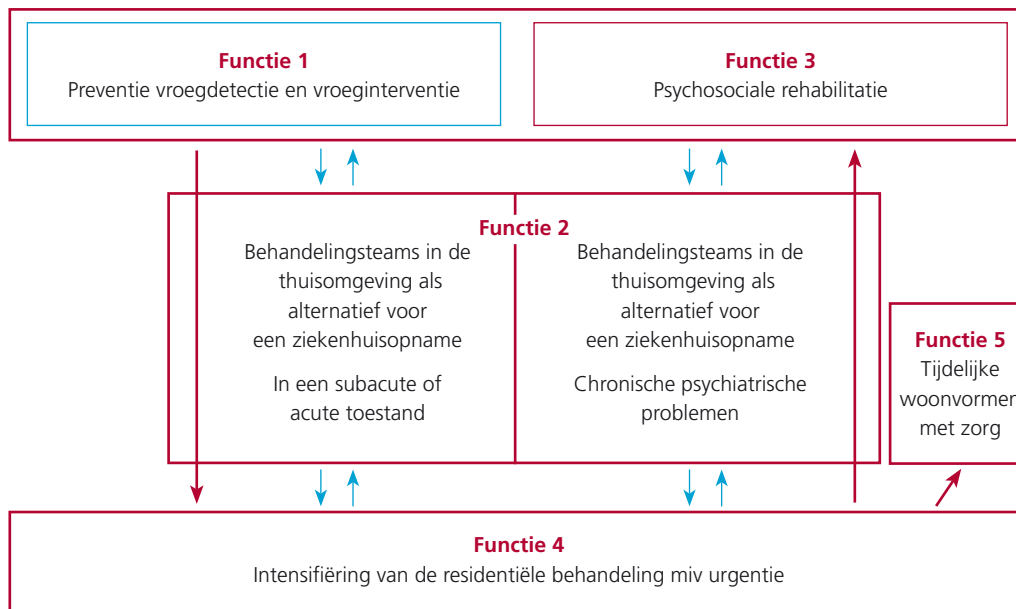


FIG. 3 DE 5 FUNCTIES IN HET NIEUWE GGZ-MODEL

Het project dat uiteindelijk door alle Noolimpartners onderschreven werd omvat o.a.:

- uitbouw van een eerstelijns psychologische functie;
- acute ambulante crisisbehandeling, ambulante diagnostiek, acute kort- en langdurige behandeling, ambulante opvang van CGG patiënten: brugfunctie tussen een algemeen ziekenhuis en de CGG, mobiele behandelteams in de thuissituatie voor chronisch psychiatrische problemen;
- psychosociale rehabilitatie realiseren vanuit de activiteitencentra;
- residentiële crisisbehandeling in algemeen ziekenhuizen: EPSI (Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie), afstemming tussen psychiatrisch ziekenhuis en PAAZ, afstemming tussen psychiatrische ziekenhuizen rond het langdurend behandel aanbod;
- spreiding en differentiatie van de plaatsen Beschut Wonen, samenwerking Beschut Wonen en PVT.

Voor de realisatie van deze ambities werd het draagvlak verbreed met partners zoals CAD Limburg, Katarsis, KPC Genk, Reval Genk, Similes, Validag Tongeren, Vesalius Tongeren en Ziekenhuis Maas en Kempen.

Aan ambities en ideeën is er geen gebrek. Er is wel een gebrek aan duidelijkheid over de in te brengen middelen. De twee betrokken psychiatrische ziekenhuizen, noch MC St.-Jozef Bilzen, noch OPZC Rekem, konden op dat ogenblik definitieve uitspraken doen over het aantal personeelsleden dat vrijgemaakt kon worden voor de nieuwe opdrachten. Bijgevolg was het ook moeilijk een realistische timing voorop te stellen. Van een echte fasering is er nog geen sprake. Dat een 107-project niet alle tekorten in het huidige aanbod (o.a. Noord Limburg) kan opvangen, werd wel duidelijk.

Het ingediend project werd ontvankelijk beoordeeld door de Brusselse diensten.
In de loop van december kreeg OPZC Rekem de gelegenheid een voorstel toe te lichten voor een jury die het project beoordeelt op zijn kwaliteiten.

Ondertussen weet OPZC Rekem dat er nog een aantal aspecten verder moeten uitgewerkt worden. Met de hulp van de beloofde netwerkcoördinator moet dat haalbaar zijn.

Het 107-project lijkt de aanzet te zijn tot een boeiende maar ingrijpende wijziging van het zorglandschap. De consequenties voor het psychiatrisch ziekenhuis van de toekomst zijn nu nog moeilijk in te schatten.

16.12.2010 - ONDERTEKENING VAN DE
SAMENWERKINGSOVEREENKOMST NOOLIM



MENOS

In december 2010 trad het OPZC Rekem toe tot het samenwerkingsinitiatief vzw Menos. De vzw Menos bestond reeds een tweetal jaren als een samenwerkingsinitiatief tussen het OCMW Genk, het Wit-Gele Kruis van Limburg, het CGG/LITP en de huisartsenvereniging vzw Prometheus. Naast deze leden van de vzw wordt het project gesteund door de provincie Limburg, het ZOL en de stad Genk.

Menos vzw wil door de intensieve samenwerking tussen de verschillende partners een zorgketen ontwikkelen voor ouderen met psychische problemen of dementie en de mensen die betrokken zijn in hun zorg. In eerste instantie wil Menos dit opnemen voor de regio Genk maar de ontwikkelde methodieken zijn waarschijnlijk ook bruikbaar voor andere regio's.

Deze zorg moet toelaten dat ouderen met aangepaste hulp en de nodige ondersteuning zolang mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving kunnen blijven.

Hiervoor wordt o.a. volgende hulpverlening aangeboden:

- diagnosestelling en behandeling van psycho-organische stoornissen en psychodiagnostiek;
- emotionele en psychische ondersteuning van ouderen en hun mantelzorgers;
- vorming voor zorg- en hulpverleners die werken met ouderen;
- thuiszorgondersteunende dienstverlening zoals een centrum voor kortverblijf en dagverzorging (in oprichting);
- woon- en zorgcentrum (in oprichting).

Expertisecentrum Ouderenzorg

Door de intensieve samenwerking tussen de verschillende partners kan er voor ouderen een individueel zorgtraject worden uitgewerkt dat laagdrempelig is en dat beantwoordt aan de specifieke noden van elke hulpvrager. Deze samenwerking tussen de verschillende partners laat ook toe om nieuwe initiatieven te ontwikkelen die de samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende sectoren stimuleert.

De nieuwe initiatieven worden jaarlijks geformuleerd aan de hand van 5 doelstellingen die de partners willen bereiken. Zo werd er een informatiebrochure ontwikkeld voor professionele hulpverleners en mantelzorgers en werd de website www.menosgenk.be online gezet.

Het huidige aanbod situeert zich sterk in samenwerking met de geheugenpolikliniek van het ZOL, waar men terecht kan voor diagnosestelling, individuele begeleiding en ondersteuning. Daarna kan er een individueel traject opgestart worden dat verdere begeleiding en ondersteuning biedt, zowel aan de senior, als aan de mantelzorgers.

Er is een vormingspakket ontwikkeld dat gelijktijdig voor de senior als voor de mantelzorger wordt aangeboden.

Ook hulpverleners kunnen geconfronteerd worden met zorg voor ouderen, zowel in de thuissituatie, als in een residentiële setting, die niet altijd rimpelloos verloopt. De oudere kan het cognitief of emotioneel moeilijk hebben. Dit uit zich vaak in gedragsproblemen, verdriet, geheugenstoornissen... Voor zorg- en hulpverleners is het dan ook niet altijd duidelijk op welke manier zij met dit gewijzigde gedrag moeten omgaan.

