

MISSIE OPZC REKEM

Het agentschap heeft als missie zich te ontwikkelen tot een open en geïntegreerde, kennisgedreven organisatie voor geestelijke gezondheidszorg waar elke persoon in psychische nood een kwaliteitsvolle behandeling en dienstverlening vindt.

Het agentschap streeft ernaar om aan elke cliënt de meest adequate geestelijke gezondheidszorg te bieden en baseert zich hierbij op actuele ontwikkelingen in kennis en expertise. Het agentschap streeft ernaar om aan elke cliënt zorg op maat aan te bieden, geoptimaliseerd in doelgroepgerichte zorgprogramma's en eventueel in samenwerking met partners. Bij het vervullen van zijn missie stelt het agentschap de cliënt centraal en neemt het de eigenheid, mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt als uitgangspunt. Bij de uitvoering van zijn activiteiten richt het agentschap zich op het bevorderen van de maatschappelijke integratie en participatie in de samenleving. Het agentschap bevordert de publieke dienstverlening en het openbaar initiatief in de geestelijke gezondheidszorg. Het agentschap eerbiedigt bij zijn optreden de ideologische, filosofische en godsdienstige overtuiging van de persoon tot wie het zich richt. De kerntaak van het agentschap omvat het organiseren van openbare geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen door bedden en plaatsen te beheren, en activiteiten en diensten te ontwikkelen en te realiseren.

Deze taak omvat:

- het beheer van erkende bedden en plaatsen;
- de organisatie van forensische psychiatrie in daartoe geëigende voorzieningen met specifiek ontwikkelde zorgprogramma's;
- het organiseren van geestelijke gezondheidszorg voor specifieke doelgroepen als externe ondersteuning van diensten en voorzieningen inzake welzijn en gezondheid;
- het ontwikkelen van gespecialiseerde kennis en expertise in relevante domeinen en het initiëren en operationaliseren van zorgvernieuwing.

Het agentschap ontwikkelt terreinexpertise met betrekking tot zijn taken en stelt deze ter beschikking van de beleidsondersteuning. Het agentschap zorgt voor permanente optimalisering en vernieuwing van zijn dienstverlening op basis van actuele ontwikkelingen inzake kennis en expertise. Binnen het kader van de missie en de taken van het agentschap kan de Vlaamse Regering ten alle tijden specifieke taken aan het agentschap toewijzen.

Inhoud

- 2 Inleiding**
- 4 De structuur van OPZC Rekem**
- 6 Cluster Ouderenzorg**
- 12 PVT MIN Antwerpen**
- 15 Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg**
- 17 Keuken**
- 20 Jaaroverzicht 2009**
- 27 Kwaliteit in 2009**
- 31 Zorg en Organisatie/WAZO**
- 37 Masterplan**
- 41 Werkgroep Transculturele Psychiatrie**
- 45 Therapeutisch Project: ‘operationaliseren van een zorgcircuit voor volwassenen met een forensisch statuut’**
- 48 Patiëntenparticipatie: patiëntenraden en cliëntenraden in OPZC Rekem**
- 51 Uilenspiegel vzw: Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg in een notendop**
- 52 Niet aangeboren hersenletsels (NAH) project**
- 54 KinderPsychiatrisch Centrum (KPC)**
- 57 OPZC Rekem in cijfers**
 - 59 Personeelsbezetting OPZC Rekem**
 - 63 Beddenbezetting en patiëntgerelateerde cijfers**

Inleiding

Over Z&O, 107, WAZO, KeFor, Menos, NAH, Noolim, FPC en ander duister jargon

Kent ook de geestelijke gezondheidssector haar tsunami? De nood tot afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden, de ontsluiting van Noord-Limburg met bedden, de extramuralisering van de zorg via artikel 107... Het is eruit: 107. Hét meest geciteerde artikel van de ziekenhuiswet waar de laatste tijd zoveel om te doen is. En hoe meer vermeld, hoe minder duidelijk het werd in 2009. Hét zou er komen. De vraag was wanneer, hoe... In 2010 kwam er een deel van het antwoord. Voer dus voor het volgend editoriaal.

Er is duidelijk iets gaande in de geestelijke gezondheidssector. Er vallen muren weg. Gewild en ongewild wordt er veel meer gedacht in termen van netwerking, zorgcircuits. Niet als modegril, maar vanuit het besef dat er nog meer op een andere manier moet gewerkt worden. Psychiatrische ziekenhuizen moeten, vanuit een meer subsidiaire rol, zich meer profileren op hun expertise. De banden met de ambulante sector en andere (nieuwe) woonvormen dienen versterkt te worden.

Het OPZC Rekem zoekt zijn weg in de evolutie die aan de gang is. Niet vanuit een lijdzame positie, maar vanuit het standpunt van een netwerkpartner die een actieve rol kan en wil opnemen. Een zorgorganisatie die zoekt naar nieuwe wegen, verdieping, expertise. De bevraging van stakeholders, collega's en referentiepersonen via het instrument *Synthetron* begin 2010 was heel duidelijk: het OPZC is regionale én forensische supraregionale psychiatrie; de verwachtingen worden vertaald naar een trekkersrol, waarbij meer profilering en grotere bereikbaarheid aangewezen zijn. Van het OPZC verwacht onze omgeving zorgvernieuwing, expertise-uitbouw, ondersteuning. Geen volgersrol of bankzitter.

We waren blij met dit appèl. Het is goed dat je als organisatie de anderen niet onverschillig laat. Dat men verwachtingen heeft. Dat er opmerkingen gegeven worden. We willen meer uit de verf komen.

In 2009 waren we al met een aantal initiatieven bezig. In het vorig jaarverslag ging het over Zorg en Organisatie, Z&O. Het afgelopen jaar is dit verder gezet onder een nieuwe benaming: het reorganisatieproject *Waanzinnig Zorgzaam* of *WAZO* met het embleem dat u verder in dit verslag nog tegenkomt. De implementatievoorbereiding is nog volop aan de gang en we hopen begin 2011, mèt het personeel tot invoering te kunnen overgaan. De finaliteit is duidelijk: een organisatie uitbouwen waarin actoren, processen, overlegmomenten gericht zijn op de patiënt en op de zorg, met voldoende prikkels voor vernieuwing. Een nieuw organogram moet het kader bieden waarin de zorg zich in de meest optimale vorm kan voltrekken. Niet alleen de totstandkoming van het model, ook het overleg met de personeelsgroepen, de bijsturing via overleg zijn boeiende oefeningen en momenten.

In september 2009 startte het Kenniscentrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor). Het is *bon ton* een kenniscentrum te hebben. Hier is het echter de bedoeling een wezenlijke bijdrage te kunnen bieden aan de ontwikkeling van het onderzoek binnen de forensische wereld. We zaten/zitten al in goede samenwerking met de partners van de mid-security projecten van Bierbeek en Zelzate. Dit Kenniscentrum is een aparte pool binnen het OPZC Rekem, dat los staat van het forensisch project. Door zelf wetenschappelijk onderzoek te doen, onder meer in samenwerking met de andere mid security projecten, maar ook met andere instellingen, hoopt KeFor zich op de kaart te kunnen zetten om de goede psychiatrische zorg voor patiënten en bewoners op een wetenschap-

pelijke manier te kunnen onderbouwen. Dit is niet onbelangrijk in het licht van de toekomstige bouw van twee high security inrichtingen in Gent en Antwerpen, de forensische psychiatrische centra of FPC's waar ook Rekem zijn rol duidelijk wil spelen.

Dicht bij huis vertrekt zich zorgvernieuwing in de ouderenzorg via het project Menos in Genk, waarin het OPZC Rekem zich wil inschrijven. Juist het kunnen fungeren als partner met het OCMW Genk en andere diensten biedt een grote verrijking. Dit project wil via ketenzorg een antwoord bieden op de vergrijzing en de problematiek van dementie, door zo lang mogelijk in een aangepaste setting thuiszorg te kunnen bieden.

Met de vzw Mané, voor personen met een niet aangeboren hersenletsel, hebben we dan weer een samenwerkingsakkoord afgesloten. Bedoeling is hier de nodige psychiatrische ondersteuning te bieden. Het feit dat het hier gaat om een instelling die gesubsidieerd wordt door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, maakt de samenwerking bijzonder.

Het vroegere Netwerk Maasland, dat het thuiszorgproject MOSAïek in zich droeg/draagt, werd omgedoopt tot Noolim, het Netwerk Oost-Limburg. Stilaan krijgt dit zorgnetwerk een meer officiële structuur en staat het OPZC Rekem met andere residentiële en ambulante partners klaar om de uitdagingen voor de toekomst aan te pakken.

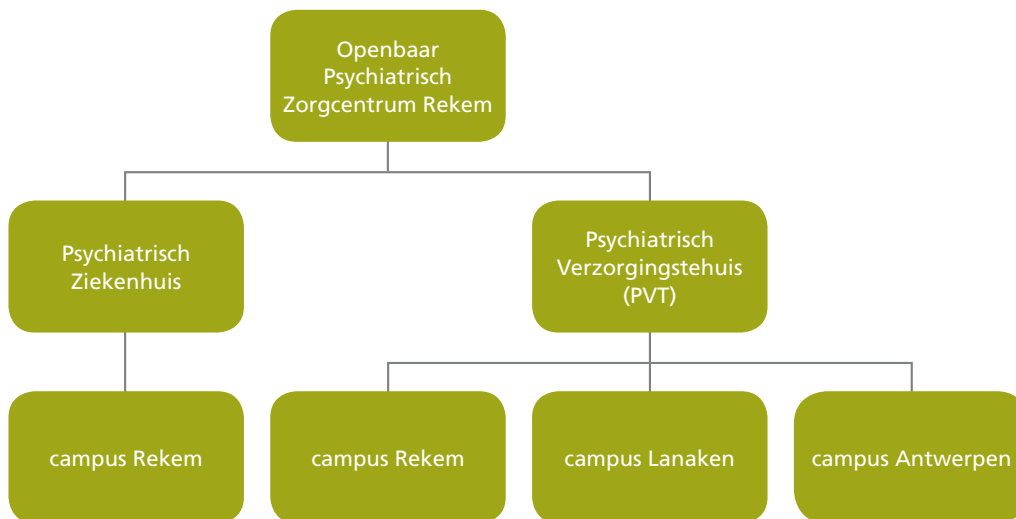
Psychiatrie is niet meer de zaak van een man of een dienst. Het is een maatschappelijke opdracht voor een netwerk geworden, waarin een psychiatrisch zorgcentrum zijn passende rol moet opnemen, in overleg met anderen, voor anderen. Sensibilisering voor en ondersteuning van Noord-Limburg is hier bij. Maar ook het zoeken van aansluiting met de burens in Munsterbilzen. Deze samenwerking is groeiende en verdieping kan alleen maar een meerwaarde betekenen. Maar eigenlijk geldt dat ook voor andere partners in Limburg, o.m. verenigd in het SPIL.

2009 overschouwend kan gesteld worden dat het personeel hard en goed gewerkt heeft; dat een aantal cruciale sporen genomen zijn. Van een omwenteling is nog geen sprake. Al lijkt er zich een stevige trend door te zetten: afbouw van psychiatrische bedden, extramuralisering en vermaatschappelijking van zorg. Het is voor het OPZC Rekem belangrijk een goede structuur te hebben om aan de uitdagingen voor de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Zonder zich naar binnen te keren. Juist door zich naar buiten te plooiën. Structuren die gericht zijn naar anderen. Naar het adequate aanbod voor de persoon met psychiatrische problemen. Het jargon mag nooit de patiënt of bewoner verbergen...

Namens de voorzitter van de raad van bestuur

JOHN VANACKER
administrateur-generaal

De structuur van OPZC Rekem



Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem omvat een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis.

Psychiatrisch ziekenhuis

Het psychiatrisch ziekenhuis situeert zich op de campus van Rekem en heeft een erkenning voor 288 bedden. In het **psychiatrisch ziekenhuis** worden mensen behandeld met uiteenlopende psychiatrische problemen gespreid over 3 doelgroepen:

- **Volwassenenzorg met**
 - Neurosezorg (opname en dagbehandeling) voor mensen met neurotische aandoeningen vb. depressie, angst, afhankelijkheidsproblemen...;
 - Psychosezorg (opname, dagbehandeling, resocialisatie en rehabilitatie) voor mensen met psychotische aandoeningen vb. hallucinaties, wanen...;
 - Verslavingszorg voor mensen met een afhankelijkheidsprobleem in combinatie met een psychiatrisch ziektebeeld;
- **Ouderenzorg**
 - voor observatie en behandeling van ouderen met psychiatrische moeilijkheden;
- **Forensische zorg**
 - voor mensen geplaatst door de commissie ter bescherming van de maatschappij.



CAMPUS REKEM, ZIEKENHUIS

Psychiatrisch verzorgingstehuis

In het **psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)** wordt aan bewoners met een chronisch ziektebeeld een woonomgeving en begeleiding aangeboden. Het verzorgingstehuis beschikte in 2009 over 207 bedden, waarvan 48 met een uitdovend karakter voor de mentaal gehandicapten en met nog een uitbreidingsmogelijkheid voor 15 extra bedden voor forensisch PVT. Het PVT situeert zich op 3 locaties:

- **campus Rekem**
 - PVT Mentaal Gehandicapten (MG) voor volwassenen met een mentale handicap;
 - PVT Forensisch voor patiënten uit de forensische psychiatrie;
- **campus Lanaken**
 - PVT Rado voor chronisch psychiatrische patiënten;
- **campus Antwerpen**
 - PVT MIN voor patiënten uit de forensische psychiatrie.



CAMPUS ANTWERPEN, PVT MIN

In dit activiteitenverslag wordt een stuk van de werking van het zorgcentrum belicht, meerbepaald:

- Ouderenzorg
- PVT MIN Antwerpen
- Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor)
- Keuken
- Jaaroverzicht 2009
- Kwaliteit in 2009
- Zorg en Organisatie/WAZO
- Masterplan
- Werkgroep Transculturele Psychiatrie
- Therapeutisch Project: 'operationaliseren van een zorgcircuit voor volwassenen met een forensisch statuut'
- Patiëntenparticipatie: patiëntenraden en cliëntenraden in OPZC Rekem
- Project patiëntenparticipatie
- Uilenspiegel vzw: Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg in een notendop
- Niet aangeboren hersenletsel (NAH) project
- KinderPsychiatrisch Centrum (KPC)
- OPZC Rekem in cijfers



CAMPUS LANAKEN, PVT RADO

Cluster Ouderenzorg

Inleiding: aanbod

Als onderdeel van OPZC Rekem biedt het cluster Ouderenzorg een kwalitatief hoogstaande psychiatrische behandeling en begeleiding aan voor ouderen. Ouderenzorg richt zich op mensen uit de regio in de 3^e en 4^e levensfase (+65 jaar) met functioneel psychiatrische stoornissen of organische stoornissen. Daarbuiten richt Ouderenzorg zich ook op mensen met een organische stoornis jonger dan 65 jaar.

Het cluster streeft ernaar om aan elke patiënt de meest adequate geestelijke gezondheidszorg te bieden en baseert zich op actuele ontwikkelingen inzake kennis en expertise.

Daarbuiten is het cluster partner van het geïntegreerd regionaal zorgnetwerk voor ouderen en is er een samenwerking met de voorzieningen voor ouderen in het Maasland. Het cluster is eveneens lid van het therapeutisch project *reïntegratie, rehabilitatie en resocialisatie van oudere psychiatrische patiënten*. Binnen dit project wordt een zo maximaal mogelijke zelfstandigheid van de geronto-psychiatrische patiënt nagestreefd in de thuissituatie of het vervangende thuishilieu.

Ouderenzorg bestaat uit 3 zorgeenheden, die zich elk richten op een bepaalde doelgroep en voorzien in een aangepaste aanpak.

- Ouderenzorg 1: opname en behandeling van ouderen met functionele stoornissen;
- Ouderenzorg 2: is gespecialiseerd in opname en behandeling van ouderen met cognitieve disfunctie, die vaak samengaat met gedragsproblemen en/of een psychiatrische problematiek;
- Ouderenzorg 3: richt zich tot ouderen met matige tot ernstige dementie met gedragsstoornissen en/of chronische ziektebeelden.

Naast een volledig verblijf is ook dagbehandeling mogelijk en binnen elke zorgeenheid bestaat de mogelijkheid voor palliatieve zorgen.

Modules

Opnamemodule

De gesloten opnamemodule van Ouderenzorg 1 richt zich op ouderen die door hun psychiatrische problematiek nood hebben aan een intensieve dagbehandeling of aan een verblijf in een residentiële setting. Meestal gaat dit om functionele stoornissen waarvoor specialistische observatie en behandeling nodig is zoals o.a. depressie, regressie n.a.v. rouwproces, alcoholproblematiek, psychose, persoonlijkheidsproblematiek...

De gesloten opnamemodule op Ouderenzorg 2 richt zich op ouderen (ouder dan 65 jaar) die door hun psychiatrische problematiek nood hebben aan een intensieve dagbehandeling of aan een verblijf in een gesloten residentiële setting. Meestal gaat dit om psycho-organische stoornissen (matig tot ernstig dementerenden) met gedragsstoornissen en moeilijk te stabiliseren gerontopsychiatrische ziektebeelden.

De belangrijkste doelstellingen in de opnamemodule zijn diagnose- en indicatiestelling en het opstellen van een behandelplan in samenspraak met de patiënt en/of de familie. Tijdens de observatieperiode wordt een medisch, psychiatrisch en psychodiagnostisch onderzoek uitgevoerd. Daarnaast verwerven de verschillende disciplines inzicht in het individuele en relationele gedrag van de oudere.

Behandelmodule

Momenteel is de patiëntenpopulatie van Ouderenzorg 1 een erg heterogene groep met betrekking tot de problematiek. Daardoor werkt het team met vooropgestelde behandeldoelen waarin ze vraaggestuurd proberen tegemoet te komen aan de individuele noden van de patiënt. Vanuit verschillende invalshoeken wordt de patiënt in deze module zoveel mogelijk tot zelfredzaamheid gestimuleerd. Hiervoor doet men appèl op de mogelijkheden die voorhanden zijn.

De behandelmodule van Ouderenzorg 2 en 3 heeft vooral stabilisatie van de gedragsstoornissen, evenals rehabilitatie en doorverwijzing naar geschikte omgeving als doel. Belevingsgerichte begeleiding staat hierbij centraal en wordt toegepast door alle teamleden. Uitgangspunt is vanuit de ervaring, beleving en perspectief van de persoon met dementie te vertrekken. Het hoofddoel van zorg is het ondersteunen en versterken van de persoonlijkheid. Het creëren van een veilige omgeving, het vervullen van basisnoden en fysieke zorg zijn essentieel, maar zijn slechts een onderdeel van de zorg voor de hele persoon.

Ondersteuningsmodule

Samen met de patiënt en eventueel de familie worden de verschillende ontslagmogelijkheden overlopen en wordt het ontslag nauwkeurig voorbereid.

Enkele cijfergegevens

- PATIËNTEN OUDERENZORG

	OUDERENZORG 1	OUDERENZORG 2	OUDERENZORG 3
Opnamen	40	68	1
Ontslagen	45	57	18

- OPNAMEDUUR

	OUDERENZORG 1	OUDERENZORG 2	OUDERENZORG 3
0-1 maand	8	25	0
1-3 maanden	14	15	1
3 maanden-1 jaar	13	15	4
1-3 jaar	10	2	7
> 3 jaar	0	0	5

Enkele belangrijke verwezenlijkingen in 2009

Ontslagbesprekingen

Binnen het cluster Ouderenzorg werd er gestart met ontslagbesprekingen om een ontslag naar de thuissituatie of een thuisvervangend milieu zo goed en grondig mogelijk voor te bereiden. Tijdens deze besprekingen worden er afspraken met betrekking tot nazorg gemaakt. Dit om een zo goed mogelijke levenskwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen garanderen na het ontslag.

Vaak dienen deze besprekingen dan ook om verdere concrete afspraken te kunnen maken met eventuele thuiszorgdiensten.

Samenwerking met woon- en zorgcentra

In 2009 probeerde het cluster Ouderenzorg de samenwerking met de regionale woon- en zorgcentra te optimaliseren. Hiertoe gebeurde een belangrijke aanzet door het organiseren van overlegmomenten met deze centra bij OPZC Rekem. Tijdens de eerste bijeenkomsten werd er voldoende tijd uitgetrokken voor een kennismaking met elkaars werking. Ook benoemden de betrokkenen duidelijk hun verwachtingen naar elkaar toe.

Tijdens volgende besprekingen lag de focus op samenwerking en hoe dit in de praktijk gerealiseerd kan worden. Hieruit bleek vanuit de woon- en zorgcentra vooral een grote vraag naar outreach vanuit OPZC Rekem.