Menos biedt hiervoor ondersteuning aan in de vorm van individuele begeleiding, intervisie, vorming, groepsgesprekken... Daarnaast organiseert en ondersteunt Menos het overleg tussen de verschillende zorg- en hulpverleners uit de eerste en tweedelijnszorg, thuiszorgondersteunende diensten en mantelzorgers.

De contactgegevens zijn:

vzw Menos

Weg naar As 58

3600 Genk

tel. 0495 28 81 26

info@menosgenk.be

Het OPZC Rekem wenst in te zetten op de diagnostiek en behandeling van ouderen met psychische stoornissen. De groep ouderen die steeds talrijker wordt, heeft een kwaliteitsvolle zorg nodig waarbij de eigen woonst en omgeving een belangrijk ankerpunt is. Vanuit deze optiek is een partnerschap met de vzw Menos in Genk een meerwaarde voor het OPZC Rekem, omdat dezelfde doelstellingen worden nagestreefd en er complementair gewerkt wordt.

HOSPILIM

In 2009 werd hard gewerkt met de Provincie Limburg en de Limburgse ziekenhuizen aan de oprichting van Hospilim. Via de ondertekening van een samenwerkingsovereenkomst en de oprichting van een vzw wordt aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen van de provincie de mogelijkheid gegeven om een beter aankoopbeleid te kunnen voeren. De bedoeling is namelijk te komen tot een gezamenlijke aankoop om de prijzen van goederen en diensten, waarvan gebruik gemaakt wordt, te drukken. Hiervoor wordt een opdrachtcentrale opgericht. Het functioneren van Hospilim, waarvoor het samenwerkingsakkoord ondertekend werd op 14 december 2010 wordt bekostigd met LSM-middelen (Limburg Sterk Merk). Zowel de Gouverneur als de Bestendige Deputatie hebben een krachtige zet gegeven om Hospilim mogelijk te maken. In het activiteitenverslag van 2011 wordt ongetwijfeld teruggekomen op het functioneren van Hospilim in de praktijk.



EEN REACTIE VAN HERMAN REYNDERS,
GOUVERNEUR VAN DE PROVINCIE LIMBURG

Nieuwe uitdagingen inzake kwaliteit in de dienstverlening, performante organisaties, kostenbeheer en het permanent zoeken naar innovatie in de zorg, verplichten ons om samen te werken en nieuwe modellen inzake deze samenwerking op te zetten. Hospilim is recent opgericht als het unieke samenwerkingsverband van de Limburgse psychiatrische centra en de ziekenhuizen. Samen vertegenwoordigen ze circa. 3800 bedden.

De bijdrage van OPZC Rekem is hierbij van groot belang. Als instelling van de publieke sector en meer nog als kenniscentrum voor forensische psychiatrie ontwikkelen zij visies over de zorgverstrekking en de wijze waarop dit in de toekomst optimaal wordt georganiseerd, die anders niet zo prominent aan bod zouden komen. De aanwezigheid als stichtend lid van Hospilim wijst op de dynamiek van de beleidsinstanties van OPZC Rekem.



14.10.2010 - ONDERTEKENING
VAN DE SAMENWERKINGSOVEREENKOMST HOSPILIM

OPZC REKEM IN CIJFERS

PERSONEESLBEZETTING

OVERZICHT PERSONEEL ZIEKENHUIS 2010

In de loop van het jaar 2010 zijn er in heel het OPZC Rekem (Ziekenhuis en PVT) 106 personen in dienst getreden (77 vrouwen en 29 mannen) en 85 personeelsleden zijn uit dienst gegaan (66 vrouwen en 19 mannen).

Op 31 december 2010 werkten er 462 personeelsleden (310 vrouwen en 152 mannen) in het ziekenhuis.

	M	V	TOTAAL
1. Directie	5	0	5
– 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
2. Medische afdeling	7	11	18
– Internist	1	0	1
– Neuropsychiaters	3	7	10
– Omnipracticci	2	1	3
– Apotheker	0	2	2
– Laborant	0	1	1
– Hoofdadviseur	1	0	1
3. Afdeling patiëntenzorg	71	180	251
– Licentiaten in de psychologie	5	11	16
– Licentiaten in de lichamelijke opvoeding of kinesitherapie	4	3	7
– Maatschappelijk assistenten	0	8	8
– Gegradueerden in de psychologie	1	5	6
– Gegradueerden in de ergotherapie	1	15	16
– Gegradueerden in de kinesitherapie	1	0	1
– Gegradueerden in de orthopedagogie	0	1	1
– Therapieassistenten/activiteitenbegeleiders	2	3	5
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	52	104	156
– Verpleegassistenten	0	2	2
– Verzorgend personeel	2	17	19
– Hoofd nursing + Staf hoofd nursing	2	0	2
– Opvoeder A2/B2	1	5	6
– Criminologen	0	3	3
– Logistiek assistent	0	1	1
– Patiëntenraad	0	2	2

4. Afdeling administratie en logistiek	50	39	89
– Administratief personeel	17	30	47
– Technisch en logistiek personeel	33	9	42
5. Staf	4	13	17
– Communicatieverantwoordelijke	0	1	1
– Jurist	1	0	1
– HRM/Vorming/Personeeledienst	0	9	9
– Emancipatie	0	0	0
– Preventieadviseur	1	0	1
– Kwaliteit	1	0	1
– Kenniscentrum	1	2	3
– Projectbegeleider WAZO	0	1	1

N.B.

- 47 personeelsleden (40 vrouwen en 7 mannen) werkten in het IBF-stelsel, waarvan 18 verpleegkundigen, 3 therapieassistenten, 2 opvoeders A2/B2, 23 verzorgenden en 1 personeelslid in administratie;
- 20 personeelsleden (16 vrouwen en 4 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 5 logistiek assistenten, 1 muziektherapeut, 1 gegradueerde in de orthopedagogie, 1 ergotherapeut, 1 maatschappelijk assistent, 3 activiteitenbegeleiders, 2 verzorgenden, 2 personeelsleden in de keuken en 4 personeelsleden in administratie;
- 15 personen (11 vrouwen en 4 mannen) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 3 verpleegkundigen, 4 activiteitenbegeleiders, 4 logistiek assistenten, 1 personeelslid in de keuken, 1 in de dienst onderhoud en techniek, 1 in het trefcentrum en 1 medewerkers in de manege.

OVERZICHT PERSONEEL PVT 2010

Op 31 december 2010 werkten er 170 personeelsleden (143 vrouwen en 27 mannen) in het PVT.

	M	V	TOTAAL
1. Directie	1	0	1
– Directeur PVT	1	0	1
2. Medische afdeling	1	0	1
– Neuropsychiaters	1	0	1
3. Afdeling PVT	22	119	141
– Licentiaten in de psychologie	1	3	4
– Licentiaten kinesithérapie	0	1	1
– Licentiaten orthopedagogie	1	2	3
– Hoofd nursing	1	0	1
– Maatschappelijk assistenten	2	1	3
– Gradueerden in de ergotherapie	0	9	9
– Gradueerden in de kinesithérapie	3	1	4
– Gradueerden in de orthopedagogie	1	5	6
– Gradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	6	36	42
– Verpleegassistenten	0	3	3
– Opvoeders A2/B2	4	14	18
– Verzorgend personeel	1	38	39
– Activiteitenbegeleider	1	0	1
– Administratief personeel	1	3	4
– Begeleider/poetsvrouw	0	1	1
– Criminoloog therapeutisch project	0	1	1
– Therapie-assistent	0	1	1

N.B.

- 18 personeelsleden (16 vrouwen en 2 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 6 logistiek assistenten, 1 gradueerde in de orthopedagogie, 1 activiteitenbegeleider, 5 verpleegkundigen, 2 opvoeders A2/B2 en 2 verzorgenden.
- 9 personen (8 vrouwen en 1 man) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 1 opvoeder A2/B2 en 8 verzorgenden.

Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

Erkende bedden OPZC Rekem

Ziekenhuis

ERKENDE BEDDEN

DIENST		2008	2009 (VANAF 01-05-2009)	2010
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 2010 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

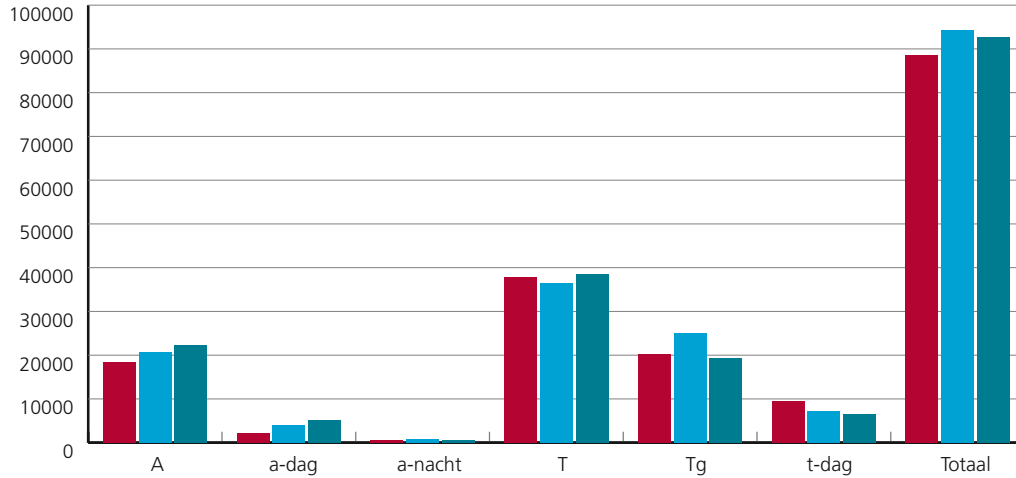
DIENST		2008	2009	2010
370	A	18459	20709	22288
380	a-dag	2144	4103	5256
390	a-nacht	519	824	640
410	T	37728	36487	38573
410	Tg	20128	24959	19318
420	t-dag	9564	7258	6593
Totaal		88542	94340	92668

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 PER KENLETTER PZ

	A	DAG	A-NACHT	T	TG	T-DAG	TOTAAL
■ 2008	18459	2144	519	37728	20128	9564	88542
■ 2009	20709	4103	824	36487	24959	7258	94340
■ 2010	22288	5256	640	38573	19318	6593	92668

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER PZ

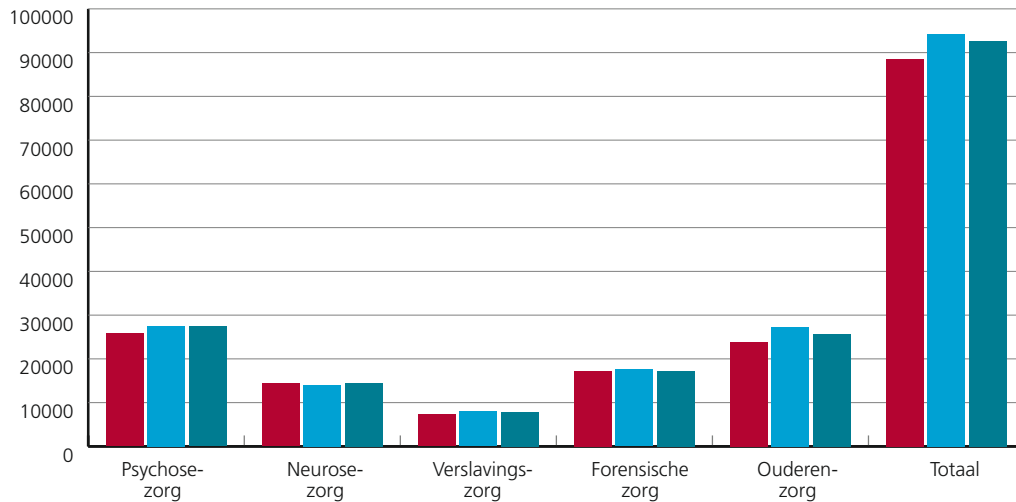


Ziekenhuis

VERPLEEGDAGEN PER ZORGLIJN

	PSYCHOSE-ZORG	NEUROSE-ZORG	VERSLAVINGS-ZORG	FORENSISCHE ZORG	OUDEREN-ZORG	TOTAAL
■ 2008	25785	14366	7263	17267	23861	88542
■ 2009	27524	14023	7954	17580	27259	94340
■ 2010	27392	14466	7900	17179	25731	92668

Er is natuurlijk een verband tussen het aantal verpleegdagen en het aantal bedden van een zorglijn.



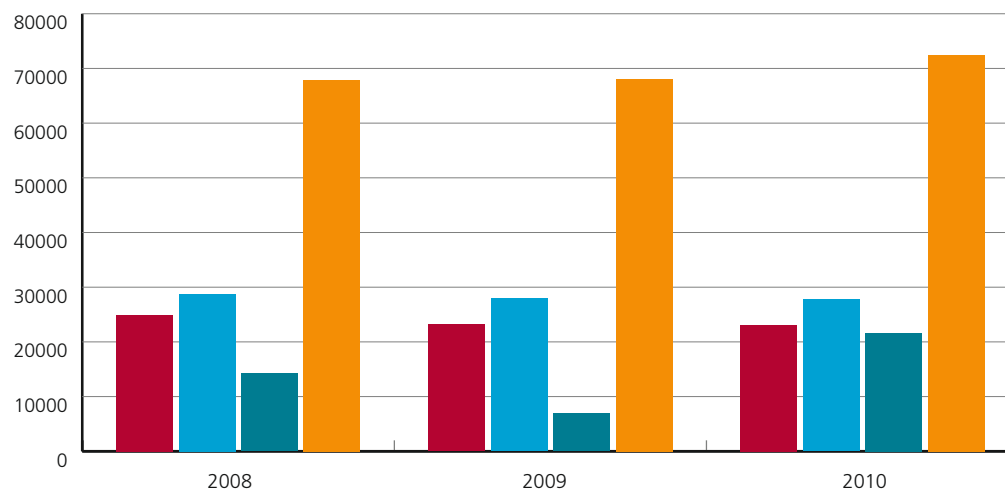
Verzorgingstehuis (PVT)

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT

	2008	2009	2010
■ Mentaal gehandicapten	24951	23204	23061
■ Psychiatrische patiënten	28744	27931	27792
■ Forensische patiënten	14228	16894	21584
■ Totaal	67923	68029	72437

Het aantal bewoners en verpleegdagen in het psychiatrisch verzorgingstehuis stijgt. Enerzijds is er een daling van het aantal uitdovende bedden (vooral mentaal gehandicapten). Anderzijds wordt dit in de cijfers ruimschoots gecompenseerd door een stijging van de forensische PVT-bedden. In het totaal kreeg PVT een project voor 60 forensische PVT-bedden, verdeeld over 4 schijven van 15 bedden (+ 15 bedden in 2007, + 15 in 2008, + 15 in 2009 + 15 in 2011).