Een eerste resultaat is dat in de loop van 2009 het cluster Ouderenzorg de bestaande ontslagbesprekingen openstelde voor de woon- en zorgcentra waar een patiënt naar verwezen wordt. Tijdens deze besprekingen overleggen teamleden van de zorgeenheid samen met medewerkers van het woon- en zorgcentrum, waar de patiënt zal verblijven, over een plan van aanpak. Vaak gebeurt hier al een concrete vertaling naar de werking van het woon- en zorgcentrum. Ook kan dit reeds een eerste ontmoeting zijn voor de patiënt met de toekomstige begeleiders. De eerste resultaten van deze ontslagbesprekingen zijn zeer positief. Daarnaast wekte het project ook de interesse van de dienst ouderenzorg van de provincie Limburg. Zij brachten in 2009 bij OPZC Rekem een bezoek aan Ouderenzorg.





LUNCHCAUSERIE TER KENNISMAKING MET WOON- EN ZORGCENTRA



BEWEGINGSTHERAPIE BIJ OUDERENZORG, ©ROBIN REYNDERS, PROVINCIE LIMBURG

Ethische guidelines

Ouderenzorg 3 startte het project ethische guidelines. Het team gaat hierbij aan de slag met een stappenplan waarin (conflicteuze) interacties in het zorgproces besproken worden. Op deze wijze komt men tot praktische richtlijnen om hier op een ethisch verantwoorde wijze mee om te gaan.

Toekomst

In de nabije toekomst verhuist het cluster Ouderenzorg naar een tijdelijke nieuwbouw. Dit betekent dat in de loop van het jaar 2010 de nodige voorbereidingen genomen worden om dit zo vlot mogelijk te laten verlopen.

In 2010 wordt de werking van Ouderenzorg kritisch geëvalueerd. Gezien de recente ontwikkelingen en de veranderende patiëntengroep, wordt er een aanbod uitgewerkt voor enkele specifieke doelgroepen, waaronder ouderen met een stemmingsproblematiek en ouderen met overmatig middelengebruik.

Daarnaast is het interdisciplinair samenwerken binnen het hele cluster Ouderenzorg een belangrijk thema waar in 2010 concreet aan gewerkt wordt.

REACTIE VAN PATRICK CLAES, ALGEMEEN
DIRECTEUR WZC HUIZE ST.-ANNA EN ZIJN VISIE
OP HET BELANG VAN SAMENWERKING MET EEN
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS:

'De woon- en zorgcentra (wzc) worden de laatste jaren frequenter geconfronteerd met zorgbeelden van ouderen die complexer worden. De zorg varieert van gewone comfortzorg naar meer anticiperen op specifieke ouderdomsproblematieken zowel fysische als psychische. Voor het wzc is het niet evident om ouderen met gedragstoornissen of psychiatrische problemen adequaat te begeleiden, dit vraagt bijkomende ondersteuning en opleiding. Het woonzorgcentrum is daarom gebaat met een goede en nauwe samenwerking met een psychiatrische setting. De problematiek van bewoners of potentiële bewoners loopt vaak over van het ene werkveld in het andere. De raakvlakken zijn breder geworden, breder dan de betrokkene zelf, de familie of deskundigen durven aan te nemen.

Informatie-uitwisseling, afstemmen van het opnamebeleid, adviesverlening... van het wzc naar de psychiatrische setting en andersom worden belangrijke elementen van de noodzakelijke, complementaire samenwerking.

DE REACTIES VAN DEELNEMERS VAN WOON- EN ZORGCENTRA AAN DE INFOSESSIES M.B.T. DE TEVREDENHEID OVER DE HUIDIGE SAMENWERKING:

'We kunnen bij moeilijke situaties terugvallen op Ouderenzorg bij OPZC Rekem. Bij crisismomenten is een heropname voor korte termijn mogelijk. Ook is er de mogelijkheid tot ondersteuning en een goede contactname.'

'Er is een goede begeleiding en er wordt veel en goede informatie gegeven.'

'We kunnen beroep doen op Ouderenzorg voor een deskundig advies.'

'Er is een goede (telefonische) bereikbaarheid.'

'Na ontslag vanuit het OPZC bestaat de mogelijkheid van opvolging.'

>>

Het is een zoektocht naar meerwaarde die resulteert in een beter afgestemde zorg. De uitdagingen liggen op verschillende terreinen over de disciplines heen.

In de eerste plaats om informatie uit te wisselen. Kennis van de wederzijdse werking is een belangrijk uitgangspunt. Hoe is het opnamebeleid, wat zijn de accenten die gelegd worden, wat betekent een opname en hoe verloopt een dag, welke ondersteunde dienstverlening is aanwezig...? Informatiedeling vergemakkelijkt samenwerking en vermijdt foute verwachtingen en communicatieproblemen.

Het opnamebeleid is sterk bepalend in de werking van het wzc, de ouderenzorg wordt de laatste jaren overspoeld met aanvragen van zware zorg, met nefaste invloed op de draagkracht van de zorg. Een juiste inschatting en situering van de zorgvraag is niet steeds eenvoudig. Het wzc blijft afhankelijk van de aangereikte informatie uit de omgeving van de ouderen. Correcte informatie is cruciaal in het belang van de zorgvrager, het is vaak aangewezen om te verwijzen naar meer gespecialiseerde settings die vertrouwd zijn met specifiek gedrag.

Ouderen met psychische problemen worden weleens tijdelijk doorverwezen naar psychiatrie ter observatie, diagnosestelling, therapeutische behandeling of om medicatie af te stemmen. Doorstroming van en naar een wzc kan enkel maar slagen met een juiste vraagstelling, afgestemde informatiedeling en goede ontslagbespreking.

Crisisopvang of dringende opname vanuit de thuissituatie is niet voorzien in de werking van de wzc's. De mogelijkheid van doorverwijzing, ook van bewoners uit het wzc, met werkbare afspraken zijn essentieel om een goede dienstverlening te blijven garanderen.

Een veelvuldig gestelde vraag in het wzc is hoe omgaan met bepaald gedrag of met welbepaalde problematieken. Kennisdeling, ervaringsuitwisseling of adviesverlening op verschillend niveau's over de sectoren heen, verrijkt de werking.

De samenwerking met het OPZC wordt als zeer positief ervaren. De gegevensuitwisseling rond medische, psychiatrische en psychologische antecedenten zijn volledig en correct.

Er wordt voldoende geïnvesteerd in tijd bij opname of ontslag. Na ontslag is ambulante opvolging mogelijk, alsook heropname indien noodzakelijk.

Zowel psychiaters als andere medewerkers staan na opname steeds ter beschikking om advies of bijkomende inlichtingen te verschaffen. Deze goede samenwerking bevordert de continuïteit van de zorg.

Het initiatief van het OPZC om de samenwerking verder uit te diepen, is enkel maar toe te juichen. Door regelmatig overleg groeit het vertrouwen en de kennis van ieders werking en ontstaan er kansen tot betere afgestemde zorg.'

PVT MIN Antwerpen

PVT MIN is een psychiatrisch verzorgingstehuis met een capaciteit voor 24 personen. Mensen worden er voorbereid om opnieuw een zelfstandige plaats in de maatschappij in te nemen. Het is een uniek concept dat enerzijds gestoeld is op het wetenschappelijk onderbouwde Gordon-concept en anderzijds gedragen wordt door de zelf ontwikkelde groeipad-sturing.

Forensische zorg en psychiatrische ondersteuning lopen er hand in hand.

De gemiddelde verblijfsduur bedraagt 9 maanden.

PVT MIN bevindt zich in de Antwerpse Seefhoek. Het werd in 1973 op initiatief van Phil Bosmans door Bond Zonder Naam gebouwd. Sinds 2001 wordt het aangestuurd door OPZC Rekem. De integratie van dergelijk project in een stadswijk lijkt op het eerste zicht niet evident, maar verloopt ter plaatse in de grootste harmonie. Dit heeft ook uiting gekregen in de vernieuwbouw. De polyvalente zaal van het gebouw is er in gebruik door het Wijkcentrum. De bewoners van PVT MIN kunnen er deelnemen aan de wijkactiviteiten.

De vernieuwbouw zelf werd ontworpen door architect Kris Mys. Er is gekozen voor een functionele indeling in een fris, kleurrijk tintje. Ook het interieur kreeg bijzondere aandacht. Het oogt niet *psychiatrisch*, maar straalt een huiselijke sfeer uit.

Op het gelijkvloers is een ruime *bezoekersliving* de ankerplaats voor vele ex-bewoners. Het is een bewuste keuze die PVT MIN steeds gemaakt heeft: voor wie er nood aan heeft, kan en mag dit het *ouderlijk huis* zijn.

In diezelfde geest houdt PVT MIN steeds één kamer vrij. Ze dient om mensen op te vangen die – ondanks het feit dat ze doorgestroomd zijn naar Beschut Wonen – toch even nood hebben aan meer omkadering, en aandacht.

Eind juli 2009

Tijdens de verbouwingswerken, die ruim twee jaar vergden, verbleef de PVT MIN-ploeg op de campus Sint-Amedeus te Mortsel. Al verliep de samenwerking met de andere afdelingen er uitstekend, toch werd er afgeteld naar de verhuisdatum: maandag 27 juli 2009.

De uitdaging was dubbel. Enerzijds moest met de bestaande bezetting gewerkt worden aan een nieuw thuisgevoel. Anderzijds was het de bedoeling om *zo snel mogelijk* door te groeien van 12 bewoners naar 24. Voor beide uitdagingen werd een plan opgesteld.

Het nieuwe thuisgevoel

De verhuis van Mortsel naar Antwerpen was niet enkel een beweging van oud naar nieuw, het was ook een overstap van één compacte gang naar een gebouw met zes niveaus. Om het groepsgevoel te bewaren, werd er voor gekozen om naast de individuele kamers slechts één gemeenschappelijke leefruimte in gebruik te nemen. De bewonersliving werd het nieuwe ankerpunt.

Ook het gebruik van de restaurant-ogende eetzaal vergde een aanpassingsperiode. Het heeft weken geduurd vooraleer *eten*, ook *gezellig tafelen* werd. Maar tegen het jaareinde werden de maaltijden momenten van aangenaam sociaal contact.

Als mensen een living hebben waar ze lekker kunnen onderuitzakken én een tafel waar ze echt kunnen genieten... dan zijn mensen thuis!

25 november 2009: officiële opening

Voor een publiek van collega's uit de psychiatrische wereld, uit justitiële kringen, andere Antwerpse collega's, bewoners en medewerkers werd de loftrumpet gestoken over de nieuwbouw en de werking van PVT MIN. Mevrouw Moykens, kabinetchef van minister Vandeurzen, benadrukte het belang dat de Vlaamse overheid hecht aan een goede forensische zorg.

De maquette van het gebouw, geduldig en minutieus vervaardigd door één van de bewoners, oogstte terecht waardering. Ook het kunstwerk *halte MIN* stak er, letterlijk en figuurlijk bovenuit.

Een goed verzorgde receptie sloot, wat men gemeenzaam placht te noemen, *de heuglijke (halve) dag af*.

Een vol huis

PVT MIN heeft ervoor gekozen om aan een ritme van één bewoner per week nieuwe opnames te doen. Deze aanpak heeft ervoor gezorgd dat tegen het jaareinde een volledige bezetting kon gerealiseerd worden, zonder de werking in het gedrang te brengen.

2009 was een scharnierjaar voor PVT MIN, maar nu de vernieuwbouw bewoond is, is PVT MIN klaar om haar doelstellingen ook de komende jaren op een hedendaagse manier te realiseren.



NIEUWBOUW PVT MIN



RONDLEIDING TIJDENS OFFICIËLE OPENING



OFFICIËLE OPENING PVT MIN



ONTHULLING MAQUETTE



KUNSTWERK 'HALTE MIN'

Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

Op 15 september 2009 startte in het OPZC Rekem een gloednieuw project met de veelbelovende naam *Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg*, afgekort *KeFor*.

Vanuit het binnen- en buitenland wordt reeds decennialang druk uitgeoefend op de overheid om haar interneringsbeleid bij te sturen. Pas sedert enige jaren zijn er tastbare verbeteringen van het structureel en inhoudelijk aanbod voor de opvang van delinquenten met een psychische stoornis. Zo werd bijvoorbeeld het aantal beschikbare bedden in *medium security units* opgetrokken (Rekem, Bierbeek en Zelzate) en worden er voorbereidingen getroffen voor de bouw van twee *high security units* in Antwerpen en Gent. Het OPZC Rekem besloot om de kat niet langer uit de boom te kijken. Met zijn klinische expertise en structurele voorzieningen is het de ideale setting om naadloos aan te sluiten bij actuele overheidsinitiatieven.

Personeel

Het aangetrokken personeel heeft zowel ervaring binnen de hulpverlening als de justitiële context. Een projectcoördinator met een jarenlange ervaring als psychiater binnen de gevangenissen en een forensisch ziekenhuis in Eindhoven. Een psycholoog, senior wetenschappelijk medewerker, met ervaring in zowel onderzoeksmatig als klinisch werk binnen het ambulante forensische circuit. Een criminoloog, die de staf als junior wetenschappelijk medewerker vervolledigt.

Opdracht

KeFor zal wetenschappelijk onderzoek uitvoeren, initiëren en begeleiden binnen de verschillende forensische (piloot)projecten in Vlaanderen. Resultaten zullen kenbaar gemaakt worden in binnen- en buitenland onder de vorm van studiedagen, (poster)presentaties op (internationale) conferenties of publicaties.

Partners

Om aan deze opdracht te voldoen is een nauwe samenwerking met de collega's in de praktijk nodig. Onderzoek start immers idealiter vanuit een 'scientist-practitioner' model teneinde behandelstrategieën en/of specifieke interventies te optimaliseren. De nodige tijd werd uitgetrokken om kennis te maken met de medewerkers van de verscheidene settings van het forensische zorgcircuit Rekem en er werd gepeild naar hun verwachtingen. Tevens stonden (of staan) bezoeken gepland aan andere psychiatrische ziekenhuizen die aandacht hebben voor forensisch cliënteel (A.P.Z. Sint-Lucia Sint-Niklaas, P.C. Ziekeren, P.C. Sint-Amandus Beernem...).

Deskundigen en academici werden geconsulteerd in binnen- en buitenland (Universiteit Maastricht, Katholieke Universiteit Leuven, Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Tilburg, Universiteit Hasselt, Universiteit Antwerpen).

Om partners te vinden voor gemeenschappelijke onderzoeksprojecten werd overlegd met de Broeders van Liefde, SPIL, vertegenwoordigers van justitie, het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie Nederland, het Universitair Forensisch Centrum, het Centre de Recherche en Defense Sociale en het platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent (PFPCG).

Onderzoeksvoorstellen

Naast de verkenningrondes werden een drietal onderzoeksvoorstellen voorbereid.

Vooreerst zal aan de hand van de gemeenschappelijke registratie van de geïnterneerden *vrij op proef* in *medium security units* een profielschets beschreven worden, aangevuld met recidivecijfers en een indicatie voor de (predictieve) validiteit van instrumenten die pretenderen het risico op recidive in te schatten.

Een tweede project betreft de vertaling en implementatie van actuariële criteria die de kans op toekomstig gewelddadig gedrag voorspellen. Het is de intentie om die naar waarde te testen binnen een populatie verstandelijk beperkten.

Tot slot staat een protocol in de steigers om meer ondersteuning te verkrijgen van impliciete meting van seksuele preferentie bij specifieke typen van pedoseksuelen, gekoppeld aan een risicobepaling.

Deze voorstellen – en hopelijk vele andere in de toekomst – zullen worden voorgelegd aan een wetenschappelijke raad die erover oordeelt en adviseert. Hierin zetelen Vlaamse en Nederlandse academici die – zij het klinisch en/of methodologisch – een onbesproken erkenning genieten in hun vakgebied, aangevuld met vertegenwoordigers uit justitie en het overheidsbeleid. Wij zijn erg opgetogen met het niveau van de vertegenwoordiging en bedanken trouwens deze deskundigen voor hun bereidwilligheid.

Toekomst

Het volgende jaar zijn reeds presentaties gepland op symposia in binnen- en buitenland.

Naar de lente toe wordt – mits goedkeuring van het wetenschappelijk comité en de ethische commissies – gestart met het verzamelen van gegevens op verschillende locaties.

Op 9 en 10 december 2010 wordt een tweedaags symposium georganiseerd waarin gerenommeerde sprekers *de state of the art* komen toelichten wat betreft de bejegening van het forensisch cliënteel in vele van zijn deelaspecten (inhoud, vorm en structuren).

Op langere termijn wil KeFor meewerken aan een gedurige, systematische en gecoördineerde monitoring van het traject van geïnterneerden, over de instellingen heen en inschatting van benodigd therapeutisch of begeleidend aanbod.



TEAM KEFOR, V.L.N.R. DR. INGE JEANDARME, SIEGFRIED KOECK, CLAUDIA POULS

Keuken

In het verleden beschikte OPZC Rekem over een centrale keuken die over de hele campus in bulk (d.m.v. containers) aan de zorg- en verblijfseenheden uitleverde. De installaties waren versleten en een aanpassing aan de nieuwe hygiënenormen was onmogelijk binnen dat bestek.

In het kader van het Masterplan werd beslist om een nieuwe keuken te bouwen, volgens het principe van het *ontkoppeld koken*, ook wel *koude lijn* genoemd. Koude lijn betekent dat het moment van fabricage en het moment van verbruik ontkoppeld worden. Dit kan alleen mits het inzetten van de nodige technieken en de juiste bereidingswijze. Zeer belangrijk is het onder controle houden van de temperatuur en in het bijzonder de koeling. Daarom beschikt de keuken over 2 grote snelkoelers om een warme bereide maaltijd binnen de 2 uur van een kooktemperatuur naar een kerntemperatuur van minder dan 4°C brengen. Eenmaal afgekoeld wordt deze voeding maximaal 3 dagen bewaard. Op de dag van consumptie wordt de maaltijd geportioneerd per patiënt of bewoner op een individueel bord en dienblad; gaat het de regeneratiewagen in en wordt het naar de zorg- of verblijfseenheid gebracht. Hier start de opwarming automatisch, zodat het geheel op het juiste ogenblik warm is. De keuken werd officieel in gebruik genomen medio 2005.

De keuken voorziet dagelijks ongeveer 400 broodmaaltijden voor het ontbijt en 400 voor het avondeten. De broodmaaltijden worden klaargemaakt door 1 kok die wekelijks intern van job wisselt. Belangrijkste werk is evenwel het bereiden van de 450 warme maaltijden en daarvoor worden 4 koks ingezet. Hierbij moet dan rekening gehouden worden met 31 mogelijke diëten (vb. zoutarm, maag-darm sparend, diabetes...) en 15 verschillende voedingsgewoonten (vb. vegetariërs, islamieten, gemalen, gemixt...) voor een 250-tal patiënten en bewoners. Vanuit de campus Rekem wordt ook de site van Rado in Lanaken beleverd. Bij PVT MIN in Antwerpen gebeurt dat lokaal.

Om al deze maaltijden op de juiste plaats te krijgen; worden 2 chauffeurs ingezet die tevens alle bestellingen vanuit het centrale magazijn bedelen (choco, confituur, melk... kortom alles wat nodig is om een dienst draaiende te houden en de patiënt of bewoner zoveel mogelijk comfort te geven).

De keuken beschikt over een diëtiste die steeds gecontacteerd kan worden i.v.m. alle mogelijke vragen rond voeding. Om dit alles administratief en inhoudelijk rond te krijgen, is een administratief medewerkster en een diensthoofd aanwezig. In 2009 werd er voor 950.000 euro aan voedingswaren uitgegeven.

Afgelopen jaar is de nodige aandacht gegeven aan het meten van temperaturen. Zowel de temperatuur bij de portionering, als de temperatuur na regeneratie (opwarming) wordt systematisch gemeten om na te gaan of de wettelijke norm van minder dan 4°C (koeling) en meer dan 65°C (opwarming) werd gehaald. Dit alles kadert in de wettelijke verplichting om aan de HACCP-normen te voldoen. HACCP betekent: *Hazard Analysis Critical Control Points*. Dit systeem stelt de productie in staat om eventuele anomalieën te voorkomen, te beheersen en te evalueren zodat een kwalitatief product op de markt gebracht wordt.

Daarnaast werd ook een externe audit uitgevoerd door de Compass Group om het interne kookproces nog verder te optimaliseren, evenals de fine-tuning van de receptuur. Dit resulteerde in het bijsturen van de aankoop van de (half)afgewerkte grondstoffen.

Ook het contact met de zorg- en verblijfseenheden en in het bijzonder met de patiënten en bewoners werd nog verbeterd, doordat het diensthoofd nu zelf op de zorg- of verblijfseenheid aanwezig is tijdens het nuttigen van de maaltijd. Tezelfdertijd worden vragen i.v.m. voeding en/of keuken gehoord en zo spoedig mogelijk of zelfs onmiddellijk beantwoord.