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT

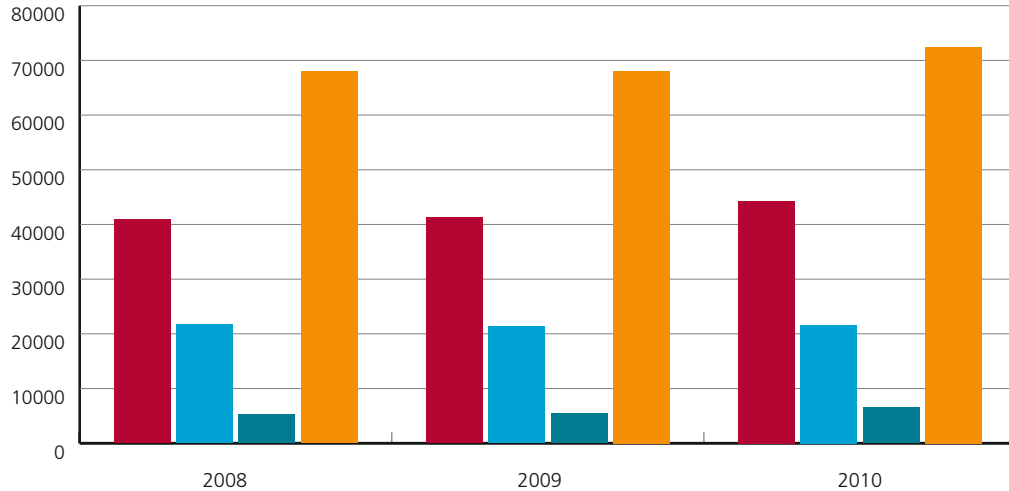


VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS PVT

	2008	2009	2010
■ PVT Rekem	40936	41247	44283
■ PVT RADO Lanaken	21740	21337	21598
■ PVT MIN Antwerpen	5247	5445	6556
■ Totaal	67923	68029	72437

Op 31.12.2010 geeft dat dus een totaal van 218 plaatsen.
 PVT Rekem telt 119 plaatsen (44 uitdovende, 30 bestendige en 45 forensische).
 PVT Rado Lanaken telt 60 plaatsen die zo goed als volledig bezet zijn.
 PVT MIN Antwerpen telt 24 plaatsen.
 Op 31.12.2010 geeft dat dus een totaal van 203 plaatsen

VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS 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
Aantal bewoners	10	26	14	18	23	22	37	19	35	28	25	48	58	59	53	79	73	87	121	144

Een gedwongen opname is een wettelijk opgelegde beschermingsmaatregel die gehanteerd wordt bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling t.a.v. een geesteszieke indien zijn toestand dit vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor anderen's leven of integriteit.

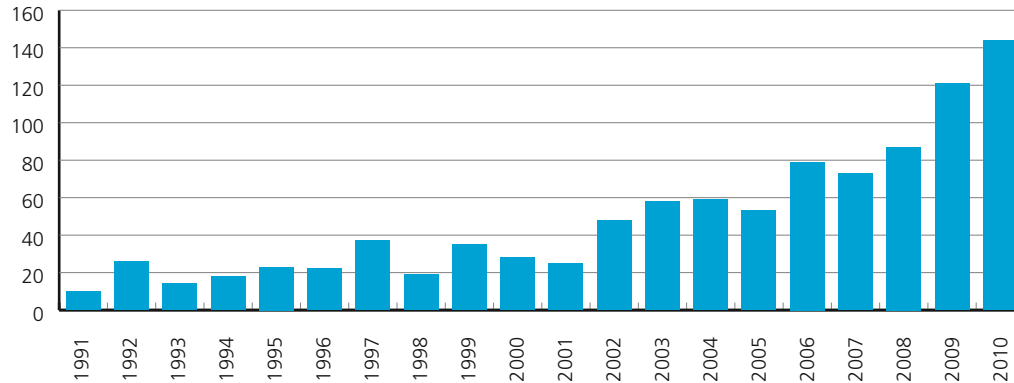
De wet van 26.06.1990 (betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke) is in voege vanaf 1991. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gedwongen opnamen in OPZC Rekem over de periode 1991 tot 2010. Er is een stijging van het aantal gedwongen opnamen vanaf 2002. De jongste twee jaren is het aantal beschermingsmaatregelen nog sterker toegenomen.

Van de 144 gedwongen opnamen in 2010 gebeurden er: 121 (84%) via spoedprocedure, 13 (9%) via gewone

procedure, 10 (7%) via overbrenging van een andere instelling.

Van de 121 spoedprocedures werden er 63 (52%) ongegrond verklaard door de Vrederechter.

Van de 144 gedwongen opnamen in 2010 werden 86 (60%) beschermingsmaatregelen binnen de 40 dagen opgeheven. 5 patiënten (3%) werden overgebracht naar een andere instelling n.a.v. vonnis observatie. Voor de overige 53 (37%) werd een periode van verder verblijf gevonnist.

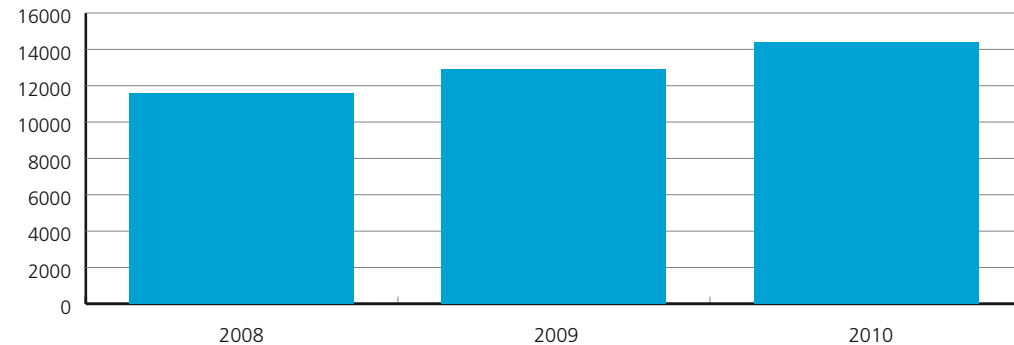


VERPLEEGDAGEN

	2008	2009	2010
Gedwongen opnamen	11584	12889	14374
Totaal ziekenhuis	88542	94340	92668

Het aantal patiënten dat onder gedwongen statuut in OPZC verblijft is de laatste jaren sterk gestegen, dit verklaart dus ook de stijging van de verpleegdagen onder gedwongen statuut.

VERPLEEGDAGEN GEDWONGEN OPNAMEN



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. Bv. als 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 aanwezigen verstaan we alle personen die op 31.12.2010 in OPZC Rekem verblijven.

ZIEKENHUIS

PZ	2008	2009	2010
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	640	690	679
Ontslagen	617	681	667
Aanwezigen	301	311	318

Opmerking: Patiënten op intermediair ontslag op 31.12, die heropgenomen worden op een andere leefeenheid (zorgenheid) of kenletter (dienst) worden ook niet bij de aanwezigen geteld.

Er lijkt in 2010 een einde gekomen aan de toename van de in- en uitstroom.