REACTIE VAN CHRISTEL BRIERS, DIËTIST BIJ OPZC REKEM:

'Ik ben sinds 1987 diëtist in het OPZC. Als diëtist zorg ik voor de dieetmenu's – in samenspraak met het diensthoofd –, de bestelling van de dieetproducten, de bestelling van de verse ingrediënten voor de kooksessies en het opvolgen van een aantal dieetpatiënten of -bewoners.

Het keukenteam kookt voor ongeveer 450 mensen waarvan er om en nabij 250 mensen een dieet en/of een voedingsgewoonte volgen: een dieet wordt steeds voorgeschreven door de behandelende arts, een voedingsgewoonte – bijvoorbeeld een vegetarische of een islamitische voedingsgewoonte – kan een vrije keuze zijn.

De belangrijkste diëten zijn: het diabetes- vermageringsdieet, het maag-darmsparend dieet, het cholesterolarm dieet en het natriumarm dieet. De overige diëten bestaan uit combinaties van deze vier diëten onderling, al dan niet met een voedingsgewoonte.

De meeste mensen vinden het volgen van een dieet niet zo aangenaam, maar als ik het kan verduidelijken waarom dat het moet, wordt het een beetje gemakkelijker. Sommige mensen kijken uit naar hun dieetconsultatie, omdat ze dan het resultaat van hun inspanningen kunnen zien.'



HET KEUKENGEBOUW



HET PROPORTIONEREN



DE VERDEELKARREN WORDEN MET DE CHAUFFEURS NAAR DE ZORGEENHEDEN GEBRACHT



ADMINISTRATIEF MEDEWERKER EN DIËTIST



DE BEREIDING VAN DE MAALTIJDEN

Jaaroverzicht 2009

Gebeurtenissen 2009

12 tot

16.01.2009 Leerlingen van Wico Neerpelt komen op inleefweek in OPZC Rekem;

02.02.2009 OPZC Rekem neemt 22 nieuwe startbanen in dienst. Laaggeschoolde jongeren uit de regio krijgen de kans om een jaar werkervaring op te doen;

04.02.2009 officiële ondertekening van de samenwerking tussen OPZC Rekem en vzw Mané op vlak van niet aangeboren hersenletsels (NAH) vindt plaats in het gemeentehuis van Maasmechelen;

19.02.2009 personeelsleden van OPZC Rekem krijgen een interne vorming rond epilepsie door prof. Lagae;



02.02.2009 – 22 NIEUWE STARTBANEN



- 25.02.2009** vernissage van werken van ex-patiënte Angelique Vantuykom bij OPZC Rekem;
- 10.03.2009** Erika Thijs, deputé welzijn brengt werkbezoek aan OPZC Rekem;
- 10.03.2009** patiënten en bewoners van OPZC Rekem vallen in de prijzen voor de campagne Hartenwens. Een initiatief georganiseerd door SPIL, in samenwerking met de provincie, waarbij patiënten en bewoners op financiële steun mogen rekenen om hun dromen in vervulling te laten gaan;



PATIËNTEN EN BEWONERS VAN OPZC REKEM WINNEN PRIJS MET HARTENWENS

- 19.03.2009** nieuw medicatiesysteem wordt geïntroduceerd;
- 20.04.2009** de oude brandweerwagens van de oude instelling verhuizen van het kasteel van D'Aspremont-Lynden naar de campus van OPZC Rekem;



DE OUDE BRANDWEERWAGENS VERHUIZEN TERUG NAAR OPZC REKEM



20.04.2009 het nieuwe wassalon, waar patiënten en bewoners zelfstandig gebruik van kunnen maken, wordt in gebruik genomen;

21.04.2009 het project Greenberg 2, dat uitgewerkt werd door 4 PHL-studenten, wordt intern voorgesteld;



4 PHL-STUDENTEN MAKEN EEN EINDWERK OVER GREENBERG2

27.04.2009 eerste lunchcauserie met woon- en zorgcentra, waarbij de cluster Ouderenzorg zich voorstelt;

06.05.2009 tweede lunchcauserie met woon- en zorgcentra, waarbij de cluster Ouderenzorg zich voorstelt;

15.05.2009 voor de eerste keer werd een sportinstuif georganiseerd voor patiënten en bewoners van ons zorgcentrum en externe instellingen;

18.06.2009 de hartenwens van de bewoners van PVT FOR gaat in vervulling, ze genieten een ganse dag van een VIP-behandeling in het kasteel van Oud-Rekem en krijgen een rit met een limousine;



DE BEWONERS ZIJN EEN DAG VIP'S DANKZIJ HARTENWENS

- 07.07.2009** ontslagnemend gouverneur Steve Stevaert brengt werkbezoek aan OPZC Rekem;
- 10.09.2009** Guy Swinnen (zanger van de Scabs) start als vrijwilliger en wordt peter van ons zorgcentrum;
- 15.09.2009** start van het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrie Zorg (KeFor);
- 30.10.2009** PVT 2 Rekem verhuist naar PVT 1 Rekem en ze fusioneren tot PVT 1 Rekem;
- 19.11.2009** 16 zorgkundigen slagen in hun opleiding;



GUY SWINNEN WORDT VRIJWILLIGER EN PETER VAN OPZC REKEM



ONTSLAGNEMEND GOUVERNEUR STEVE STEVAERT OP WERKBEZOEK BIJ OPZC REKEM

- 24.11.2009** de deelnemers aan Helende relatie ontvangen hun certificaat;
- 25.11.2009** officiële opening van PVT MIN Antwerpen;
- 04.12.2009** de afgestudeerden van het eurionaal project Chronos, een twee jaar durende opleiding voor levensbegeleider, ontvangen hun diploma bij OPZC Rekem.



EEN NIEUWE LICHTING AFGESTUDEERDEN VAN CHRONOS NEMEN HUN DIPLOMA IN ONTVANGST

Inleef- en werkbezoeken 2009

- 28.01.2009** 7^e jaar Medico Sociale Administratie – 18 personen (1/2 dag);
- 20.03.2009** Sint-Augustinus Bree Humane Wetenschappen – 35 personen;



STUDENTEN VAN SINT-AUGUSTINUS BREE TIJDENS EEN SESSIE CREATIEVE THERAPIE

21.04.2009 Kindheids Jesu Hasselt Humane Wetenschappen
– 23 personen;

07.05.2009 Broeders Alexianen Tienen 1* – 50 personen;

12.05.2009 Gepsy* – 21 personen;

19.05.2009 Amerikaanse studenten* – 13 personen;



GEPSY BRENGT BEZOEK AAN OPZC REKEM EN DE OUDE INSTELLING

- * • BROEDERS ALEXIANEN TIENEN: PERSONEELSLEDEN VAN DE PSYCHIATRISCHE KLINIEK BROEDERS ALEXIANEN TIENEN, DIE WERKBEZOEK COMBINEREN MET TEAMBUILDING, KOMEN MET 3 GROEPEN OP 3 VERSCHILLENDE DAGEN OP WERKBEZOEK;
- GEPSY: GEPENSIONEERDE PSYCHIATERS EN DIRECTIELEDEN VAN PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN BRENGEN BEZOEK AAN DE VERSCHILLENDE PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN;
- AMERIKAANSE STUDENTEN: KOMEN KENNISMAKEN MET DE ZORGSECTOR IN BELGIË IN KADER VAN EEN UITWISSELINGSPROJECT VAN STUDENTEN UIT DE ZORGSECTOR MET UNIVERSITEIT VAN MAASTRICHT. WE NODIGDEN HIERVOOR OOK DE LAATSTEJAARSSTUDENTEN VERPLEEGKUNDE UIT, DIE BIJ OPZC REKEM STAGE LIEPEN.



AMERIKAANSE STUDENTEN EN LAATSTEJAARSSTUDENTEN OP BEZOEK BIJ OPZC REKEM



- 28.05.2009 Broeders Alexianen Tienen 2 – 50 personen;
- 18.06.2009 Broeders Alexianen Tienen 3 – 50 personen;
- 22.10.2009 Mariaburcht Stevoort – 28 personen;
- 23.10.2009 Don Bosco Hechtel – 15 personen (1/2 dag);
- 15.12.2009 Sint-Augustinus Bree Thuis- en Bejaardenzorg – 17 personen.



PERSONEELSLEDEN VAN PSYCHIATRISCHE KLINIEK BROEDERS ALEXIANEN TIENEN OP WERKBEZOEK

Kwaliteit in 2009

Aanpak in 2009

Het jaar 2009 werd gedomineerd door de aangekondigde audit van de Vlaamse overheid. Aan de hand van een referentiekader audit werden alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen, zoals beschreven in het model, geanalyseerd, opgelijst en waar mogelijk opgelost. Het lijstje non-conformiteiten en tekortkomingen is zo geleidelijk aan geslonken en gereduceerd, dit mede omdat heel veel betrokkenen hard hebben meegewerkt met de dienst kwaliteit. Het is een goede oefening gebleken om deze evaluatie te doen en deze taal te hanteren.

Als doorstart voor de dienst kwaliteit werden diverse structuren opgericht nl. een stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid en het overleg kwaliteit en afdelingshoofden. Middels deze structuren kunnen projecten opgevolgd en waar nodig bijgestuurd of gevalideerd worden. De Balanced ScoreCard (BSC) van het ziekenhuis is ook in zijn opzet behouden gebleven en de samenwerking en de aanlevering van de benodigde gegevens is vlot verlopen. De verbeterprojecten van PVT werden gecontinueerd en er werd regelmatig terugkoppeling en communicatie gedaan naar elkaar. De kwaliteitskringen werden geëvalueerd en er zijn aanbevelingen geformuleerd naar de stuurgroep toe om mee te nemen in de nieuwe WAZO-structuur. De dienst kwaliteit is ook de boer opgegaan om projecten te sprokkelen en ontmoette telkens enthousiaste medewerkers bij de diverse disciplines. Sommige projecten hebben een hele (lijdens)weg afgelegd om dan uiteindelijk te stranden, tot frustratie van de indieners, ook dat is een les.

Er werd eveneens werk gemaakt van de reeds lang aangekondigde en geplande zelfevaluatie. Zelfevaluatie is een methode die toelaat om aan de hand van een aantal uitspraken (41) een sterkte-zwakte analyse (SWOT) uit te voeren en zo te komen tot het vaststellen van verbeteracties en het benoemen van punten waar OPZC Rekem goed in is. Door het managementmodel Kwadrant (dit is een afgeleid product van EFQM) te hanteren, wordt volledigheid nagestreefd. Met 17 deelnemers resulteerde dit in een breed en diep beeld van OPZC Rekem. Dit alles leverde een zelfevaluatierapport op en een lijst met verbeteracties, die geclusterd worden volgens thema en gerangschikt volgens prioriteitstelling. De start werd genomen eind 2009, het einde van de zelfevaluatie werd voorzien in april 2010.

Patiëntveiligheid

Wat is patiëntveiligheid?

Patiëntveiligheid of *patient-safety* legt de nadruk op kwaliteitsvolle zorg die effectief, efficiënt, tijdig, billijk en veilig is. Veilige zorg betekent dat de patiënt geen schade lijdt door de zorg of door zijn contact met het zorgsysteem. In Amerikaans onderzoek, to *err is human*, wordt aangetoond dat er heel wat vermijdbare sterfgevallen zijn in ziekenhuizen, voornamelijk in algemene ziekenhuizen. Patiëntveiligheid gaat echter niet enkel om vermijdbare sterfte, maar ook om andere vormen van schade die de patiënt oploopt. Enkele voorbeelden hiervan zijn een langer verblijf in het ziekenhuis door een ziekenhuisinfectie, een valincident, een verkeerde medicatietoediening...

In psychiatrische ziekenhuizen kan een verwarring ontstaan met het algemeen begrip *veiligheid*. Dit is niet hetzelfde als patiëntveiligheid, zoals uit de omschrijving kan worden afgeleid. Ook in psychiatrische ziekenhuizen kan de patiënt schade lijden ten gevolge van zijn verblijf. Medicatiefouten, een te lang verblijf in een afzonderingskamer, verkeerd fixeren, ontvluchtigen... zijn hiervan voorbeelden.

Het project

De FOD Volksgezondheid lanceerde in 2007 een oproep tot deelname aan een project *patiëntveiligheid en kwaliteit*. Omdat OPZC Rekem patiëntveiligheid belangrijk vindt, sloten ze, net als 90% van de andere Belgische algemene en psychiatrische ziekenhuizen een contract af om deel te nemen. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Gemeenschap stimuleren patiëntveiligheid waardoor er een wereldwijde aandacht ontstaat.

De Belgische overheid ontwikkelde een uitgebreid strategisch plan m.b.t. patiëntveiligheid in de ziekenhuizen en tracht dit door een vastgelegd traject te implementeren. Alle achtergrondinformatie hiervan is te vinden op de website www.patient-safety.be.

Historiek

Voor het contractjaar 2007–2008 werd een cultuurmeting uitgevoerd met betrekking tot patiëntveiligheid in OPZC Rekem, meer bepaald in het ziekenhuis. Belangrijkste resultaten uit de meting waren o.a.: er heerst geen patiëntveiligheidscultuur; verwachtingen en acties van de manager/supervisor om patiëntveiligheid te bevorderen scoren naast teamwerk het tweede hoogste in de positieve ranking.

Volgende verbeteracties werden reeds ondernomen:

- er werden 3 verplichte infosessies voor alle medewerkers aangeboden. Hierin stond vooral de sensibilisering van de medewerkers centraal rond het thema patiëntveiligheid. Er werd gestart met het oprispen van de resultaten van de cultuurmeting en vervolgens werd duiding gegeven hoe in het dagelijks werk van elke medewerker er een link is met concrete praktijken. Zo werd er gewezen op de voordelen van een verhoogde aandacht voor patiëntveiligheid en ook op de risico's om er te licht over te gaan;
- daarnaast en complementair aan dit initiatief was de actie naar de leidinggevenden. Alle leidinggevenden in de zorg werden uitgenodigd om hun medewerkers te sensibiliseren om concreet op de werkvloer initiatieven te nemen of bestaande initiatieven te versterken die in de dagelijkse praktijk gelinkt zijn aan patiëntveiligheid zoals handhygiëne, omgaan met agressie, registratie van incidenten (FONA, SOAS...), decubituspreventie, medicatiedistributie, communicatie...

Contractjaar 2008-2009

Het nieuwe contract is opgebouwd uit drie pijlers. In het rapport wordt deze structuur gevolgd.

Pijler 1: Ontwikkeling van een Veiligheidsmanagementsysteem

Om een integrale opvolging toe te laten van incidenten (PDCA) is de installatie nodig van een systeem van melding, opvolging door de juiste personen (bevoegdheden en verantwoordelijkheden) en afhandeling binnen een redelijke termijn en onderzoek en implementatie van verbetermogelijkheden, ad hoc en structureel. Voor het contract 2008–2009 werd het bestaande meldsysteem (FONA en SOAS) getoetst aan deze criteria.

De projectleider heeft gezorgd voor een eenvoudig invulstelsel. Daarnaast is ook een opsplitsing gemaakt van FONA en de registratie van agressie (SOAS III). De bespreking van de resultaten gebeurde steeds op het comité voor veiligheid en preventie. De projectleider heeft occasioneel ook query's gedaan voor specifieke vragen. Er is echter door een evaluatie met de kwaliteitsverantwoordelijke gebleken dat:

- de gegevens van FONA ook besproken dienen te worden op de beheerscomités, omdat daar de samenstelling een meer inhoudelijke bespreking toelaat;
- er wel een opvolging vanuit het comité gebeurt naar de FONA resultaten maar dat er weinig opvolging door de juiste (hiërarchische) mensen kan gebeuren, waardoor acties mogelijk niet plaatsvinden of onvoldoende gekaderd zijn;

- er mogelijk een onderregistratie is van incidenten door te weinig bewustzijn rond het belang van goed melden;
- verbeteracties werden geformuleerd in de operationele doelstellingen van contract 2008–2009 en zullen verder opgevolgd worden in de loop van volgende jaren;
- de SOAS registratie verloopt goed en er gebeurt een vermelding van het aantal in de kwaliteitskaart (BSC ZH) maar er is geen inhoudelijke systematische analyse/opvolging en bijgevolg het ontbreken van verbeteracties.

De rapportage voorziet in een verbeteractie die een integratie voorziet van FONA en SOAS in een geautomatiseerd systeem (middels aanschaf van een software), wat een adequate opvolging toelaat en leidt tot daaraan gekoppelde verbeteracties. Bovendien voorziet een dergelijk geautomatiseerd systeem in een retrospectieve analyse van incidenten (o.a. PRISMA, SIRE). Processen kunnen ook prospectief geanalyseerd worden (o.a. FMEA). Deze analyses zijn nodig om te voldoen aan de contractuele verplichting en bieden een uitgelezen kwaliteitskans. In 2010 wordt de aanschaf voorzien van een specifieke software.

Pijler 2: procesverbeteringsproject: medicatiedistributie

De keuze die hiervoor gemaakt is, is gebaseerd op een in een psychiatrisch ziekenhuis belangrijk proces in de behandeling; nl. medicatiedistributie. Dit project werd mede ingegeven door de vraag van de zorg naar medicatiekarren. Simultaan werden er stricte procedures ingevoerd, zodat er overal binnen OPZC Rekem uniformiteit is. De wettelijke criteria werden meegenomen en het aantal controles werden opgedreven om maximaal fouten te reduceren. In het volgende contractjaar 2009–2010 is gekozen om het project intramurale transfer als procesverbetering door te voeren.

Pijler 3: multidimensionele indicatorenset

De bedoeling van de FOD is te komen tot een cartografie van indicatoren die gebruikt worden in de psychiatrische ziekenhuizen. In dit deel van de rapportage werden de resultaten weergegeven van de vergelijking tussen de set die werd gepresenteerd door de FOD Volksgezondheid en de indicatoren, die op recurrente basis voor het dagelijks beleid van de organisatie werden gehanteerd.

Het resultaat van deze oefening was de opgave van al de indicatoren, die middels de kwaliteitskaart (BSC ZH) maandelijks werden verzameld en besproken in de beheerscomités van de diverse zorglijnen.

Er werd aangegeven dat deze kaart geëvalueerd wordt en gezocht wordt naar een manier om uit de bestaande indicatorenset meer klinisch relevante indicatoren te integreren voor het dagelijks beleid, via het opstarten van interdisciplinaire verbeterprojecten op niveau van een zorgeenheid. Hierbij kan dan gebruik gemaakt worden van Navigator om het geheel te faciliteren en mogelijkheden voor benchmarking toe te laten. Tenslotte is in het rapport ook weergegeven hoe het meerjarenplan van OPZC Rekem inzake patiëntveiligheid-kwaliteit is opgebouwd.

Meerjarig veiligheidsplan

Het meerjarig veiligheidsplan sluit aan en vertrekt van de beheersovereenkomst van OPZC Rekem met de Vlaamse overheid (2008–2010), waarin ook melding gemaakt wordt van zorg: *Zorg voor iedereen & vaag-gestuurde zorg*.

Hierbij aansluitend werden onderstaande strategische doelstellingen (2008–2012) geformuleerd:

- in onze organisatiecultuur evolueren naar een *no blame* cultuur door top down en bottom up:
 - instrumenten aan te reiken die de melding van incidenten vereenvoudigt;
 - de opvolging en bespreking van incidenten mogelijk te maken door te leren en uit te dragen naar alle medewerkers dat kwaliteit en voortdurend verbeteren (één van de 4 basiswaarden van OPZC Rekem) hand in hand gaan;
 - transparantie in de melding, de opvolging en de genomen acties voor alle medewerkers van hoog tot laag in de organisatie;

- de stuurgroep kwaliteit is in deze organisatiecultuur de centrale ontmoetingsplaats van de diverse actoren, die daar op permanente of occasionele wijze aan deelnemen en die waken over een goede infodoorstroming en besluitvorming;
- zorgen dat de resultaten van de dimensies patiëntveiligheidscultuur die positief gerangschikt zijn, gebruikt worden om één voor één de dimensies die negatief gerangschikt staan aan te pakken en op te volgen (PDCA).



INTERNE FORMING HANDHYGIËNE

Zorg en Organisatie/WAZO

In het vorig activiteitenverslag (jaar 2008) staat een eerste aanzet beschreven tot de vernieuwing van het organisatiemodel, waar OPZC Rekem mee van start is gegaan. 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 uitgangspunten

Een aantal uitgangspunten betekenen de ruggengraat 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 dat 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. Naast het uitbouwen van hiërarchische loopbaanmogelijkheden eveneens mogelijkheden creëren tot een expertloopbaan.