VERZORGINGSTEHUIS

PVT	2008	2009	2010
	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Opnamen	81	71	65
Ontslagen	72	63	69
Aanwezigen	190	198	193

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

Medische opnamen en heropnamen

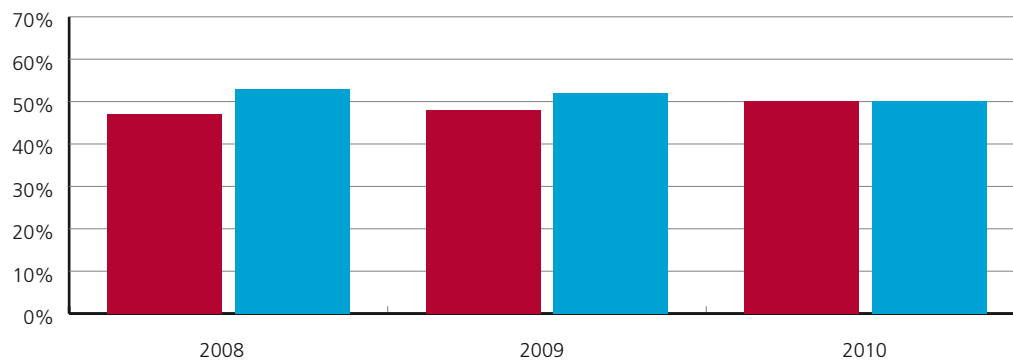
Ziekenhuis

HEROPNAMEN

PZ	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	298	47%	331	48%	339	50%
■ Heropname	342	53%	359	52%	340	50%
Totaal	640	100%	690	100%	679	100%

De verhouding tussen het aantal eerste opnamen en heropnamen lijkt zich te stabiliseren op 50%.

HEROPNAMEN PZ

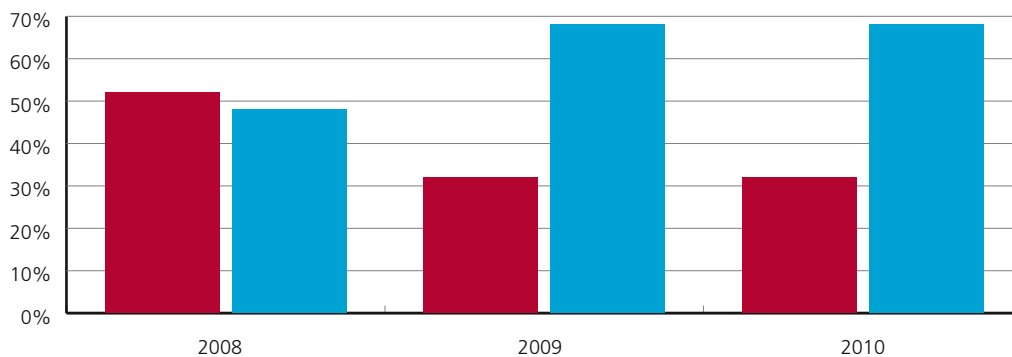


Verzorgingstehuis

PVT	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	42	52%	23	32%	21	32%
■ Heropname	39	48%	48	68%	44	68%
Totaal	81	100%	71	100%	65	100%

De verhouding tussen opnamen en heropnamen lijkt zich te stabiliseren.

HEROPNAMEN PVT



Opnamen naar geslacht

Ziekenhuis

GESLACHT	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	413	65%	450	65%	458	67%
Vrouw	227	35%	240	35%	221	33%
Totaal	640	100%	690	100%	679	100%

Verzorgingstehuis

GESLACHT	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	78	96%	70	99%	63	97%
Vrouw	3	4%	1	1%	2	3%
Totaal	81	100%	71	100%	65	100%

Het is nog steeds uitzonderlijk dat er een vrouw in het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt opgenomen.

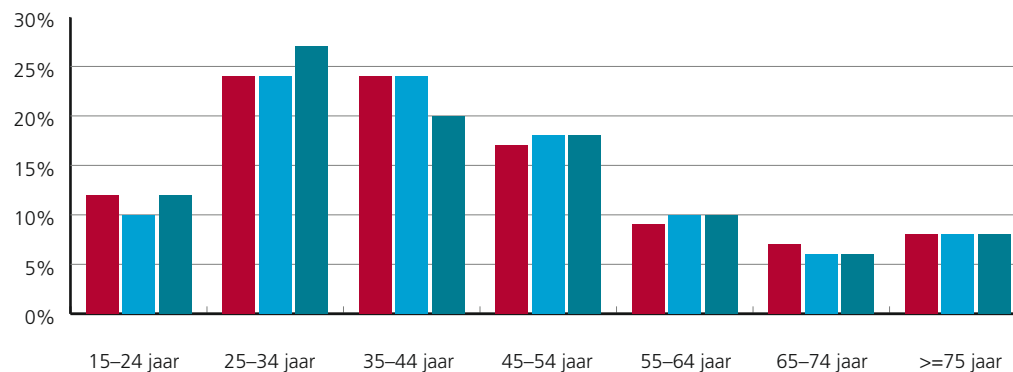
Opnamen naar leeftijd

Ziekenhuis

LEEFTIJD	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	74	12%	70	10%	84	12%
25-34 jaar	152	24%	167	24%	180	27%
35-44 jaar	152	24%	168	24%	137	20%
45-54 jaar	107	17%	122	18%	119	18%
55-64 jaar	58	9%	67	10%	69	10%
65-74 jaar	47	7%	44	6%	39	6%
>=75 jaar	50	8%	52	8%	51	8%
Totaal	640	100%	690	100%	679	100%

In 2010 waren er meer opnamen van de leeftijdsgroep 25-34 jaar en minder van de groep 35-44 jaar, wat elkaar compenseert. Dit zien we als we deze twee groepen samen nemen.

OPGENOMEN PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD PZ

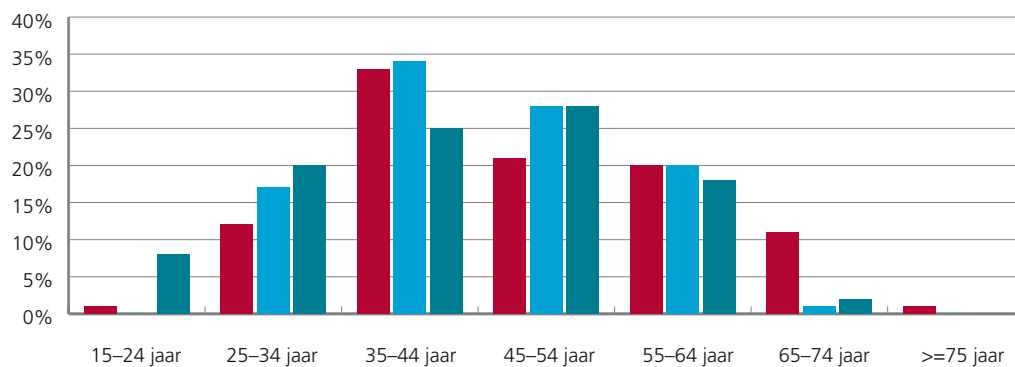


Verzorgingstehuis

LEEFTIJD	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	1	1%	0	0%	5	8%
25-34 jaar	10	12%	12	17%	13	20%
35-44 jaar	27	33%	24	34%	16	25%
45-54 jaar	17	21%	20	28%	18	28%
55-64 jaar	16	20%	14	20%	12	18%
65-74 jaar	9	11%	1	1%	1	2%
>=75 jaar	1	1%	0	0%	0	0%
Totaal	81	100%	71	100%	65	100%

In 2010 waren er minder opnamen van de leeftijdsgroep 35 tot 44 jaar.

OPGENOMEN BEWONERS NAAR LEEFTIJD PVT



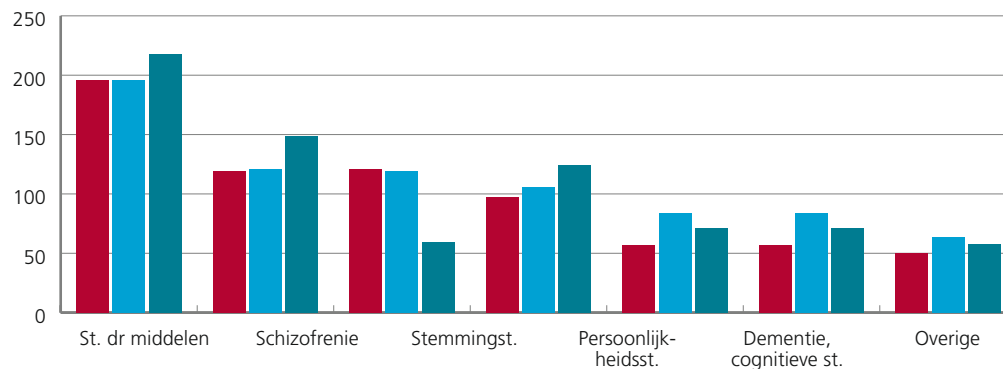
Hoofddiagnose van de opgenomen patiënten

Ziekenhuis

HOOFDDIAGNOSE	■ 2008		■ 2009		■ 2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
PZ						
Stoornissen door middelen	196	31%	196	28,4%	218	32,1%
Schizofrenie	119	19%	121	17,5%	149	21,9%
Stemmingstoornissen	121	19%	119	17,2%	59	8,7%
Persoonlijkheidsstoornissen	97	15%	106	15,4%	124	18,3%
Dementie, cognitieve st.	57	9%	84	12,2%	71	10,5%
Overige	50	8%	64	9,3%	58	8,5%
Totaal	640	100%	690	100,0%	679	100,0%

Stoornissen door middelen blijft de meest voorkomende hoofddiagnose bij de opgenomen patiënten.

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN PATIËNTEN PZ



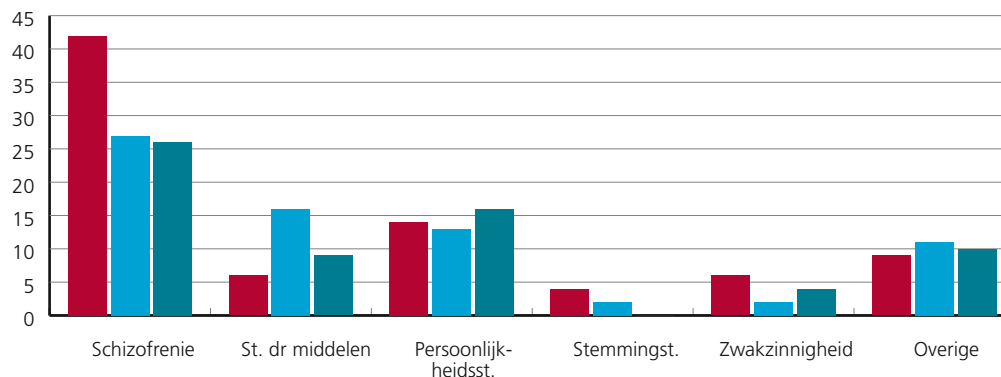
Verzorgingstehuis

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN BEWONERS

HOOFDDIAGNOSE	■ 2008		■ 2009		■ 2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
PVT						
Schizofrenie	42	51,9%	27	38,0%	26	40,0%
Stoornis door middelen	6	7,4%	16	22,5%	9	13,8%
Persoonlijkheidsstoornissen	14	17,3%	13	18,3%	16	24,6%
Stemmingstoornis	4	4,9%	2	2,8%	0	0,0%
Zwakzinnigheid	6	7,4%	2	2,8%	4	6,2%
Overige	9	11,1%	11	15,5%	10	15,4%
Totaal	81	100,0%	71	100,0%	65	100,0%

Schizofrenie is de meest voorkomende hoofddiagnose gevolgd door *persoonlijkheidsstoornissen* die de tweede grootste groep wordt in 2010, bij de opgenomen bewoners.

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN BEWONERS PVT



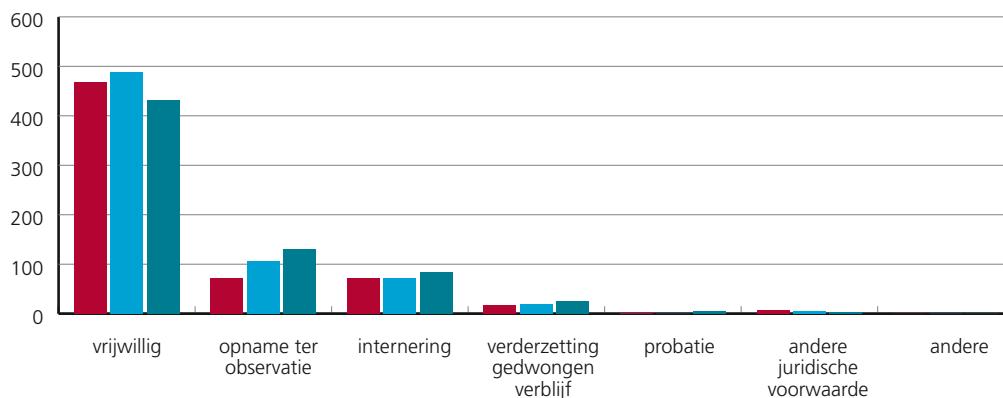
Wijze van opname

Ziekenhuis

WIJZE	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Vrijwillig	468	73,2%	488	70,7%	432	63,6%
Opname ter observatie	71	11,1%	106	15,4%	130	19,1%
Internering	72	11,3%	72	10,4%	83	12,2%
Verderzetting gedwongen verblijf	18	2,8%	19	2,8%	26	3,8%
Probatie	2	0,3%	0	0,0%	5	0,7%
Andere juridische voorwaarde	8	1,3%	5	0,7%	3	0,4%
Andere	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totaal	639	100,0%	690	100,0%	679	100,0%

De opnamen ter observatie blijven ook stijgen in 2010, dit zijn gedwongen opnamen. (opgelet dit betreft hier medische opnamen, deze cijfers verschillen dus van de eerder vermelde administratieve gedwongen opnamen)

WIJZE VAN OPNAME



Aanwezige patiënten

DUUR VAN HET MEDISCH VERBLIJF

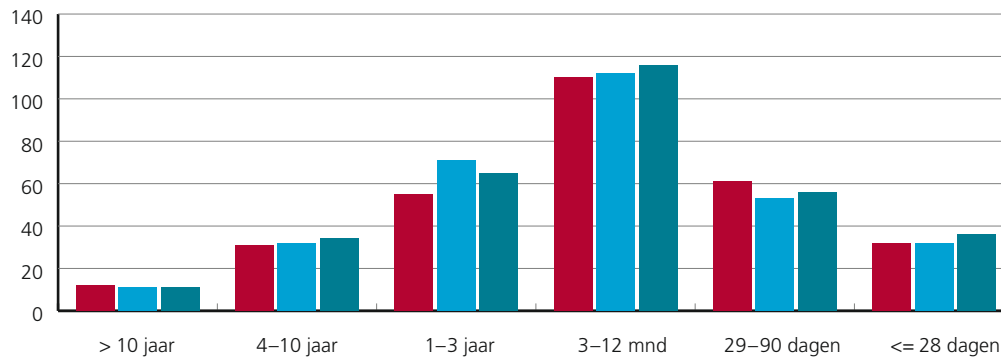
Ziekenhuis

DUUR	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
> 10 jaar	12	4,0%	11	3,5%	11	3,5%
4 - 10 jr	31	10,3%	32	10,3%	34	10,7%
1 - 3 jr	55	18,3%	71	22,8%	65	20,4%
3 - 12 mnd	110	36,5%	112	36,0%	116	36,5%
29 - 90 dagen	61	20,3%	53	17,0%	56	17,6%
<= 28 dagen	32	10,6%	32	10,3%	36	11,3%
Totaal	301	100,0%	311	100,0%	318	100,0%

(merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

We zien weinig verschillen tussen de jaren, de grootste groep (36 %) van de aanwezige populatie verblijft tussen de 3 maanden en 1 jaar in het psychiatrisch ziekenhuis.