De werkgroep

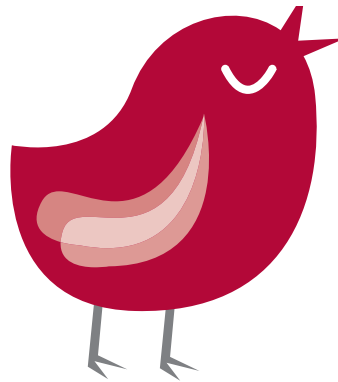
De werkgroep *Zorg en Organisatie* bestaat uit de administrateur-generaal, de hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg, de directeur PVT, de algemeen directeur, de personeelsmanager, een hoofd nursing PVT, een hoofd nursing ziekenhuis en de stafmedewerkers nursing. Er werden verschillende werkvormen gehanteerd: plenaire besprekingen, besprekingen in werkgroepen, studiewerk...

Begin januari 2009 werden gedurende een tweedaagse alle te bespreken punten opgelijst en doorgesproken. Daarna ging een redactiecomité aan de slag om een visietekst te schrijven gevolgd door een plenaire bespreking van de tekst door de werkgroep op 13 februari 2009. In maart werd de tekst in een overleg van de directie met de medische staf besproken. Eind april en begin mei hebben er een reeks hoorzittingen plaatsgevonden met verschillende personeelsgroepen: psychologen en orthopedagogen, therapeuten, maatschappelijk assistenten, verpleegkundig leidinggevenden en paviljoenoversten en afgevaardigden van verpleegkundigen, zorgkundigen en logistiek assistenten.

Vervolgens heeft de werkgroep *Zorg en Organisatie* de opmerkingen vanuit de hoorzittingen besproken. Daarna is er een stappenplan ontwikkeld voor het verder verloop ter voorbereiding van de implementatie. Op 28 oktober 2009 werden de werkzaamheden van de werkgroep *Zorg en Organisatie* beëindigd. In december 2009 zijn er een 8-tal infosessies doorgegaan om het volledige personeel te informeren over het nieuwe organisatiemodel. De uitgangspunten, principes en het nieuwe model zelf zijn in een boekje gegoten dat aan ieder personeelslid is overhandigd. Het vormt de basis voor de besprekingen van workshops die in januari en februari 2010 werden gepland.

WAZO

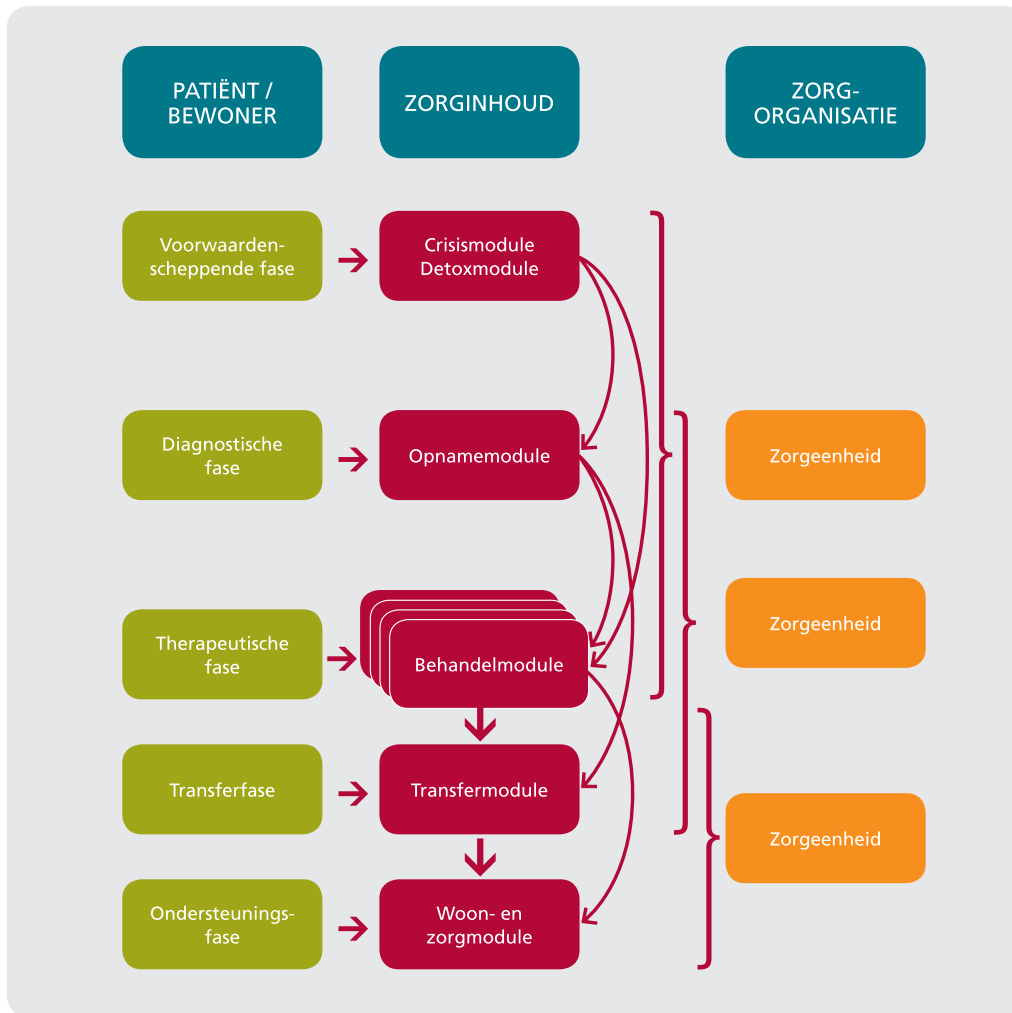
Een samenwerking met een communicatiebureau heeft geresulteerd in de naamgeving *WAZO* voor dit reorganisatietraject. Het is de afkorting van *WAanzinnig ZOrgzaam*. Zoeken naar de meest optimale organisatievorm voor OPZC Rekem, zodat we waanzinnig zorgzaam kunnen zijn, is de betrachtting. Het symbool dat voor dit reorganisatietraject staat is een vogel.



wazo

waanzinnig zorgzaam

Bouwstenen van het nieuwe organisatie-model



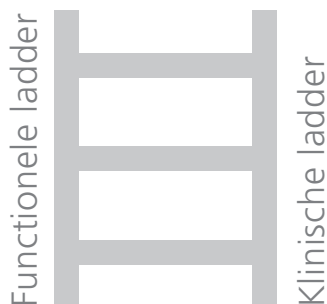
De hulpvraag – de modulaire werking

Vertrekkende vanuit de analyse van de zorgvragen worden **5 fasen** geïdentificeerd. Een fase is een verzameling van verschillende stappen in een proces. Volgende **fasen** zijn gedefinieerd: voorwaarde scheppende fase, diagnostische fase, therapeutische fase, transferfase en ondersteuningsfase.

Elke fase wordt vorm gegeven in **modules**. Een module is een geheel van zorgactiviteiten in een specifieke context voor een bepaalde doelgroep en gericht op een welomschreven doel.

De duale ladder

Het OPZC Rekem wil zowel de functionele ladder als de klinische ladder in de zorgorganisatie inbouwen. In de klinische ladder of expertiseladder krijgt de inhoudelijke kennis en vakbekwaamheid een plaats. In de functionele ladder worden de managementaspecten opgenomen. Er is een voortdurende kruisbestuiving tussen deze twee. Deze uitbouw gebeurt voor alle disciplines.



De zorgorganisatie

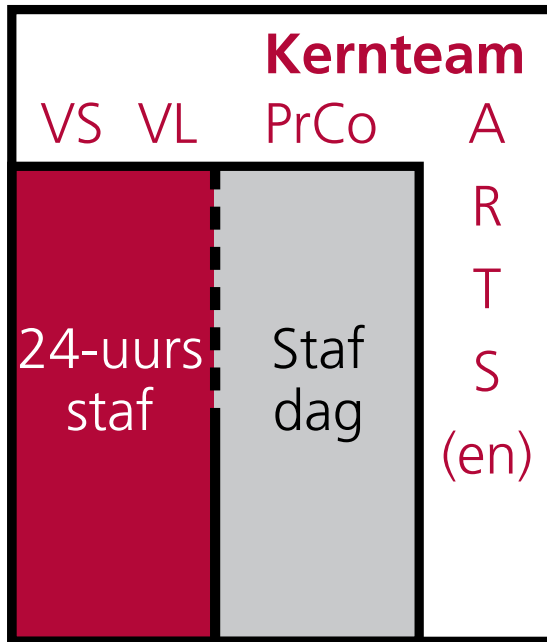
De zorgorganisatie bestaat uit 4 grote delen: de zorgeenheid, het cluster, de vakgroepen en het zorgcomité.

De zorgeenheid is het organisatorisch niveau dat het dichtst bij de patiënt staat en de kernopdrachten van het OPZC operationaliseert, namelijk het leveren van patiënten- en bewonerszorg. Om maximaal te kunnen inspelen op de hulpvragen van de patiënt wordt er op een geïntegreerde manier samengewerkt tussen de verschillende disciplines die zorg verstrekken aan een patiënt of bewoner. Het team van een zorgeenheid is de groep waarmee medewerkers zich identificeren. Medewerkers van de verschillende disciplines worden maximaal aan een zorgeenheid toegewezen en vormen samen de **zorgeenheidetequipe**. De aansturing van de zorgeenheid gebeurt door een kernteam. Een kernteam is verantwoordelijk voor het totaalbeleid van de zorgeenheid, zowel inhoudelijk, organisatorisch, als op het vlak van kwaliteit. Zij kiest de organisatievorm en de inzet van het multidisciplinaire team in functie van de toegewezen doelgroep. Elke zorgeenheid zal dus verschillend zijn. De organisatie en inzet van medewerkers zal op een opname-eenheid zeer sterk verschillen van deze in de woon- en zorgomgeving voor mensen met een mentale handicap. De krijtlijnen worden vastgelegd in een beleidsplan per zorgeenheid dat jaarlijks wordt opgesteld en past in het zorgbeleid van het OPZC Rekem. Het kernteam heeft de dagelijkse leiding van de zorgeenheid en is samen verantwoordelijk voor deze opdracht.

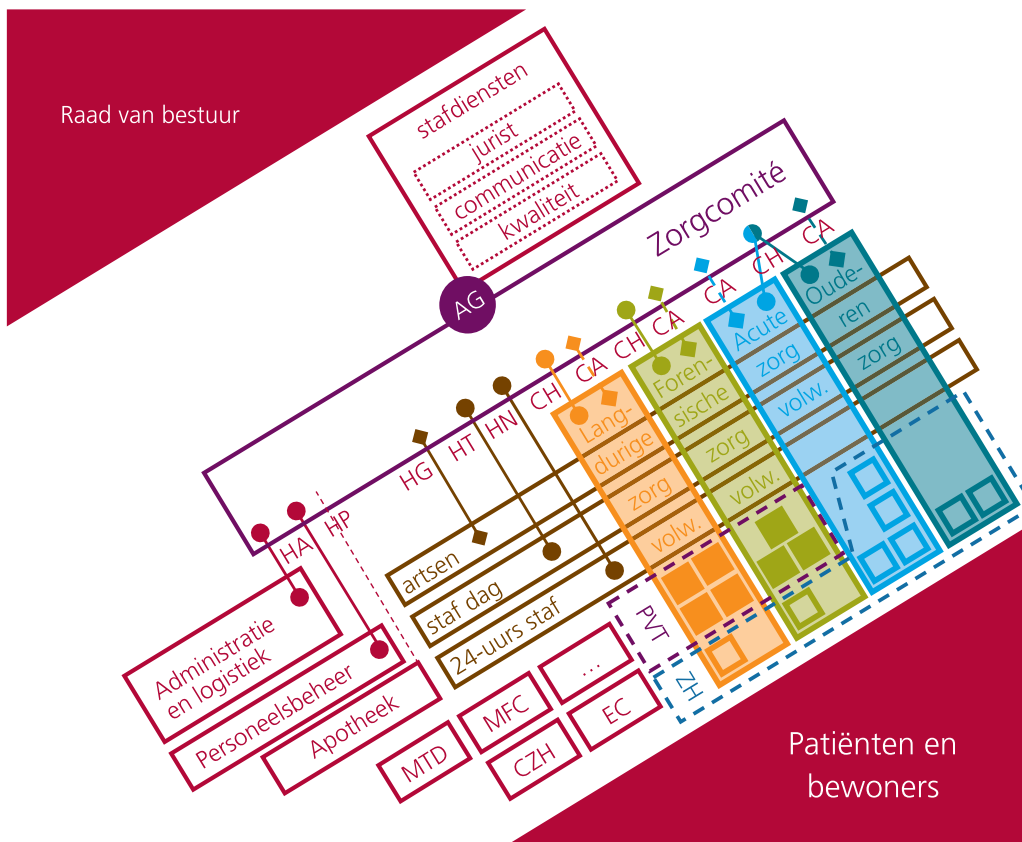
Een cluster bestaat uit een aantal zorgeenheden die een samenhangend geheel vormen. Het OPZC onderschrijft de visie dat geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken georganiseerd wordt. Bij het vastleggen van de clusters wordt rekening gehouden met de verscheidenheid aan partners in de netwerken en zorgcircuits. Het zorgaanbod is complementair met de opdrachten die andere partners in het zorgcircuit opnemen. Op het clusterniveau worden de mensen en middelen toegewezen om voor de doelgroep een aanbod te doen dat aangepast is aan de veelheid van zorgvragen. Het cluster legt de link tussen de zorgeenheden en het zorgcomité en heeft een coördinatieopdracht tussen de verschillende zorgeenheden van het cluster. Het cluster is beperkt met directe zorg bezig en werkt ondersteunend en sturend; het is een managementorgaan. Aan het hoofd van een cluster staan een clusterhoofd en een coördinerend arts. Zij vormen samen het clusterteam.

De vakgroepen zijn de klinische of expertisepoot van de organisatieladder voor de disciplinegebonden aspecten. De vakgroep brengt alle medewerkers die behoren tot een bepaalde vakgroep of discipline samen. De vakgroepwerking staat in voor een voortdurende verbetering van de activiteiten van elke vakgroep in het bijzonder en de patiënten- en bewonerszorg in het algemeen. Innovatie en creativiteit, gekoppeld aan *evidence based*, zijn kernbegrippen. De vakgroep heeft als opdracht aan intercollegiale toetsing te doen vanuit het eigen vakgebied en maakt de keuzes m.b.t. de uitbouw van de vakinhoudelijke werking. Er wordt een vakgroepbeleidsplan opgesteld door elke vakgroep binnen de krijtlijnen van het patiënten- en bewonerszorgbeleid van het OPZC.

Het zorgcomité neemt de coördinatie van de patiënten- en bewonerszorg in het OPZC op. In het zorgcomité worden zorginhoud en zorgorganisatie samengebracht voor het geheel van de kernopdrachten van het OPZC. Het zorgcomité is verantwoordelijk voor de uitvoering van de door de raad van bestuur vastgelegde strategie m.b.t. patiënten- en bewonerszorg en doet beleidsvoorbereidend werk. Het zorgcomité legt de doelstellingen vast, maakt een beleidsplan op voor patiënten- en bewonerszorg in het OPZC, keurt de beleidsplannen van de clusters en de zorgeenheden goed en volgt deze mee op. Eveneens stelt het zorgcomité de personeelsbehoeften vast en volgt het personeelsbeleid op voor patiënten- en bewonerszorg.



PrCo: programmacoördinator
 VL: verpleegkundig leidinggevende
 VS: verpleegkundig specialist



- Zorgeenheid ZH
- Zorgeenheid PVT

- AG: administrateur-generaal
- ◆ CA: coördinerend arts
- CH: clusterhoofd

- HG: hoofdarts
- HN: hoofd nursing
- HT: hoofd therapie

- HP: hoofd personeel
- HA: hoofd adm en log

Implementatie

De implementatie van het nieuwe organisatiemodel is 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 en een functieclassificatie... Hierover meer in het activiteitenverslag van 2010.

Masterplan

In 2009 werd een vernieuwd masterplan voor OPZC Rekem ontwikkeld, met als doel een infrastructuur en omgeving te realiseren die het bieden van kwalitatieve zorg maximaal ondersteunt. De architectuur heeft oog voor de noden van de patiënt en draagt zorg voor de personeelsleden die deze zorg verstrekken. Ze vertrekt van een integrale visie op de toekomst en combineert maatschappelijk verantwoorde zorg, duurzaamheid en kostenefficiëntie.

Een grotere openheid naar de patiënt, de familie en de bredere leefgemeenschap, transmuraal werken via netwerking en zorgcircuits, zorg op maat, flexibele zorg en vermaatschappelijking van de zorg zijn momenteel de grote uitdagingen. Het masterplan onderschrijft dezelfde doelen. We bouwen en verbouwen immers voor de volgende decennia.

Psychiatrische zorg staat niet stil en het zorgaanbod zal zowel op inhoudelijk als organisatorisch vlak snel evolueren. Gezien de doorlooptijd tussen concept en realisatie, vraagt dit een grote flexibiliteit en gerichtheid op innovatie zowel conceptueel als bouwfysisch.

De inplanting van het OPZC, vlak naast het nationaal park Hoge Kempen, noodzaakt tevens tot een bijzondere zorg voor de natuur en het natuurbehoud. Deze integratie in de natuur is een troef voor ons psychiatrisch zorgcentrum. Het masterplan versterkt deze troef met respect voor het nationaal park. Door de spreiding van de gebouwen neemt de huidige infrastructuur een te groot deel van de groene ruimte in. Door concentratie en afbraak van gebouwen kan een mooier, consistentere en groener geheel worden gerealiseerd. De diverse functies zoals zorg, facilitaire dienstverlening en publiekgerichte activiteiten worden daarom in duidelijke zones ondergebracht. De groene zones optimaliseren de natuurlijke integratie van de gebouwen en maken het mogelijk om de verschillende functies via natuurelementen te verbinden.

De boerderij behoudt haar hippotherapiefunctie, doch krijgt een centralere rol in het kader van natuurbeleving en -educatie.

Het masterplan heeft bijzondere aandacht voor de veiligheid van patiënten en personeelsleden. Zowel de ontwikkeling van een auto-arme campus als de realisatie van een betere toegankelijkheid voor minder mobiele bezoekers en een verhoogde maatschappelijke integratie van het zorgcentrum staan voorop.

Het masterplan wil ten slotte een open site realiseren die uitnodigend is voor de bredere leefomgeving. Sociale en culturele activiteiten zijn hiertoe een middel, waarbij psychiatrische patiënten en bewoners sterk worden betrokken en hun zelfwaardegevoel wordt versterkt.

De nabijheid van het fietsroutenetwerk is hierbij een troef.

Deze bredere maatschappelijke integratie staat echter steeds in functie van een betere zorg en wordt ontwikkeld met bijzondere aandacht voor de veiligheid, privacy en rust voor patiënten, bewoners en personeelsleden.

Hiertoe werden vijf sites uitgetekend:

De woon-zorgstraat

In deze woon-zorgstraat bevinden zich de zorgeenheden met ondermeer de reeds gerealiseerde nieuwbouw voor neurosezorg en psychosezorg.

In december 2010 zal aan het einde van deze straat een nieuwbouw voor 40 patiënten worden gerealiseerd.

In maart 2011 zal dit gebouw bruikbaar zijn voor 80 patiënten.



Voor de bijkomende realisatie van een nieuwbouw ten behoeve van 80 patiënten vooraan in de woon-zorgstraat werd een subsidievraag ingediend. Door de afbraak van de oudere gebouwen wordt de woon-zorgstraat volledig opgenomen in een nieuwe groene zone.

Na afbraak van de oude gebouwen sluit de boerderij perfect aan op deze nieuw gecreëerde groene zone. De toegankelijkheid van de boerderij vanuit de woon-zorgstraat wordt vergroot via een betere toegang aan de achterzijde.

De huidige keuken wordt behouden, doch sluit na het realiseren van de nieuwbouw beter aan op de woon-zorgstraat.

Een site gericht op onthaal en maatschappelijke integratie

De grote parking aan het onthaalgebouw ligt dicht bij het begin van de woon-zorgstraat. Aan het einde van de woon-zorgstraat wordt een nieuwe parking gerealiseerd, welke zal bereikbaar zijn via een nieuwe toegangsweg die langs de rand van de campus loopt. Op deze wijze wordt de bereikbaarheid van de woon-zorgstraat vergroot en blijft de gehele campus autovrij.

Het onthaalgebouw blijft fungeren als baken. In dit gebouw wordt de polikliniek gehuisvest.

In het stookgebouw voorzien we een auditorium bruikbaar voor interne vormingsinitiatieven, studiedagen, congressen, socio-culturele en mogelijks toeristische activiteiten in functie van het nationaal park Hoge Kempen.

Het trefcentrum behoudt de huidige functie of kan meer georiënteerd worden in functie van het auditorium. Het terras van het trefcentrum wordt meer naar de voorkant georiënteerd. Het trefcentrum sluit dan aan op het auditoriumgebouw.

Een tweede publieksgerichte site

Het therapiecentrum en sporthal behouden hun huidige functie en kunnen naast de trefcentrum-functie voor patiënten en bewoners verder uitgebouwd worden in het kader van socio-culturele activiteiten zoals vernissages, tentoonstellingen, muziekoptredens enz. Het gebouw wordt op deze wijze voor diverse functies optimaler gebruikt.