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN PZ

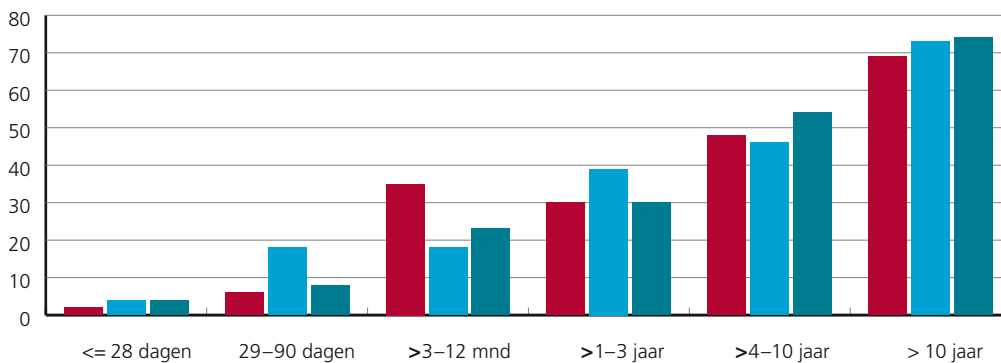


Verzorgingstehuis

DUUR	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
<= 28 dagen	2	1,1%	4	2,0%	4	2,1%
29 - 90 dagen	6	3,2%	18	9,1%	8	4,1%
> 3 - 12 mnd	35	18,4%	18	9,1%	23	11,9%
> 1 - 3 jr	30	15,8%	39	19,7%	30	15,5%
> 3 - 10 jr	48	25,3%	46	23,2%	54	28,0%
> 10 jaar	69	36,3%	73	36,9%	74	38,3%
Totaal	190	100,0%	198	100,0%	193	100,0%

Een grote groep bewoners verblijft reeds langer dan tien jaar in het verzorgingstehuis.

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN PVT



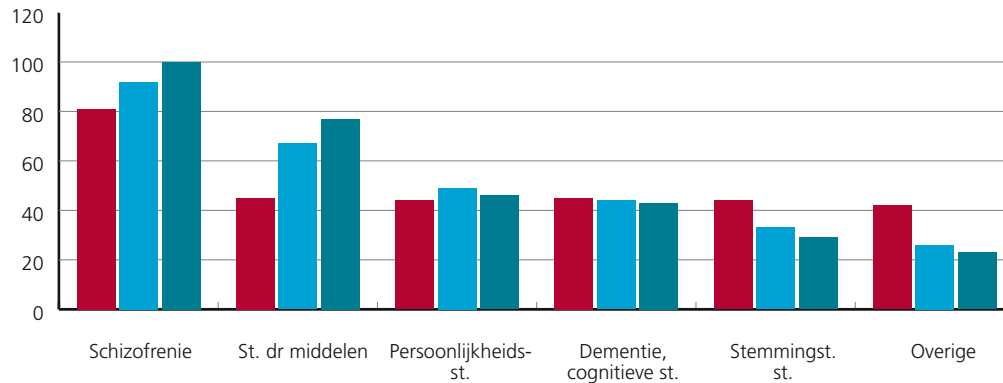
Hoofddiagnose van de aanwezigen

Ziekenhuis

HOOFDDIAGNOSE	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
PZ						
Schizofrenie	81	27%	92	29,6%	100	31,4%
Stoornissen door middelen	45	15%	67	21,5%	77	24,2%
Persoonlijkheidsstoornissen	44	15%	49	15,8%	46	14,5%
Dementie, cognitieve st.	45	15%	44	14,1%	43	13,5%
Stemmingstoornissen	44	15%	33	10,6%	29	9,1%
Overige	42	14%	26	8,4%	23	7,2%
Totaal	301	100%	311	100,0%	318	100,0%

De diagnosegroepen *schizofrenie* en *stoornissen door middelen* zijn beide nog meer vertegenwoordigd bij de aanwezigen in 2010.

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE PATIËNTEN PZ

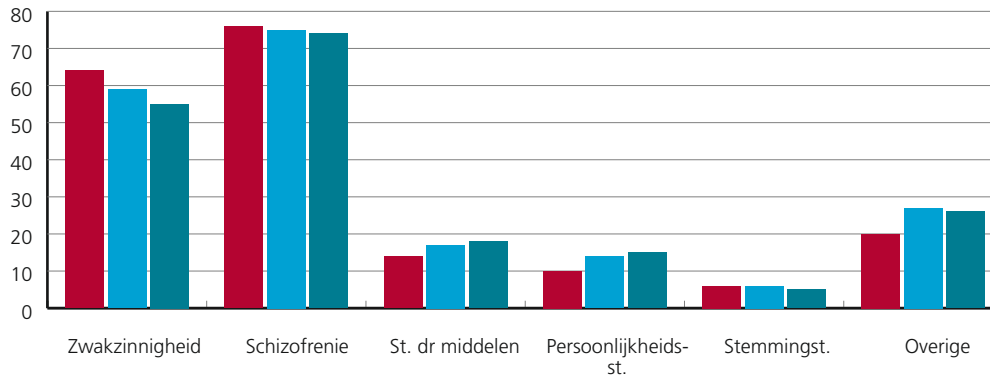


Verzorgingstehuis

HOOFDDIAGNOSE	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Zwakzinnigheid	64	33,7%	59	29,8%	55	28,5%
Schizofrenie	76	40,0%	75	37,9%	74	38,3%
Stoornissen door middelen	14	7,4%	17	8,6%	18	9,3%
Persoonlijkheidsstoornissen	10	5,3%	14	7,1%	15	7,8%
Stemmingstoornissen	6	3,2%	6	3,0%	5	2,6%
Overige	20	10,5%	27	13,6%	26	13,5%
Totaal	190	100,0%	198	100,0%	193	100,0%

Schizofrenie is ook bij PVT de meest voorkomende hoofddiagnose bij de aanwezigen. *Zwakzinnigheid* als hoofddiagnose komt in 2010 minder voor dan voorgaande jaren. De zwakzinnigen verblijven in *uitdovende bedden* en vloeien natuurlijk af (door overliden).

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE BEWONERS PVT



Ontslagen patiënten

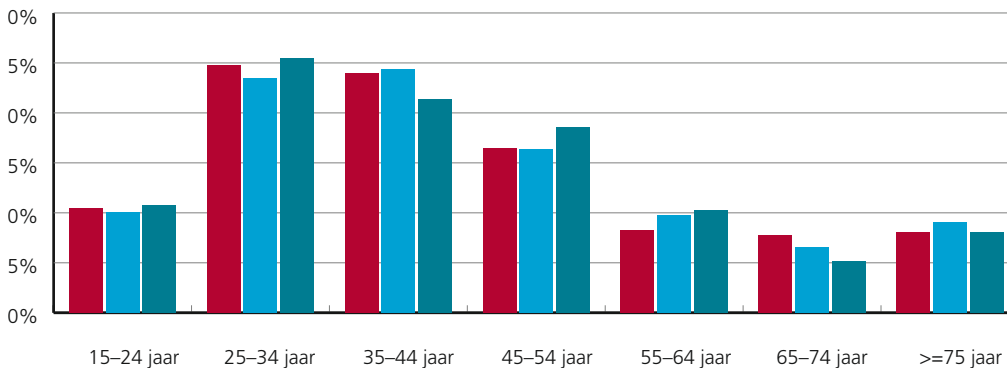
ONTSLAGEN PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD

Ziekenhuis

LEEFTIJD	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	65	10,5%	69	10,1%	72	10,8%
25-34 jaar	153	24,8%	160	23,5%	170	25,5%
35-44 jaar	148	24,0%	166	24,4%	143	21,4%
45-54 jaar	102	16,5%	112	16,4%	124	18,6%
55-64 jaar	51	8,3%	67	9,8%	69	10,3%
65-74 jaar	48	7,8%	45	6,6%	35	5,2%
>=75 jaar	50	8,1%	62	9,1%	54	8,1%
Totaal	617	100,0%	681	100,0%	667	100,0%

Net als bij de opnamen, is het grootste aantal van de ontslagen patiënten tussen 25 en 44 jaar oud.

LEEFTIJD ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ

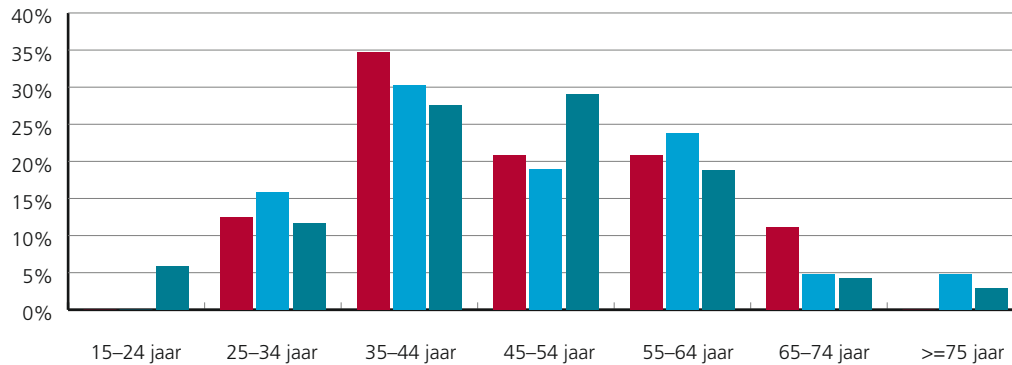


Verzorgingstehuis

LEEFTIJD	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	0	0,0%	1	0,0%	4	5,8%
25-34 jaar	9	12,5%	10	15,9%	8	11,6%
35-44 jaar	25	34,7%	19	30,2%	19	27,5%
45-54 jaar	15	20,8%	12	19,0%	20	29,0%
55-64 jaar	15	20,8%	15	23,8%	13	18,8%
65-74 jaar	8	11,1%	3	4,8%	3	4,3%
>=75 jaar	0	0,0%	3	4,8%	2	2,9%
Totaal	72	100,0%	63	100,0%	69	100,0%

In 2010 is er in het verzorgingstehuis een stijging van het aantal ontslagen van de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar.

LEEFTIJD ONTSLAGEN BEWONERS PVT



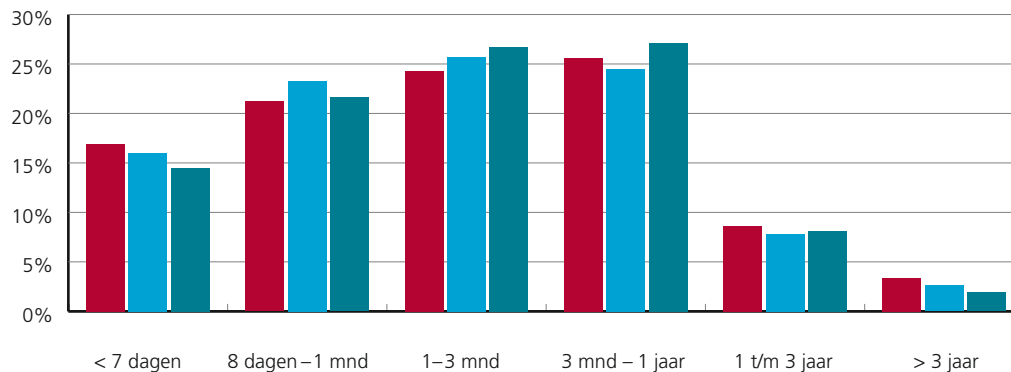
Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

Ziekenhuis

VERBLIJFSDUUR	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 7 dagen	104	16,9%	109	16,0%	97	14,5%
8 d - 1 maand	131	21,2%	159	23,3%	144	21,6%
1-3 maanden	150	24,3%	175	25,7%	178	26,7%
3 m. - 1 jaar	158	25,6%	167	24,5%	181	27,1%
1 t/m 3 jaar	53	8,6%	53	7,8%	54	8,1%
> 3 jaren	21	3,4%	18	2,6%	13	1,9%
Totaal	617	100,0%	681	100,0%	667	100,0%

In 2010 werd 90% binnen het jaar ontslagen.

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ

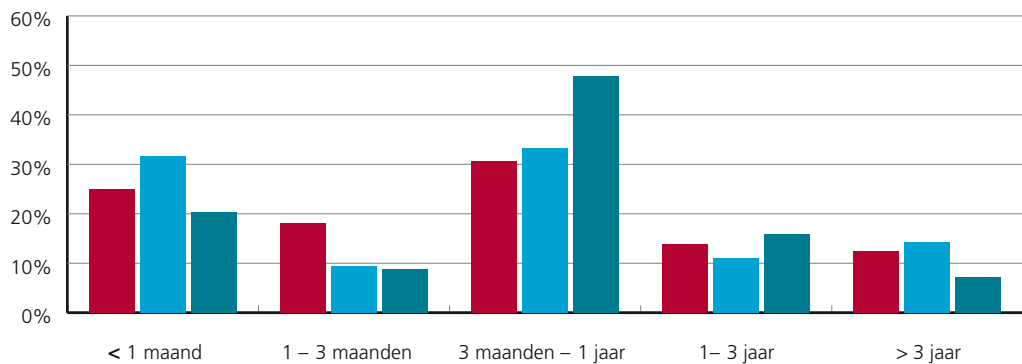


Verzorgingstehuis

VERBLIJFSDUUR	2008		2009		2010	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
PVT						
< 1 maand	18	25,0%	20	31,7%	14	20,3%
1 - 3 maanden	13	18,1%	6	9,5%	6	8,7%
3 m. - 1 jaar	22	30,6%	21	33,3%	33	47,8%
1 t/m 3 jaren	10	13,9%	7	11,1%	11	15,9%
> 3 jaren	9	12,5%	9	14,3%	5	7,2%
Totaal	72	100,0%	63	100,0%	69	100,0%

In 2010 waren er meer ontslagen met een verblijfsduur van 3 maanden tot 1 jaar.

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN BEWONERS PVT



SAMENSTELLING EN COÖRDINATIE: ANJA PARTHOENS

EINDREDACTIE: JOHN VANACKER

FOTO'S: ARCHIEF OPZC REKEM, TONY VAN GALEN, YORICK JANSENS

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

www.opzcrekem.be

Vlaamse overheid