De huidige sporthal wordt ook voor externen toegankelijker via de nieuwe toegangsweg en parking.

Een administratieve site

De omheinde personeelsparkings blijven behouden. Het huidige administratieve gebouw wordt gesloopt en we voorzien een nieuwbouw aansluitend op de garage en de dienst onderhoud en techniek.

Een forensische campus

Er komt een aparte forensische campus. Hierdoor komt er een betere scheiding tussen het regionale ziekenhuis en het forensische ziekenhuis. Deze forensische campus krijgt een aparte toegang via de Daalbroekstraat.

De toegang PVT op de ziekenhuiscampus verdwijnt zodat het fietsroutenetwerk niet langer gestoord wordt door een OPZC-toegangsweg.

Het gebouw van de huidige forensische afdeling wordt gesloopt. Samen met de afbraak van het huidige administratieve gebouw creëert dit weer een mooie groene ruimte aan de achterkant van de woonzorgstraat.

Werkgroep Transculturele Psychiatrie

Opstart van de Werkgroep Transculturele Psychiatrie

Het cliëntenbestand en de context van zorg- en welzijnsvoorzieningen is veelkleurig en divers geworden. Op verschillende plekken moeten mensen van alle leeftijden en met sterk verschillende achtergronden met elkaar werken, wonen en leven. Precies deze diversiteit vraagt een groot aanpassingsvermogen van hulpverleners en organisaties. Met afwisselend succes zet men zich in om hiermee om te gaan op de werkplek.

Binnen de patiëntenpopulatie van het OPZC alleen al, is 15% van de patiënten van allochtone herkomst. In de Forensische zorg is er een oververtegenwoordiging van 30% van vooral Marokkaanse patiënten, met een erg kwetsbaar psychotisch beeld.

Goede hulpverlening houdt expliciet rekening met de verschillen tussen de mensen en biedt zorg op maat aan. Dit betekent dat de hulpverlening rekening dient te houden met het leven in een multiculturele en multi-etnische samenleving. Dit brengt met zich mee dat het zorgcentrum ook voor de allochtone medemens met psychosociale problemen gemakkelijk toegankelijk moet zijn en dat het behandelaanbod ook op de specifieke psychosociale problematiek van de allochtone patiënt moet worden afgestemd.

Voor taalproblemen in de dagdagelijkse hulpverlening doet OPZC Rekem al jarenlang een beroep op interculturele bemiddelaars van het ZOL Genk voor patiënten van Marokkaanse, Italiaanse en Turkse afkomst. Naast taal zijn er vaak ook culturele tegenstellingen die een rol spelen. Allochtone patiënten beleven en uiten hun ziekte meestal anders dan wij in onze cultuur gewoon zijn. Naarmate de psychiatrisch verpleegkundigen meer in contact kwamen met allochtone patiënten, begonnen er meer vragen te komen rond multicultureel verplegen, omgaan met diversiteit, omgaan met moeilijke patiënten...

In 2002 werd daarom een werkgroep Transculturele Psychiatrie opgestart.

Algemene doelstelling van de werkgroep

Grosso modo situeren de inspanningen van de werkgroep Transculturele Psychiatrie in OPZC Rekem zich op twee niveaus:

- **interculturele competentie** situeert zich op het individuele niveau en verwijst naar de kennis, attitudes en vaardigheden van hulpverleners én cliënten om constructief met diversiteit om te gaan;
- **interculturalisering** gaat om de processen op het niveau van de organisatie om vanuit een duidelijke visie de voorziening te dynamiseren en cultuurgevoeliger te maken om gelijke toegang en gelijkwaardige kwaliteit aan diverse cliëntengroepen te verschaffen.

Concrete doelen

Interculturele competentie verhogen: wat kan een medewerker doen en ontwikkelen om adequaat met de culturele gevoeligheden van de ander, van zichzelf en van de organisatie om te gaan?

- dit kan enerzijds door kennis en expertise betreffende interculturele zorgverlening toegankelijk te maken door expertise via externe sprekers, via de interculturele bemiddelaars... naar OPZC Rekem te halen;

- anderzijds moet de werkgroep een steunpunt bieden. D.w.z. dat ze gaat kijken wat er is, laat ontwikkelen van wat er nodig is, verzamelt dit en zorgt dat het toegankelijk is voor alle belanghebbenden (top down strategie) via het uitnodigen van sprekers voor het ganse zorgcentrum. Ook het mortuarium voor allochtonen werd destijds op vraag van familie aangepast en door bemiddelaars voorgesteld aan het personeel.

Interculturaliseringsprocessen: wat kan een organisatie doen om ervoor te zorgen dat zij de interculturele competenties in huis haalt én ervoor zorgt dat haar medewerkers die competenties aan de dag kunnen leggen? Dit kan via:

- het stimuleren van het beleid om tot actie over te gaan (bottom up strategie): door verslaggeving naar directie toe, door aanvraag voor gepaste maaltijden voor allochtonen vb. moslims...;
- het opzetten van samenwerkingsverbanden met morele consultants, interculturele bemiddelaars, het provinciale integratiecentrum (PRIC)...;
- het exploreren van de multiculturele omgeving (soms via onderzoek) bv. door het voeren van een enquête, in de toekomst tot bij de patiënt gaan;
- het signaleren van knelpunten en er iets aan doen; bv. taalconsultanten inschakelen, wegwerken van beeldvorming door informatieverstrekking...

Samenstelling en werkwijze

De Werkgroep Transculturele Psychiatrie wil als aanspreekpunt fungeren voor knelpunten en vragen. In de werkgroep zitten iets meer allochtone collega's dan verhoudingsgewijs in de zorg- en verblijfseenheden. De voorzitter of de werkgroepleden zoeken antwoorden op de vragen van de hulpverleners, vanuit eigen ervaring, literatuur of contacten met externen.

De werkgroep komt maandelijks samen. Tijdens de eerste bijeenkomst van het jaar volgt een evaluatie van het afgelopen jaar, een opsomming van mogelijke knelpunten en een inventarisatie van de aanpak. Tijdens de tweede bijeenkomst wordt de jaarplanning opgemaakt, daarna wordt er maandelijks overleg gepleegd om de acties tijdens het jaar voor te bereiden, te plannen en uit te voeren.

Concrete realisaties tot hertoe

Sinds de opstart van de werkgroep in 2002, werd al heel wat vooruitgang geboekt op vlak van Transculturele Psychiatrie:

- in 2003 probeerde de werkgroep door maandelijkse bijeenkomsten met de interculturele bemiddelaars haar kennis en inzichten m.b.t. hulpverlening aan allochtone patiënten te vergroten en haar houding ten aanzien van deze behandelgroep zo nodig te verbeteren;
- in de loop van 2004 werd een bevraging voorbereid om allochtone patiënten te bevragen over hun verblijf en behandeling. De resultaten werden in 2005 verwerkt;
- in 2005 werd een moslimmortuarium uitgebouwd binnen het ziekenhuismortuarium. Zo konden overleden patiënten met een islamgeloof volgens hun voorschriften gewassen worden en konden familieleden volgens de eigen gewoonten afscheid nemen van de overledenen. Ondertussen is het volledige mortuarium van OPZC Rekem in de loop van 2009 gesloten en wordt samengewerkt met een externe begrafenisondernemer, die ook de nodige voorzieningen biedt voor moslims;
- op 22.09.2006 werd op het Vlaamse Geestelijke GezondheidsCongres de workshop *psychiatrische verpleegkunde voor Marokkaanse psychotici vergt specifieke aanpak* gegeven. De informatie hiervoor werd gehaald

uit een project dat i.s.m. laatstejaarsstudenten van de Katholieke Hogeschool Limburg, departement Gezondheidszorg, werd gerealiseerd;

- op 03.05.2007 werd het jaarprogramma aan het personeel voorgesteld met een toneelstukje van de interculturele bemiddelaars en multiculturele hapjes. Dat jaar vond voor alle personeelsleden een lezing plaats, die gegeven werd door wijlen Antoon Gailly. Er werd inhoudelijk gewerkt aan een infomap met daarin achtergrondinformatie over diverse culturen en religies. De leden van de werkgroep gingen samen met andere geïnteresseerde personeelsleden op bezoek naar de Turkse moskee in Sledderlo en naar de Oekraïens-katholieke kerk in Waterschei. Op een extern congres werd een workshop gegeven en de VRT maakte datzelfde jaar opnames voor een Ter Zake reportage over allochtonen in de psychiatrie;
- op 06.05.2008 werd een multiculturele namiddag georganiseerd i.s.m. centrale therapie, een dag met infosessies, workshops en multiculturele hapjes. Dat jaar werd in diverse vergaderingen de werkgroep en de werking voorgesteld. Op het einde van het jaar werd al een eerste aanzet gegeven rond de inhoud van het symposium van 2010. Eind 2008 werd een uitstap naar Antwerpen georganiseerd. De bedoeling van deze uitstap was om via een gids meer informatie te krijgen over het Jodendom;
- in 2009 werd voornamelijk gewerkt rond sensibiliseren van het personeel rond het bestaan van de werkgroep. Om een zicht te verwerven of men op de hoogte is van de werkgroep werd een bevraging afgenomen in de zorgeenheden. Uit de enquête bleek dat nieuwkomers weinig zicht hadden op het reilen en zeilen van de werkgroep en dat men ook weinig zicht had over de transculturele hulpverlening. De ancients echter wisten wel wat de werkgroep inhield en dat ze met vragen telkens bij de werkgroep terecht konden. Naast de bevraging werd in 2009 het inhoudelijke programma van het symposium *Transculturele psychiatrie: multiculturele zorg* voorbereid. Er werden contacten gelegd met het PRIC (Provinciale Integratiecentrum) met als doelstelling hen mee te betrekken. De sprekers werden gecontacteerd en praktische afspraken werden gemaakt.

Reactie van 2 interculturele bemiddelaars over de samenwerking met de werkgroep Transculturele Psychiatrie en het belang ervan:

MALIKA BOULBAHAÏEM, INTERCULTUREEL
BEMIDDELAAR, DIENST PATIËNTENBEGELEIDING,
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

‘Voor mij betekent de werkgroep Transculturele Psychiatrie een echte meerwaarde, omdat ik zowel mijn opgebouwde kennis vanuit mijn levenservaring als persoon uit 2 culturen, alsook mijn werkervaring als intercultureel bemiddelaar daar met anderen kan delen. Men heeft er oor naar, men is er nieuwsgierig naar en men doet er effectief iets mee in de werkgroep. Het thema allochtonen in de psychiatrie verdient blijvende aandacht! We werken als hulpverleners in een multiculturele setting, die net als een cultuur dynamisch is en vandaar vind ik het een absolute must om te blijven sensibiliseren en mensen “alert” te houden voor het “andere”.’

MOSE PIAZZA, INTERCULTUREEL BEMIDDELAAR,
DIENST PATIËNTENBEGELEIDING,
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

'Zo een werkgroep betekent heel veel voor een grote organisatie als OPZC Rekem, zowel voor de patiënten als voor de hulpverleners.

Alle vormingsactiviteiten gericht naar de hulpverleners hebben rechtstreeks en onrechtstreeks invloed op de patiënten. We leven in een veranderende maatschappij, waarbij elke dag nieuwe mensen zich komen vestigen in België. Het ziekenhuis weerspiegelt ook deze diversiteit en de hulpverleners hebben meer dan ooit nood aan interculturele competenties. Dankzij de werkgroep en de gerichte activiteiten worden de hulpverleners gemotiveerd en gestimuleerd om te werken aan zulke competenties. Ik vind het heel belangrijk om de hulpverleners "cultuurgevoeliger" te maken om hun hulpverlening ten aanzien van de allochtone patiënten te verbeteren en te sturen om een effectieve en aangepaste therapie te kunnen aanbieden.

Het ZOL werkt al jaren samen met jullie zorgcentrum en wij als interculturele bemiddelaars kunnen de samenwerking niet anders dan positief evalueren op vlak van de werkgroep en de gerealiseerde activiteiten en vormingsmomenten.

Ik hoop dat de interculturele bemiddelaars van het ZOL in de toekomst nog meer vormingsmomenten kunnen organiseren voor de hulpverleners van OPZC Rekem, om zo de interculturele competenties te kunnen verhogen..'



INFOESSIE AAN PERSONEELSLEDEN ROND TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE



MULTICULTURELE NAMIDDAG BIJ OPZC REKEM



BEZOEK AAN TURKSE MOSKEE IN SLEDDERLO

Therapeutisch Project: 'operationaliseren van een zorgcircuit voor volwassenen met een forensisch statuut'

Therapeutisch Project en Transversaal Overleg

Het ontstaan van de Therapeutische Projecten en het Transversale Overleg situeert zich in het groeiende besef van diverse instanties dat een zorgaanbod dient uit te gaan van de noden van de cliënt waarbij zijn/haar hulpvraag centraal staat. Het hulpverleningsaanbod zou m.a.w. niet langer georganiseerd moeten worden op basis van de verschillende soorten voorzieningen en diensten. De federale overheid spreekt in dit kader erover het aanbod van de GGZ te herorganiseren volgens de principes van *zorgcircuits* en *netwerken*.

Om deze doelstellingen te verwezenlijken experimenteert de overheid met twee elkaar aanvullende instrumenten. Het **Therapeutische Project**, ofwel *het overleg rond de cliënt*. Hiertoe wordt sinds 1 april 2007 de deelname aan multidisciplinair overleg onder bepaalde voorwaarden vergoed. Op deze manier wordt getracht overleg tussen de verschillende partners te organiseren en te stimuleren. Zo kan expertise omtrent de doelgroep uitgewisseld en samengevoegd worden om meer zorg op maat en zorgcontinuïteit te kunnen bereiken. Therapeutische projecten kunnen aldus beschouwd worden als *proefprojecten* om te experimenteren met de beoogde zorgcircuits en netwerken. De informatie uit de therapeutische projecten wordt verwerkt en verder geanalyseerd in het **Transversaal Overleg**.

De projecten richten zich steeds op patiënten met een chronische en complexe problematiek. In het forensische project komen in principe enkel geïnterneerden in aanmerking. Het OPZC Rekem is hoofdcontractant. De andere formele partners van het samenwerkingsverband zijn: M.C. St.-Jozef Bilzen, P.C. Ziekeren, BW vzw 't Veer, PVT MIN Antwerpen, VGGZ Daderteam Hasselt, AC Locomotief, het Project Limes en GDT Listel. Het werkingsgebied betreft de provincie Limburg, aangevuld met aanvragen vanuit PVT MIN in Antwerpen.

Werking

Tijdens de **inclusievergadering**, waarbij de aanwezigheid van alle formele partners vereist is, worden nieuwe aanvragen besproken. Een cliënt moet steeds zijn toestemming geven voor een eventuele inclusie. Deze vergadering, tevens de stuurgroep van het Therapeutisch Project, wordt gekoppeld aan de SPIL-werkgroep *Forensische Psychiatrie en Daderhulp*. Wanneer een aanvraag goedgekeurd wordt, betekent dit de start van een dossier in project. Vanaf dat moment zal er op structurele wijze casusgericht overlegd worden met de meest relevante partners. Deze overlegmomenten worden **opvolgvergaderingen** genoemd. In het forensische project wordt de deelname van de cliënt aan zijn eigen overleg zoveel mogelijk gestimuleerd.

Enkele cijfergegevens

Inclusies

Sinds de start van het project op 1 april 2007 werden er 68 personen geïncludeerd. Het gaat over 66 mannen en 2 vrouwen. Deze zijn op twee uitzonderingen na, allen geïnterneerd. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de herkomst van de geïncludeerde dossiers.

Overzicht inclusies

FORMELE PARTNERS		
OPZC Rekem	31	48
PVT MIN	8	
BW vzw 't Veer	5	
M.C. St.-Jozef Bilzen	2	
P.C. Ziekeren	0	
VGGZ Hasselt	0	
Project Limes	2	
ANDERE PARTNERS		
For PVT Rekem	12	19
BW Bewust	1	
P.Z. Sancta Maria vzw	7	

Exclusies

Tot nu toe werden er 21 personen geëxcludeerd, of m.a.w. uit het project gehaald. Redenen voor exclusie zijn ondermeer:

- de situatie is dermate stabiel waardoor de gestructureerde bijeenkomsten niet meer nodig geacht worden;
- de cliënt werd terugverwezen naar de gevangenis;
- er zijn te weinig externe partners betrokken partij waardoor het therapeutisch overleg parallel loopt met de interne teams.

Toekomst

Het Therapeutisch Project is erkend tot 31 maart 2011. Het is niet geweten welke toekomst er daarna voor de therapeutische projecten is weggelegd.

Het Transversaal Overleg loopt in principe nog tot 31 maart 2010, tenzij er een tegenbericht van hogerhand komt. De werkgroep *transversaal overleg* is momenteel bezig met het maken van de eindrapporten per cluster. Vandaar dat het belangrijk is dat alle knelpunten die ervaren worden in het werken met geïnterneerden duidelijk in kaart worden gebracht.

REACTIE VAN EDITH MEERS, PSYCHOLOOG OPZC REKEM
EN DEELNEMER AAN HET TRANSVERSAAL OVERLEG:

'Een grote meerwaarde van het TP is het gestructureerd bij elkaar brengen van alle bij de zorg betrokken partners. Groot knelpunt blijft voor mij het ethisch omgaan met informatie in functie van het beroepsgeheim en met respect voor de patiënt. Dat vraagt voortdurende alertheid.

Ik heb echter een aantal zeer constructieve vergaderingen kunnen bijwonen waarin bv. zowel de patiënt zelf, zijn partner of ouders en de verschillende begeleidende diensten samen aan tafel zaten en een traject uitstippelden. Het zou een verrijking zijn als we in de toekomst deze vorm van samenwerking nog zouden kunnen uitbreiden met bv. de ambulante diensten voor daderhulp, diensten rond opleiding en tewerkstelling...'



TRANSVERSAAL OVERLEG BIJ OPZC REKEM



Patiëntenparticipatie: patiëntenraden en cliëntenraden in OPZC Rekem

Inleiding

Inspraak van patiënten in hun gezondheidszorg is mede door de wet over de patiëntenrechten (2002) een belangrijk gegeven binnen de huidige geestelijke gezondheidszorg. Patiëntenparticipatie is een instrument om de noden en vragen van de patiënten (of hun familie) gestructureerd te vertalen op verschillende niveaus van de organisatie en is tevens een manier om patiënten (én hun opmerkingen en bevindingen) ernstig te nemen en zorg beter af te stemmen op hun noden.

Het kadert tevens in een algemene visie van kwaliteitszorg.

Basisconcept

Patiëntenraden

Op elke zorgeenheid wordt regelmatig door een externe begeleider een vergadering georganiseerd met patiënten zonder aanwezigheid van personeel, zodat patiënten vrijuit kunnen praten. Deelname aan dit overleg bekijken we als een recht en geen plicht, zodat we voor een vrije deelname opteren. Samen met de patiënten worden goed lopende en minder goed lopende zaken besproken binnen een aantal afspraken:

- elke patiënt kan een agendapunt aanbrengen, maar het moet *afdelingsgebonden* zijn (dit in tegenstelling tot de ombudsdienst, waar het enkel om individuele klachten gaat) en het moet voor 2/3 van de aanwezigen ook als relevant beschouwd;
- alles wat gezegd wordt tijdens de vergadering blijft binnenskamers;
- de patiëntenraden-begeleidster bespreekt met de groep welke concrete opvolging er aan de besproken items kan gegeven worden:
 - welke oplossingen zien de patiënten zelf en welke strategieën kunnen ze hanteren om deze oplossingen zelf te bewerkstelligen?;
 - welke punten zullen voorgelegd worden aan de medewerkers van de betrokken zorgeenheid van het ziekenhuis en met welke suggesties tot oplossing?

Van elke vergadering wordt een verslag gemaakt door de begeleidster en bezorgd aan de medewerkers van de betrokken zorgeenheid. Het verslag met vragen en voorstellen wordt door begeleidster met het afdelingstrio en/of specifieke verantwoordelijken besproken en samen wordt er gezocht naar oplossingen.

Concreet voor 2009:

- aantal vergaderingen: 55;
- het is uiteraard onmogelijk om een volledig overzicht te geven van alle punten, besproken binnen de patiëntenraden. Bij wijze van voorbeeld worden hier enkele thema's aangehaald: invulling vrije tijd, wasserij, voeding,

geldbeheer, tijdsstructuur, bejegening, doktersconsultaties, aanspreekbaarheid en beschikbaarheid van zorgverleners, behandelaanbod...;

- heel veel punten uit patiëntenraden krijgen een *oplossing*: patiënten verzinnen al sprekende zelf een oplossing (verhogen van persoonlijk engagement en verantwoordelijkheid van patiënten), personeel neemt initiatieven naar verandering, bijkomende informatie motiveert een nee, regels worden uitgeklaard en geactualiseerd...

En los van de *oplossing* is *het zich gehoord en gezien weten*; *het zich serieus genomen te voelen* voor mensen (patiënten én medewerkers) een heilzaam gegeven, dat niet in cijfers kan worden uitgedrukt. Het vergroot draagkracht en creativiteit, het helpt relativeren en het geeft mensen betekenis.

Cliëntenraad

Op de *cliëntenraden* worden thema's besproken die overkoepelend zijn voor het hele ziekenhuis.

Deze raad is samengesteld uit 2 patiënten-afgevaardigden per zorgeenheid (aangeduid door de patiënten tijdens de patiëntenraad) en de directeur Patiëntenzorg en wordt eveneens begeleid door de externe begeleidster.

Agendapunten betreffen onderwerpen die met de totale voorziening verbonden zijn (vb. invulling vrije tijd, voeding...) en zijn items die tijdens de patiëntenraden over verschillende afdelingen aan bod komen.

Door de inwerkperiode werden er in 2009 nog geen cliëntenraden opgestart.

Tevredenheidsbevraging

Tevredenheidsvragenlijsten worden afgenomen op alle zorgeenheden twee maal per jaar. Over 29 items kan de patiënt aangeven of hij zeer tevreden, eerder tevreden, eerder ontevreden, zeer ontevreden is of dat het betrokken item niet van toepassing is (voor zijn/haar persoonlijke situatie). Het is een voordeel dat iedereen (niet alleen de mondige) de kans krijgt rustig zelf alle scores anoniem vast te leggen.

De resultaten worden verwerkt tot gemiddelde scores (percentages) per item per zorgeenheid. De scores worden zowel aan de patiënten als aan het personeel van de betrokken zorgeenheid teruggekoppeld. De vijf hoogste scores en de vijf laagste scores van de zorgeenheid zijn zeker onderwerp van verdere bespreking, zowel met de medewerkers van de betrokken zorgeenheid als met de patiënten.

Dergelijk opvolgingsinstrument laat toe om te meten of de geleverde inspanningen ook leiden tot een verhoogde tevredenheid.

In het najaar van 2009 werd een afname voorzien.

Terugkoppeling aan directie

Minstens één maal per jaar worden thema's teruggekoppeld die tijdens de patiëntenraden gemeenschappelijk over verschillende zorgeenheden aan bod komen (september 2009).

De resultaten van de tevredenheidsvragenlijst worden ook teruggekoppeld aan de directie op het niveau van het hele ziekenhuis en op niveau van de zorglijn.

Toekomstperspectieven

Binnen de huidige werking dienen patiëntenraden nog worden opgestart op 2 zorgeenheden binnen het ziekenhuis. De cliëntenraden zouden ook een nieuwe input moeten krijgen.

In het najaar van 2009 werd er een project ingediend bij de Koningin Boudewijnstichting om de werking enerzijds

verder te verfijnen en anderzijds uit te breiden. Het project werd goedgekeurd voor de duur van één jaar. Enerzijds hebben de patiëntenraden als doel: meer dialoog aangaan met de patiënten in verband met het behandel aanbod van hun zorgseenheid. Het is de bedoeling om op een meer gesystematiseerde manier in kaart te brengen hoe patiënten dit aanbod percipiëren en evalueren. Anderzijds is het de bedoeling om het participatie gedachtegoed uit te breiden naar familieleden van opgenomen patiënten. Dit zou vooral kunnen worden uitgewerkt voor zorgseenheden waar chronische patiënten zijn opgenomen, die minder of niet in staat zijn hun eigen mening accuraat te verwoorden.

REACTIE VAN DE BEWONERS
VAN VERSLAVINGSZORG OVER HUN BELEVING
M.B.T. PATIËNTENRADEN:

'De patiëntenraad is een soort van vergadering geleid door een externe begeleider waarin wij, de bewoners, de kans krijgen om onze bedenkingen en verwachtingen te verwoorden.

We zoeken dan in samenspraak met de bewoners en begeleider naar haalbare doelstellingen. We kunnen hier met al onze vragen terecht omtrent de infrastructuur en mogelijke therapieën.

Dit vindt ongeveer maandelijks plaats.

De begeleider maakt dan ook een verslag op van al onze vragen en doet het mogelijke om oplossingen te bereiken in overeenkomst met de doelstellingen die ons programma inhouden. We merken wel dat de begeleider hier werk van maakt om ons zo goed mogelijk te helpen. We zoeken vooral samen naar oplossingen en vragen alleen de zaken die in het voordeel zijn van onze groep, individuele zaken worden behandeld door de ombudsdienst. We kunnen zeggen dat we over de patiëntenraad tevreden zijn.

Via anonieme testen wordt er ook wel eens gepolst hoe wij, de bewoners, tevreden zijn over ons verblijf binnen de zorgseenheid.'

Uilenspiegel vzw:

Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg in een notendop

UilenSpiegel streeft kwalitatieve verbeteringen na van de Geestelijke Gezondheidszorg en van de samenleving in het algemeen.

UilenSpiegel is er voor: patiënten, gebruikers, cliënten en ervaringsdeskundigen die te maken hebben (gehad) met geestelijke gezondheidszorg – ook voor mensen met psychische moeilijkheden, levensmoeilijkheden en mensen met bijzondere psychische ervaringen – ook voor hen die zich solidair verklaren met de belangen van deze groep. Met Geestelijke Gezondheidszorg bedoelen we: zowel de reguliere erkende geestelijke gezondheidszorg als het domein van de alternatieve niet-erkende geestelijke gezondheidszorg.

UilenSpiegel heeft een uitgesproken pluralistisch karakter, vele verschillende meningen zijn dus welkom! UilenSpiegel legt de nadruk op en bevordert de wederzijds respectvolle communicatie tussen mensen. UilenSpiegel leeft en werkt vooral dankzij de inzet van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers.

Uilenspiegel tracht haar doelstelling te realiseren door:

- de publieke opinie te **sensibiliseren**;
- **belangenbehartiging**: opkomen voor de (ex)patiënt;
- onze rechtstreekse doelgroep en het brede publiek te **informer**en;
- het bevorderen van **participatie**;
- het organiseren van **lotgenotencontact**.



Niet aangeboren hersenletsels (NAH) project

NAH en psychiatrie

Het risico dat mensen door een verkeersongeval, een werkongeval, een beroerte, een tumor of een degeneratieve ziekte (vb. Parkinson, MS...), een neurologisch defect oplopen, waardoor zij gedragsstoornissen gaan vertonen is reëel. Stoornissen in het sociaal gedrag, veranderingen in de persoonlijkheid, emotionele stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen zijn maar enkele voorbeelden. Een aantal personen vertoont reeds voor het oplopen van een niet aangeboren hersenletsel ernstige gedragsproblemen. Het gaat vaak om hoog complexe problematieken, waarbij ook verwerkings- en rouwproblemen voorkomen. Het behandelen van deze hoog complexe problematieken behoort tot de taken van een psychiatrisch ziekenhuis.

Samenwerkingsovereenkomst tussen vzw Mané en OPZC Rekem

Vzw Mané is een voorziening van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, die zich momenteel inzet voor ongeveer 100 personen met een fysieke handicap en/of niet aangeboren hersenletsels (NAH). Omdat er op vlak van psychiatrische problemen niet altijd de juiste knowhow in huis was, richtte vzw Mané een vraag tot samenwerking aan OPZC Rekem. Er vonden enkele gesprekken plaats tussen beide directies en binnen het medisch team werd gekeken wie hiervoor interesse had en zo werden een aantal consultaties door een psychiater gepland.

Bij OPZC Rekem werd een miniteam samengesteld. Bewust werd de keuze gemaakt om multidisciplinair te werken. In een eerste fase bestaat het team uit een hoofdverpleegkundige, een psycholoog – 2 mensen uit Ouderenzorg, omdat deze problematiek van lichamelijke handicap en gedragsstoornissen het meest aansluit bij de zorglijn organische stoornissen – en 2 psychiaters. In een tweede fase wordt het team verder uitgebreid met andere disciplines. Tussen het miniteam en Mané werd vervolgens intensief overlegd.

Om de samenwerking officieel te maken, werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend op 04.02.2009 in het gemeentehuis van Maasmechelen.



SAMENWERKING TUSSEN OPZC REKEM EN VZW MANÉ WORDT OFFICIEEL

Samenwerking in de praktijk

- momenteel wordt het miniteam betrokken bij een intakeaanvraag. OPZC Rekem staat in voor de psychologische analyse via consultaties bij Mané of via het vooraf zien van de betrokken patiënt. De analyse gebeurt i.s.m. Hoensbroek, die instaat voor een analyse van de lichamelijke context;
- i.g.v. acute crisisopnames doet Mané beroep op OPZC Rekem;
- onze psychiaters doen consultaties ter plaatse.



WERKGROEP NAH BINNEN OPZC REKEM,
V.L.N.R. MARIA PELLIN, LIESBETH JAME, DR. FRANK MEULEMAN, DR. FANNY EECKHOUT

Toekomst

In de toekomst wordt de samenwerking verder uitgediept, d.w.z.:

- via kennisbevordering, door mee te draaien op de andere werkplek (personeel van Mané bij OPZC en omgekeerd);
- door consultaties ook multidisciplinair te laten verlopen, dus met verpleegkundig en psychologisch advies (vb. testen, aanpakken van gedrag...);
- door intern na te gaan welke NAH-patiënten we in huis hebben en met deze zorgenheden samen te werken met als doel het zorgaanbod kwalitatief te verbeteren; o.a. door kennis te delen, door het zorgaanbod in de toekomst verder te specialiseren en het mee te nemen in de bouwplannen om een aparte unit rond deze problematiek uit te bouwen.

Reactie van de teamleden m.b.t. het belang van het project:

DR. MEULEMAN,
HOOFDGENEESHEER
AD INTERIM:

*'Het specialiseren in de hoog
complexe problematiek en daarin
goede kwaliteit leveren.'*

DR. EECHOUT,
PSYCHIATER:

'Het uitwisselen van expertise.'

MARIA PELLIN, HOOFDVERPLEEGKUNDIGE:

*'Een NAH is een brutale breuk in de continuïteit
van de levenslijn. Mensen met NAH kunnen niet
onmiddellijk een evenwicht vinden in activiteiten die
voor ons normaal zijn. Hierdoor kunnen zij vaak
psychische problemen ontwikkelen.
Het is zinvol voor dit ziekenhuis om in te spelen
op deze doelgroep.'*

LIESBETH JAME, PSYCHOLOOG:

*'Voor mij is dit project vooral belangrijk
omdat ik zelf gemerkt heb dat sommige
mensen steeds overal buiten vallen qua
doelgroep en het heel moeilijk hebben
zorg te vinden, aangepast aan hun vraag
en noden. Net daarom vind ik het zo
belangrijk om samen te zoeken hoe we
beter kunnen tegemoet komen aan de
vraag van mensen met een NAH en
een psychiatrische problematiek of
psychische moeilijkheden.'*

KinderPsychiatrisch Centrum (KPC)

Volwassenen- en ouderenzorg in OPZC Rekem? Ja, natuurlijk.
En kinderen dan?

Het OPZC Rekem was jarenlang een instelling voor *mannen*, zowel voor volwassenen als voor ouderen. Andere ziekenhuizen hadden dan weer een traditie als vrouwenkliniek. Alle psychiatrische ziekenhuizen hebben onder-tussen een gemengde populatie.

De psychiatrische zorg voor kinderen, en zeker de intramurale, is van recentere datum. Ook nu nog zijn er, in verhouding relatief weinig kinderpsychiatrische bedden: 283 bedden en plaatsen op een totaal van 10.164 in Vlaanderen, d.w.z. nog geen 3%.

De zorg voor *moeilijke* kinderen werd eerder in een justitieel (jeugdbescherming, wederopvoedingsgesticht) of orthopedagogisch kader (MPI, Bijzonder Onderwijs) dan in een geestelijke gezondheidskader geboden.

Het beleid heeft lange tijd de stelling aangehouden dat gedragsproblemen bij kinderen symptomen zijn van opvoedingstekorten of problemen en niet van een psychisch ziek zijn.

Er was een zekere schroom om kinderen al, al te vroeg, een psychiatrische diagnose op te kleven en zo hun ontwikkelingskansen voorbarig of onnodig te hypothekeren.

Inzichten in de ontwikkelingspsychologie, de maatschappelijke realiteit, waarin wel degelijk een toenemende *kinderlijden* niet meer te ontkennen viel, corrigeerden de vroegere visies.

K-diensten werden met mondjesmaat erkend en bleven niet langer een exclusiviteit voor universitaire ziekenhuizen.

Bij de eerste toewijzing van A- en T- en K-bedden (1975) was in de toenmalige Rijkspsihiatrische Instelling Rekem geen plaats voor een K-dienst.

De traditie met forensische psychiatrie was niet vreemd aan die gang van zaken. Ook in 1990 bij de eerste recon-versie koos men er niet voor overtollige bedden om te zetten in (zeer arbeidsintensieve) K-bedden. De kennis en de cultuur waren niet in huis. Bovendien: was het wijs kinderen op dezelfde campus onder te brengen waar ook volwassenen met pedoseksuele problemen vertoeven?

Als exponent van de maatschappelijke veranderingen kwam in de jaren negentig, in de debatten van de raad van bestuur, regelmatig het onderwerp van kinderpsychiatrie aan bod.

Leden van de raad van bestuur, die beroepshalve met jongeren in contact stonden, wezen op een schrijnend tekort aan professionele hulp voor ernstige psychische problemen bij kinderen en jongeren in de regio.

Deze nood werd uiteraard niet enkel in Rekem ervaren.

Door de krachten te bundelen met P.Z. Sancta Maria, het Maria Ziekenhuis Noord-Limburg en het ZOL, kon in september 2001 de ziekenhuisassociatie *Kinderpsychiatrisch Centrum Genk* (KPC Genk) boven de doopvont gehouden worden: men verwierf een erkenning voor 15 K-bedden en 5 k-dagplaatsen.

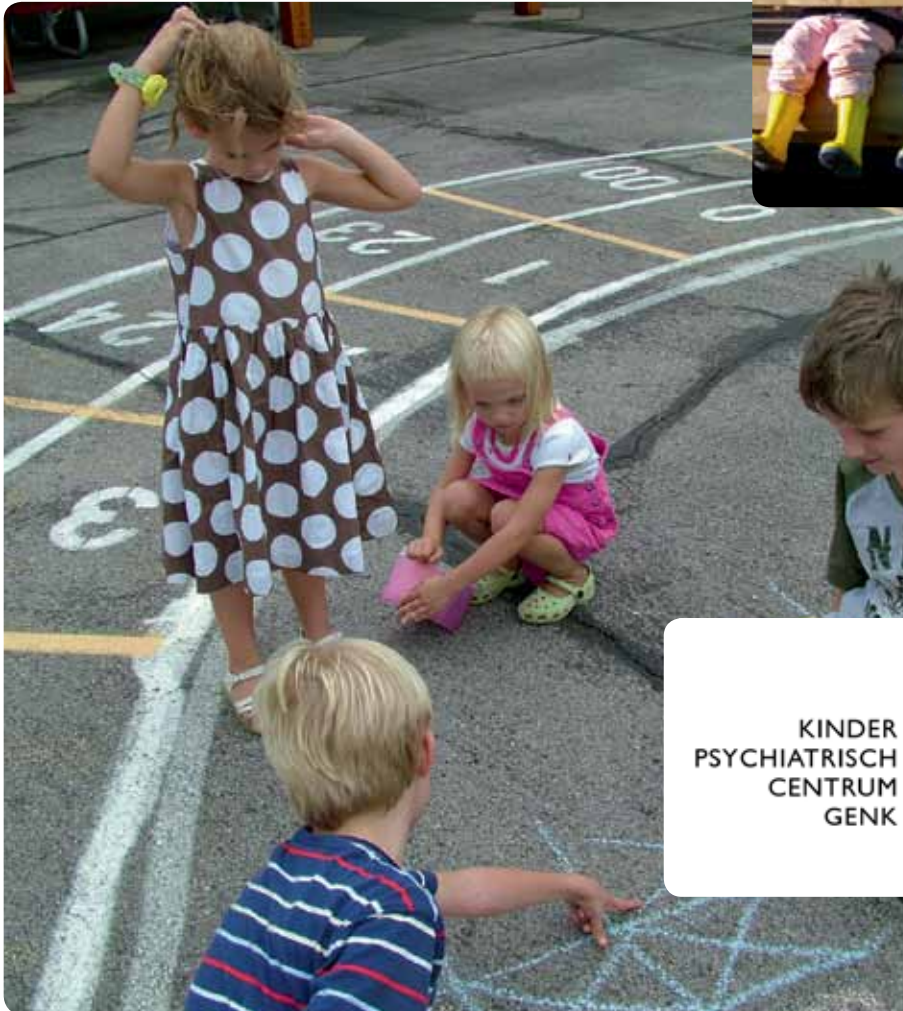
OPZC Rekem leverde hiervoor 11 T-bedden in. In totaal werden 56 bedden gesloten om het KPC Genk van start te laten gaan.

OPZC Rekem is medebestuurder van dit initiatief, het beschikt over 4 mandaten in de algemene vergadering, 2 in de raad van bestuur van de vzw.

Een managementcomité volgt maandelijks de gang van zaken in het KPC; hierin zetelen o.a. de directeurs van de 4 *stichtende* ziekenhuizen.

De *omzet* die van bij de opstart in 2002 gerealiseerd werd, gaf aan dat het initiatief wel degelijk tegemoet kwam aan een reële behoefte.

Het was zeer snel duidelijk dat de beddenscapaciteit onvoldoende was om aan de vraag te voldoen. De voorbije jaren breidde het centrum uit tot 27 bedden en plaatsen. In 2009 werden hierin 221 opnames gerealiseerd. Zoals het in het modern ggz-landschap past, werkt het KPC niet van op een eiland; via outreach tracht het kennis en expertise te delen met andere zorgverstrekkers. Er is structureel overleg met de andere Limburgse K-diensten.



KINDER
PSYCHIATRISCH
CENTRUM
GENK



Enkele cijfergegevens

OPNAMES	
Totaal	221
Peuters - kleuters	57
Lagere schoolleeftijd	61
Jongeren	103

GEMIDDELDE BEHANDELDUUR:	
Residentieel	peuters - kleuters 6 weken, lagere schoolleeftijd 6 weken, jongeren 4 weken
Dagprogramma's	2 tot 4 maanden 1 of 2 x/week

OUTREACHING	
Caseload	82

RAADPLEGINGEN	
Aantal (artsen + psychologen)	1569 bij 615 kinderen en jongeren

MEDEWERKERS	
Effectieven 2009	38,73 VTE
Personen in dienst op 31.12.2009 (koppen)	50 waarvan 8 mannen/42 vrouwen
Artsen	6 (deeltijds)

OPZC Rekem in cijfers

Personeelsbezetting OPZC Rekem

Psychiatrisch Ziekenhuis

Op 31 december 2009 werkten er 450 personeelsleden (303 vrouwen en 147 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	6	9	15
– Internist	1	0	1
– Neuropsychiaters	3	6	9
– Omnipractici	1	0	1
– Apotheker	0	2	2
– Laborant	0	1	1
– Hoofdadviseur	1	0	1
3. Afdeling patiëntenzorg	67	176	244
– Licentiaten in de psychologie	4	7	11
– Lic. in de lich. opv. of kinesitherapie	3	3	6
– Maatschappelijk assistenten	0	6	6
– Gegradueerden in de psychologie	1	5	6
– Gegradueerden in de ergotherapie	1	16	17
– Gegradueerden in de kinesitherapie	2	0	2
– Gegradueerden in de orthopedagogie	0	1	1
– Therapie-ass./activiteitenbegeleiders	2	3	5
– Grad. en gebrev. verpleegkundigen	49	103	152
– Verpleegassistenten	0	2	2
– Verzorgend personeel	2	21	23
– Hoofd nursing + Staf hoofd nursing	2	0	2
– Opvoeder A2/B2	1	5	6
– Criminologen	0	2	2
– Logistiek assistent	0	1	1
– Patiëntenraad	0	1	1
4. Afdeling administratie en logistiek	51	42	93
– Administratief personeel	18	31	49
– Technisch en logistiek personeel	33	11	44

Vervolg

	M	V	TOTAAL
5. Staf	4	14	18
– Communicatieverantwoordelijke	0	1	1
– Jurist	1	0	1
– HRM/Vorming/ Personeelsdienst	0	10	10
– Emancipatie	0	1	1
– Preventie-adviseur	1	0	1
– Kwaliteit	1	0	1
– Kenniscentrum	1	2	3

N.B.

- 43 personeelsleden (38 vrouwen en 5 mannen) werkten in het IBF-stelsel, waarvan 14 verpleegkundigen, 3 therapie-assistenten, 2 opvoeders A2/B2, 23 verzorgenden en 1 personeelslid in administratie;
- 17 personeelsleden (13 vrouwen en 4 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 7 logistiek assistenten, 1 muziektherapeut, 1 gegradueerde in de orthopedagogie, 1 ergotherapeut, 1 maatschappelijk assistent, 2 activiteitenbegeleiders, 1 opvoeder A2/B2, 1 verzorgende en 2 personeelsleden in de keuken;
- 16 personen (11 vrouwen en 5 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 2 medewerkers in de manege.

Psychiatrisch Verzorgingstehuis

Op 31 december 2009 werkten er 169 personeelsleden (142 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	116	137
– Licentiaten in de psychologie	1	3	4
– Licentiaten kinesitherapie	0	1	1
– Licentiaten orthopedagogie	1	2	3
– Hoofd nursing	1	0	1
– Maatschappelijk assistenten	3	3	6
– Gegradueerden in de ergotherapie	0	7	7
– Gegradueerden in de kinesitherapie	2	1	3
– Gegradueerden in de orthopedagogie	1	4	5
– Gegrad. en gebrev. verpleegkundigen	6	32	38
– Verpleegassistenten	0	3	3
– Opvoeders A2/B2	4	16	20
– Verzorgend personeel	1	38	39
– Activiteitenbegeleider	1	0	1
– Administratief personeel	1	2	3
– Begeleider/poetsvrouw	0	2	2
– Criminoloog (therapeutisch project)	0	1	1
– Therapie-assistent	0	1	1

N.B.

- 16 personeelsleden (15 vrouwen en 1 man) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 7 logistiek assistenten, 1 gegradueerde in de orthopedagogie, 1 activiteitenbegeleider, 3 verpleegkundigen, 1 opvoeder A2/B2, 2 verzorgenden en 1 ergotherapeut;
- 13 personen (11 vrouwen en 2 mannen) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 2 activiteitenbegeleiders, 1 opvoeder A2/B2 en 10 verzorgenden.

Beddenbezetting en patiëntgerelateerde cijfers

Erkende bedden OPZC Rekem

ZIEKENHUIS

ERKENDE BEDDEN

DIENST	2007	2008	2009 (VANAF 01.05.2009)
A (acuut)	60	60	60
a-dag	10	10	13
a-nacht	4	4	1
T (chronisch)	109	109	109
Tg	80	80	80
t-dag	25	25	25
Totaal	288	288	288

Vanaf 1 mei 2009 zijn er 3 a-nacht bedden omgezet in 3 a-dag plaatsen, nu rest er nog 1 a-nacht bed.
Het totaal aantal erkende bedden is hetzelfde gebleven, namelijk 288, waarvan 74 A-bedden (acute bedden): 60 A, 13 a-dag en 1 a-nacht. De patiënten die langer verblijven in het ziekenhuis bezetten de 214 T-bedden (chronische bedden): 109 T, 80 Tg voor gerontopsychiatrie en 25 t-dag.

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER PZ

	A	A-DAG	A-NACHT	T	TG	T-DAG	TOTAAL
■ 2007	18 893	2 412	574	36 105	18 709	10 238	86 931
■ 2008	18 459	2 144	519	37 728	20 128	9 564	88 542
■ 2009	20 709	4 103	824	36 487	24 959	7 258	94 340

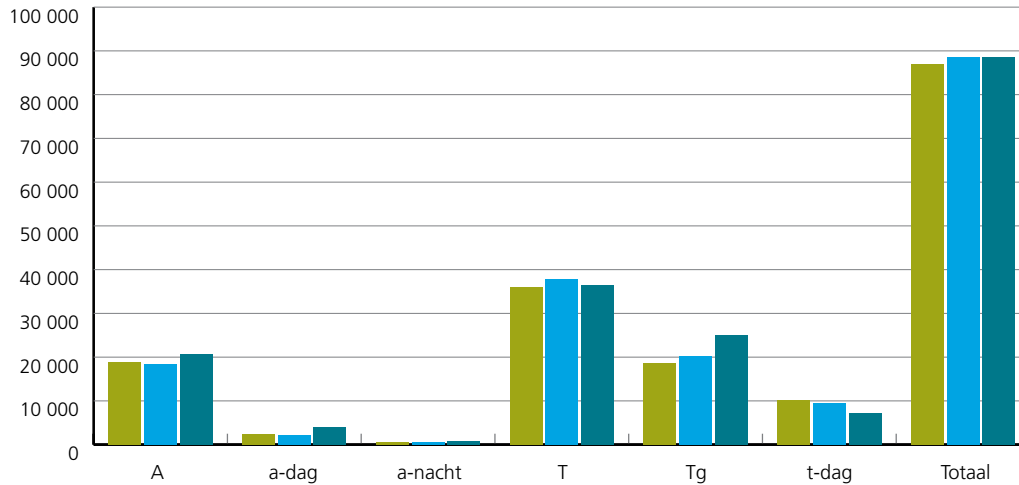
Met verpleegdag in volledige hospitalisatie wordt een opnameperiode van ten minste één nacht (opname voor middernacht en ontslag na 08.00 u 's anderendaags) bedoeld.

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

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

Voor elke kenletter wordt gestreefd naar een bezettingspercentage van minstens 80%.

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER PZ

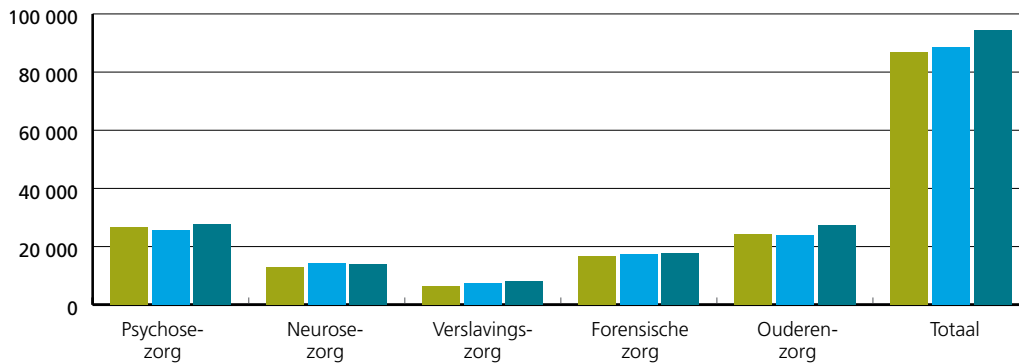


VERPLEEGDAGEN PER ZORGLIJN PZ

	PSYCHOSE- ZORG	NEUROSE- ZORG	VERSLAVINGS- ZORG	FORENSISCHE ZORG	OUDEREN- ZORG	TOTAAL
■ 2007	26 815	12 958	6 331	16 686	24 141	86 931
■ 2008	25 785	14 366	7 263	17 267	23 861	88 542
■ 2009	27 524	14 023	7 954	17 580	27 259	94 340

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

VERPLEEGDAGEN PER ZORGLIJN PZ



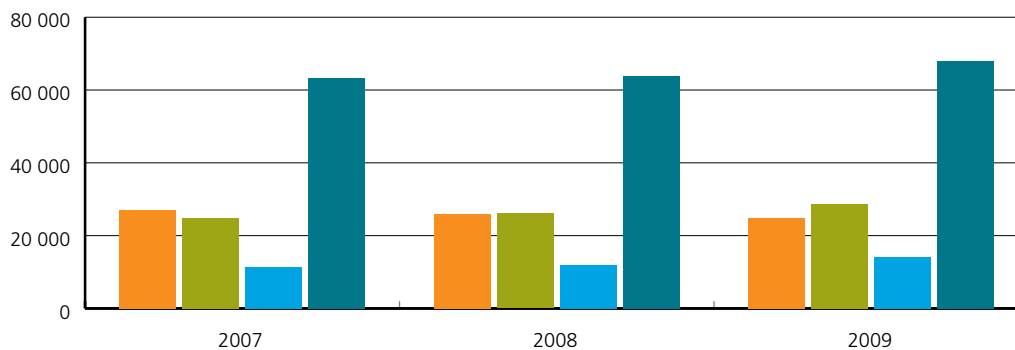
VERZORGINGSTEHUIS

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT

	2007	2008	2009
Mentaal gehandicapten	25 951	24 951	23 204
Psychiatrische patiënten	26 073	28 744	27 931
Forensische patiënten	11 869	14 228	16 894
Totaal	63 893	67 923	68 029

Het aantal bewoners in het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) stijgt. Enerzijds is er een daling van het aantal uitdovende bedden (d.w.z. indien de bewoner komt te overlijden, verdwijnt het bed definitief) 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 erkenning voor 60 forensische PVT-bedden, verdeeld over 4 schijven van 15 bedden. In 2007, 2008 en 2009 werden telkens 15 bedden ingevuld.

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP PVT



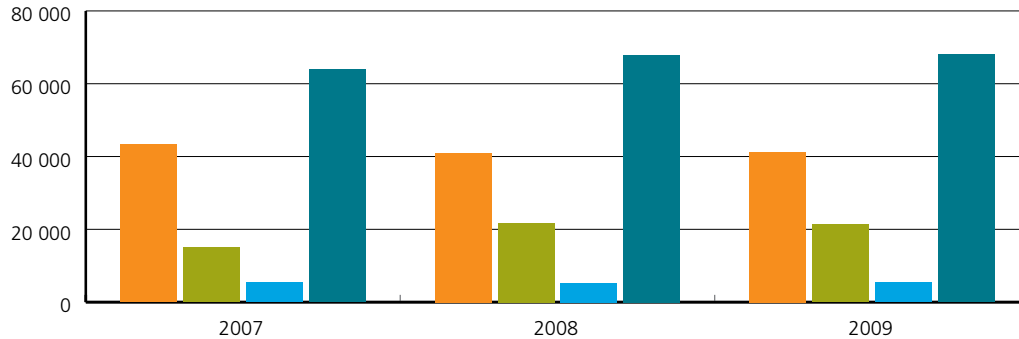
VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS PVT

	2007	2008	2009
PVT Rekem	43 353	40 936	41 247
PVT RADO Lanaken	15 073	21 740	21 337
PVT MIN Antwerpen	5 467	5 247	5 445
Totaal	63 893	67 923	68 029

PVT Rekem telt 123 plaatsen (48 uitdovende, 30 bestendige en 45 forensische).

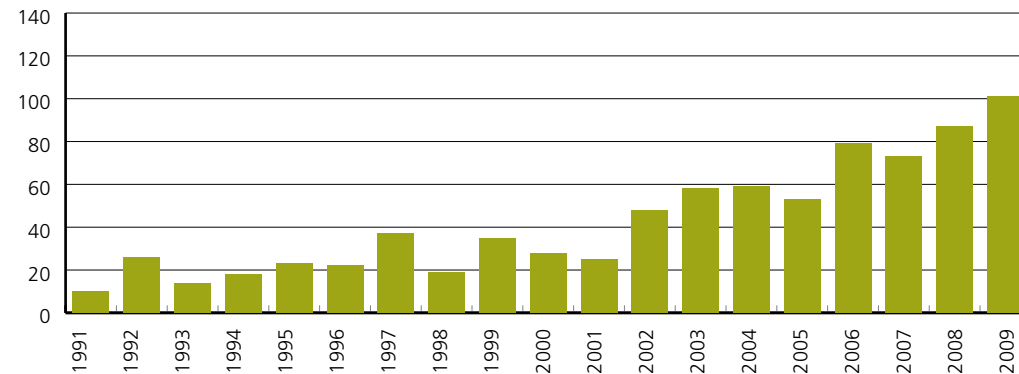
PVT Rado Lanaken telt 60 plaatsen die zo goed als volledig bezet zijn. De verbouwingswerken van PVT MIN Antwerpen zijn achter de rug, zij kunnen hun 24 plaatsen weer ten volle benutten. Op 31.12.2009 geeft dat dus een totaal van 207 plaatsen.

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

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

De wet van 26.06.1990 (betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke) is in voege vanaf 1991. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gedwongen opnamen in OPZC Rekem over de periode 1991 tot 2009. Er is een sterke stijging van het aantal gedwongen opnamen vanaf 2002. In 2009 is het aantal gedwongen opnamen fors gestegen van 87 naar 121.

Van de 121 gedwongen opnamen in 2009 gebeurden er :

- 99 (81,82%) via spoedprocedure,
- 19 (15,70%) via de gewone procedure en
- 3 (2,48%) via overbrenging van een andere instelling.

Van de 121 gedwongen opnamen in 2009 werden 78 (64,46%) beschermingsmaatregelen binnen de 40 dagen opgeheven, waarvan 45 (37,19%) binnen de 10 dagen en 33 (27,27%) tussen de 11^{de} en 40^{ste} dag. Voor de overige 43 werd een periode van verder verblijf gevonnist.

VERPLEEGDAGEN GEDWONGEN OPNAMEN

VERPLEEGDAGEN	2007	2008	2009
■ Gedwongen opnamen	10 270	11 584	12 889
Totaal verpleegdagen OPZC	86 931	88 587	94 340

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

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

ZIEKENHUIS

PZ	2007	2008	2009
Opnamen	548	640	690
Ontslagen	597	617	681
Aanwezigen	278	301	311

De in- en uitstroom binnen het psychiatrisch ziekenhuis blijft toenemen.

VERZORGINGSTEHUIS

PVT	2007	2008	2009
Medische opnamen	59	81	71
Medische ontslagen	53	72	63
Aanwezigen	180	190	198

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

Medische opnamen en heropnamen

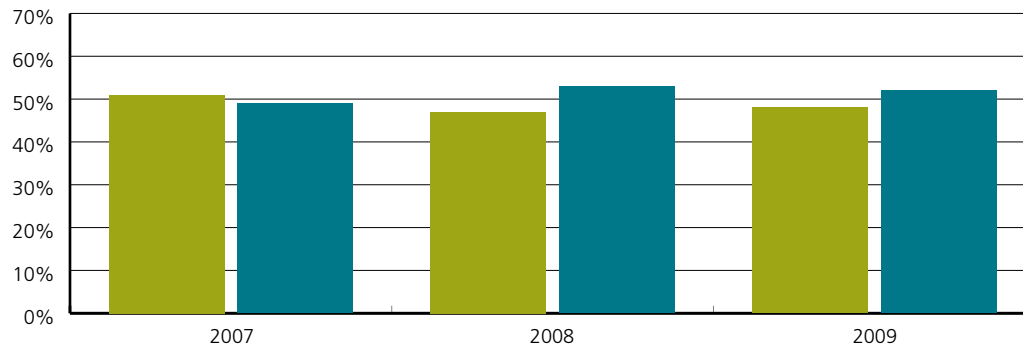
Heropnamen

ZIEKENHUIS

PZ	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Eerste opname	282	51%	298	47%	331	48%
Heropname	266	49%	342	53%	359	52%
Totaal	548	100%	640	100%	690	100%

Voor het eerst sinds de start van MPG (in 1996) kwamen in 2008 meer heropnamen dan eerste opnamen voor. Deze trend, die al langer bij andere Limburgse psychiatrische ziekenhuizen voorkwam, wordt ook in 2009 aangehouden.

HEROPNAMEN PZ

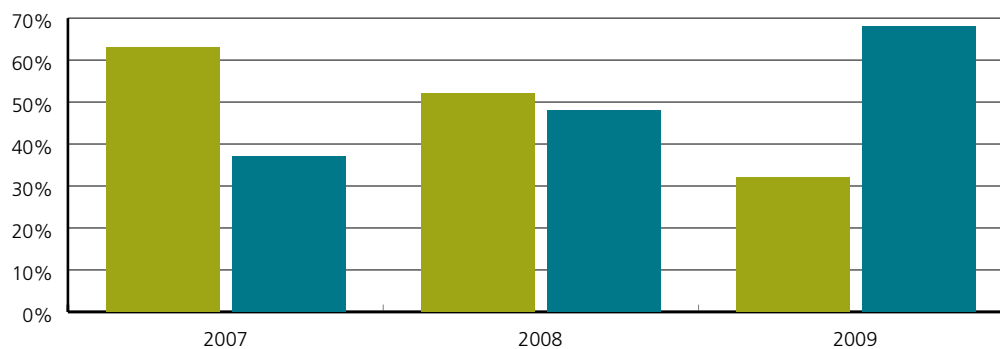


VERZORGINGSTEHUIS

PVT	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
■ Eerste opname	37	63%	42	52%	23	32%
■ Heropname	22	37%	39	48%	48	68%
Totaal	59	100%	81	100%	71	100%

In het psychiatrisch verzorgingstehuis is er een uitgesproken stijging van de heropnamen zichtbaar. Het dynamisch karakter van het opnamebeleid van PVT MIN Antwerpen is hierin het meest bepalend.

HEROPNAMEN PVT



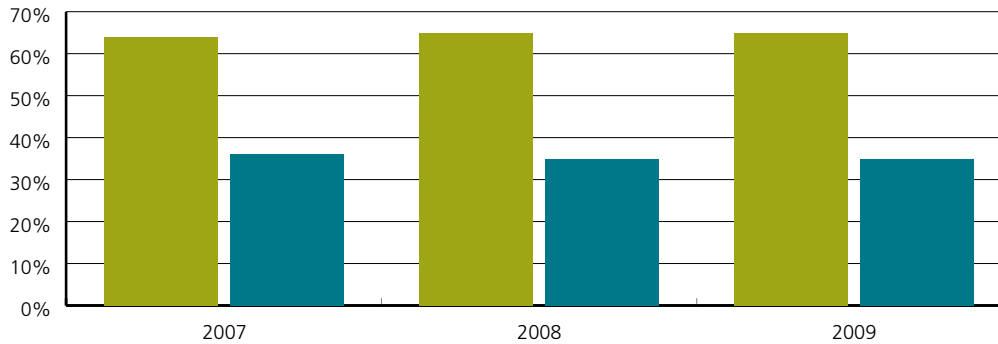
Opnamen naar geslacht

ZIEKENHUIS

GESLACHT	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	351	64%	413	65%	450	65%
Vrouw	197	36%	227	35%	240	35%
Totaal	548	100%	640	100%	690	100%

De aantallen nemen toe (mannen van 413 naar 450 en vrouwen van 227 naar 240), maar de verhouding tussen mannen en vrouwen blijft behouden (65% t.o.v. 35%).

OPNAMEN NAAR GESLACHT PZ



VERZORGINGSTEHUIS

GESLACHT	2007		2008		2008	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	56	95%	78	96%	70	99%
Vrouw	3	5%	3	4%	1	1%
Totaal	59	100%	81	100%	71	100%

Het is nog steeds uitzonderlijk dat er een vrouw in het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt opgenomen. PVT Mentaal Gehandicapten en PVT Forensisch hebben uitsluitend een mannelijke populatie. Daarnaast speelt ook het instellingsverleden, waarbij OPZC de instelling voor mannen was, een belangrijke rol.

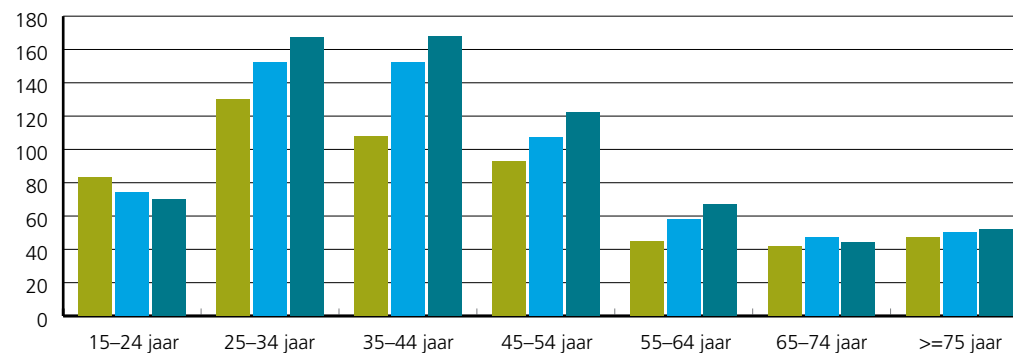
Opnamen naar leeftijd

ZIEKENHUIS

LEEFTIJD	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	83	15%	74	12%	70	10%
25-34 jaar	130	24%	152	24%	167	24%
35-44 jaar	108	20%	152	24%	168	24%
45-54 jaar	93	17%	107	17%	122	18%
55-64 jaar	45	8%	58	9%	67	10%
65-74 jaar	42	8%	47	7%	44	6%
>=75 jaar	47	9%	50	8%	52	8%
Totaal	548	100%	640	100%	690	100%

Evenals in het jaar 2008 is in 2009, 48% van de opgenomen patiënten tussen de 25 en 44 jaar oud, wel is het absolute aantal toegenomen (152 + 152 = 304 in 2008 en 167 + 168 = 335 in 2009).

OPGENOMEN PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD PZ

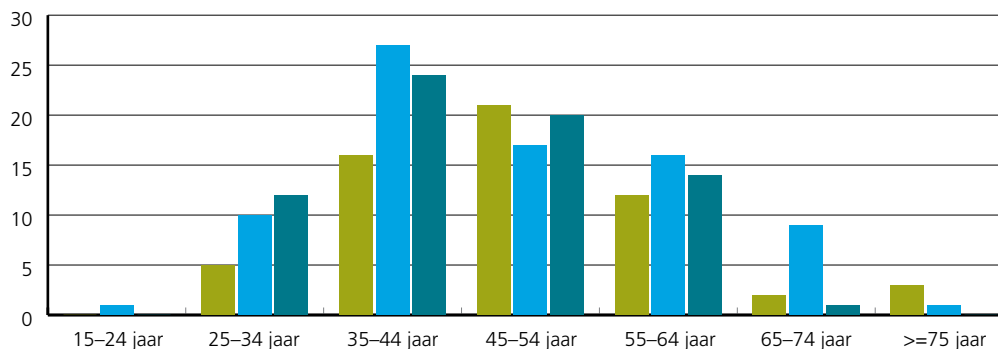


VERZORGINGSTEHUIS

LEEFTIJD	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	0	0%	1	1%	0	0%
25-34 jaar	5	8%	10	12%	12	17%
35-44 jaar	16	27%	27	33%	24	34%
45-54 jaar	21	36%	17	21%	20	28%
55-64 jaar	12	20%	16	20%	14	20%
65-74 jaar	2	3%	9	11%	1	1%
>=75 jaar	3	5%	1	1%	0	0%
Totaal	59	100%	81	100%	71	100%

De leeftijd van de opgenomen bewoners situeert zich tussen de 25 en 65 jaar, het betreft voornamelijk de foren-
sische populatie.

OPGENOMEN BEWONERS NAAR LEEFTIJD PVT



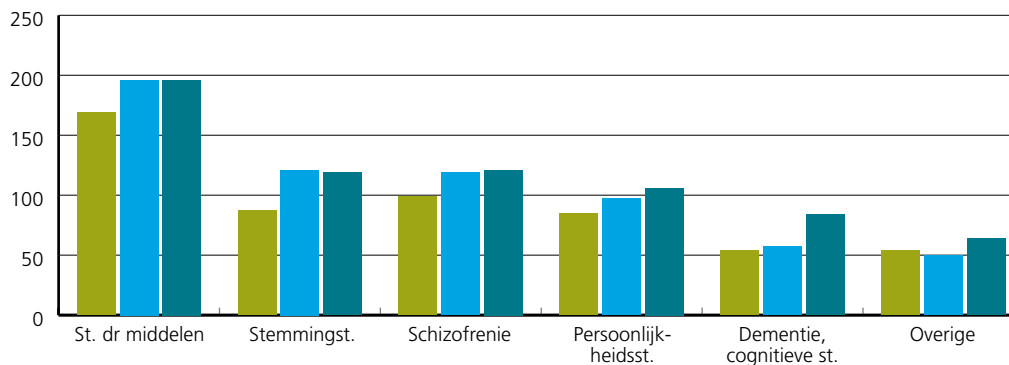
Hoofddiagnose van de opgenomen patiënten

ZIEKENHUIS

HOOFDDIAGNOSE	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
St. dr middelen	169	30,8%	196	31%	196	28,4%
Stemmingst.	87	15,9%	121	19%	119	17,2%
Schizofrenie	99	18,1%	119	19%	121	17,5%
Persoonlijkheidsst.	85	15,5%	97	15%	106	15,4%
Dementie, cognitieve st.	54	9,9%	57	9%	84	12,2%
Overige	54	9,9%	50	8%	64	9,3%
Totaal	548	100,0%	640	100%	690	100,0%

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

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN PATIËNTEN PZ



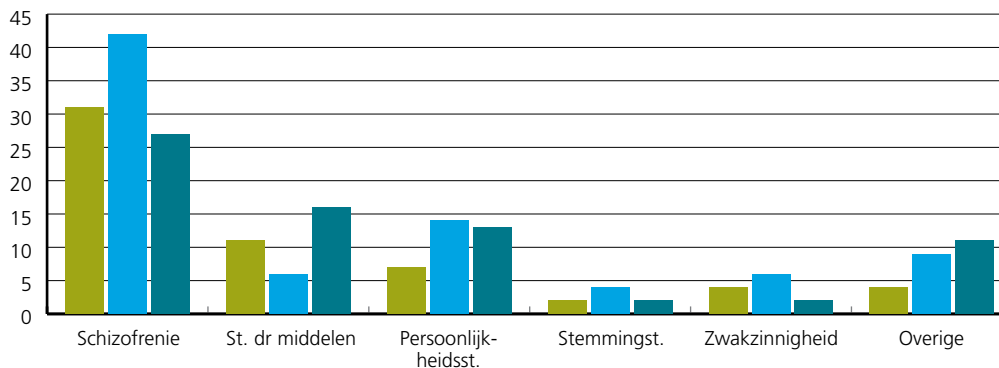
VERZORGINGSTEHUIS

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN BEWONERS

HOOFDDIAGNOSE	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	31	52,5%	42	51,9%	27	38,0%
St. dr middelen	11	18,6%	6	7,4%	16	22,5%
Persoonlijheidsst.	7	11,9%	14	17,3%	13	18,3%
Stemmingst.	2	3,4%	4	4,9%	2	2,8%
Zwakzinnigheid	4	6,8%	6	7,4%	2	2,8%
Overige	4	6,8%	9	11,1%	11	15,5%
Totaal	59	100,0%	81	100,0%	71	100,0%

In 2009 zijn er meer bewoners met *stoornissen door middelen* opgenomen en minder *schizofrenen* in vergelijking met vorig jaar.

HOOFDDIAGNOSE VAN DE OPGENOMEN BEWONERS PVT



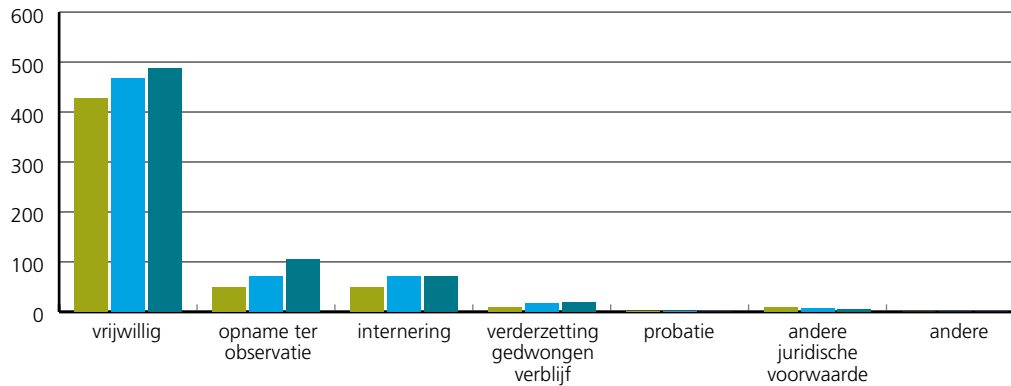
Wijze van opname

ZIEKENHUIS

WIJZE	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Vrijwillig	427	77,9%	468	73,2%	488	70,7%
Opname ter observatie	49	8,9%	71	11,1%	106	15,4%
Internering	50	9,1%	72	11,3%	72	10,4%
Verderzetting						
gedwongen verblijf	10	1,8%	18	2,8%	19	2,8%
Probatie	2	0,4%	2	0,3%	0	0,0%
Andere juridische						
voorwaarde	10	1,8%	8	1,3%	5	0,7%
Andere	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totaal	548	100,0%	639	100,0%	690	100,0%

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

WIJZE VAN OPNAME PZ



Aanwezige patiënten

Duur van het medisch verblijf op 31.12

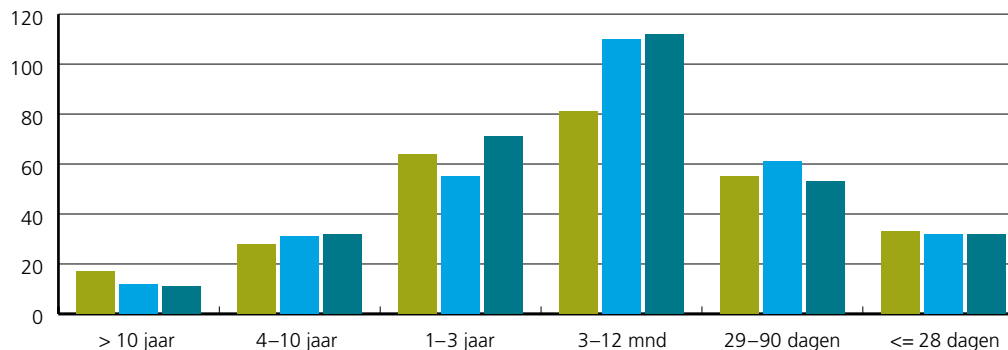
ZIEKENHUIS

DUUR	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
> 10 jaar	17	6,1%	12	4,0%	11	3,5%
4-10 jaar	28	10,1%	31	10,3%	32	10,3%
1-3 jaar	64	23,0%	55	18,3%	71	22,8%
3-12 maanden	81	29,1%	110	36,5%	112	36,0%
29-90 dagen	55	19,8%	61	20,3%	53	17,0%
<= 28 dagen	33	11,9%	32	10,6%	32	10,3%
Totaal	278	100,0%	301	100,0%	311	100,0%

(merk op dat de klassen verschillend van grootte zijn)

Op 31.12.2009 verbleef 36% van de aanwezige populatie tussen de 3 maanden en 1 jaar in het psychiatrisch ziekenhuis.

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN PZ

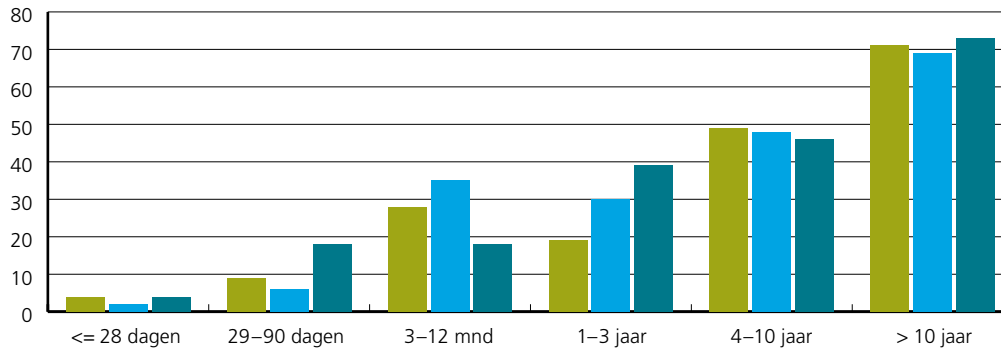


VERZORGINGSTEHUIS

DUUR	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
<= 28 dagen	4	2,2%	2	1,1%	4	2,0%
29-90 dagen	9	5,0%	6	3,2%	18	9,1%
> 3-12 maanden	28	15,6%	35	18,4%	18	9,1%
> 1-3 jaar	19	10,6%	30	15,8%	39	19,7%
> 3-10 jaar	49	27,2%	48	25,3%	46	23,2%
> 10 jaar	71	39,4%	69	36,3%	73	36,9%
Totaal	180	100,0%	190	100,0%	198	100,0%

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

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN BEWONERS PVT



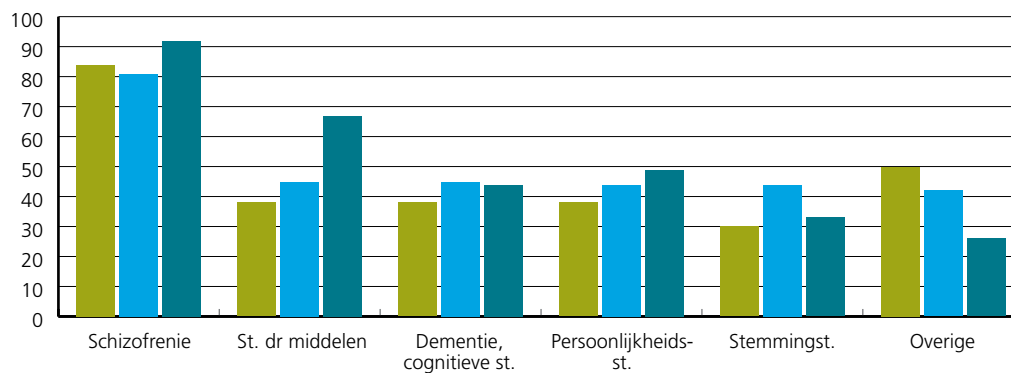
Hoofddiagnose van de aanwezigen

ZIEKENHUIS

HOOFDDIAGNOSE	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Schizofrenie	84	30,2%	81	27%	92	29,6%
St. dr middelen	38	13,7%	45	15%	67	21,5%
Dementie, cognitieve st.	38	13,7%	45	15%	44	14,1%
Persoonlijkheidsst.	38	13,7%	44	15%	49	15,8%
Stemmingst.	30	10,8%	44	15%	33	10,6%
Overige	50	18,0%	42	14%	26	8,4%
Totaal	278	100,0%	301	100%	311	100,0%

Het aantal hoofddiagnosen met *stoornissen door middelen* stijgt, maar de meerderheid van de aanwezigen wordt nog altijd als *schizofreen* gediagnosticeerd.

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE PATIËNTEN PZ



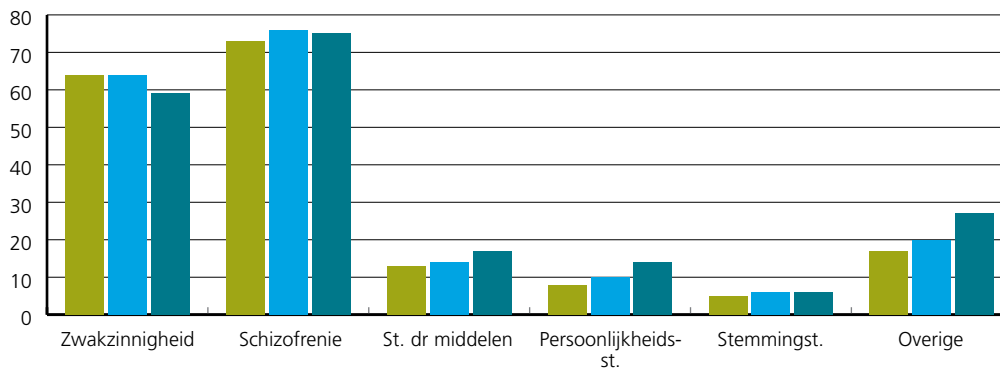
VERZORGINGSTEHUIS

HOOFDDIAGNOSE	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Zwakzinnigheid	64	35,6%	64	33,7%	59	29,8%
Schizofrenie	73	40,6%	76	40,0%	75	37,9%
St. dr middelen	13	7,2%	14	7,4%	17	8,6%
Persoonlijkheidsst.	8	4,4%	10	5,3%	14	7,1%
Stemmingst.	5	2,8%	6	3,2%	6	3,0%
Overige	17	9,4%	20	10,5%	27	13,6%
Totaal	180	100,0%	190	100,0%	198	100,0%

Schizofrenie is ook bij PVT de meest voorkomende hoofddiagnose.

Zwakzinnigheid als hoofddiagnose komt in 2009 minder voor dan voorgaande jaren (uitdovende bedden).

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE BEWONERS PVT



Ontslagen patiënten

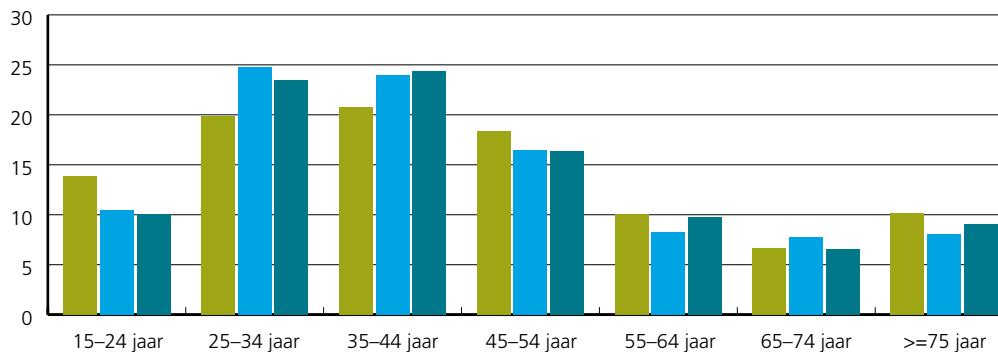
Ontslagen patiënten naar leeftijd

ZIEKENHUIS

LEEFTIJD	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	83	13,9%	65	10,5%	69	10,1%
25-34 jaar	119	19,9%	153	24,8%	160	23,5%
35-44 jaar	124	20,8%	148	24,0%	166	24,4%
45-54 jaar	110	18,4%	102	16,5%	112	16,4%
55-64 jaar	60	10,1%	51	8,3%	67	9,8%
65-74 jaar	40	6,7%	48	7,8%	45	6,6%
>=75 jaar	61	10,2%	50	8,1%	62	9,1%
Totaal	597	100,0%	617	100,0%	681	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

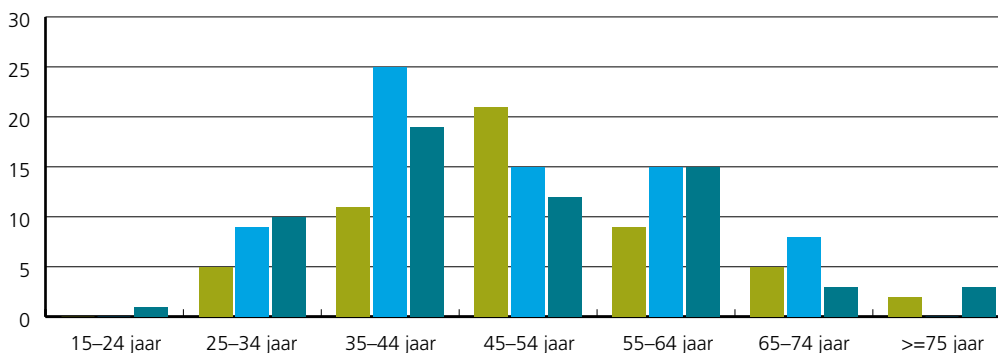


VERZORGINGSTEHUIS

LEEFTIJD	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
15-24 jaar	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
25-34 jaar	5	9,4%	9	12,5%	10	15,9%
35-44 jaar	11	20,8%	25	34,7%	19	30,2%
45-54 jaar	21	39,6%	15	20,8%	12	19,0%
55-64 jaar	9	17,0%	15	20,8%	15	23,8%
65-74 jaar	5	9,4%	8	11,1%	3	4,8%
>=75 jaar	2	3,8%	0	0,0%	3	4,8%
Totaal	53	100,0%	72	100,0%	63	100,0%

90% van de ontslagen bewoners is tussen 25 en 65 jaar oud.

LEEFTIJD ONTSLAGEN BEWONERS PVT



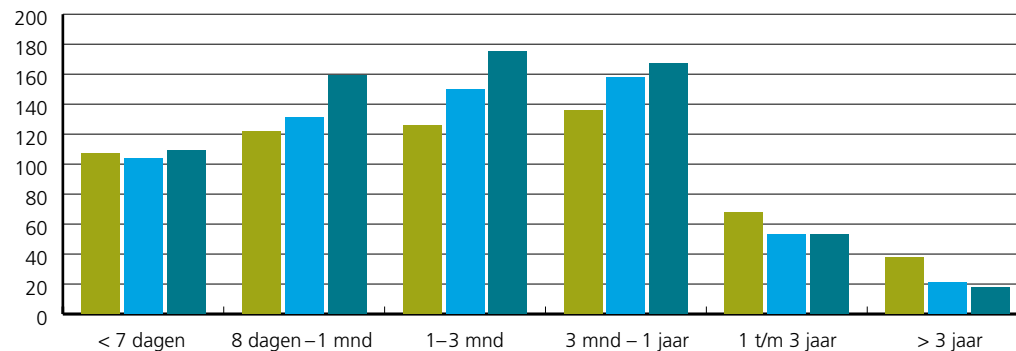
Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

ZIEKENHUIS

VERBLIJFSDUUR	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< 7 dagen	107	17,9%	104	16,9%	109	16,0%
8 d – 1 maand	122	20,4%	131	21,2%	159	23,3%
1-3 maanden	126	21,1%	150	24,3%	175	25,7%
3 m – 1 jaar	136	22,8%	158	25,6%	167	24,5%
1 t/m 3 jaar	68	11,4%	53	8,6%	53	7,8%
> 3 jaar	38	6,4%	21	3,4%	18	2,6%
Totaal	597	100,0%	617	100,0%	681	100,0%

In 2009 werd 65% van de patiënten binnen de 3 maanden ontslagen en bijna 90% binnen het jaar.

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ

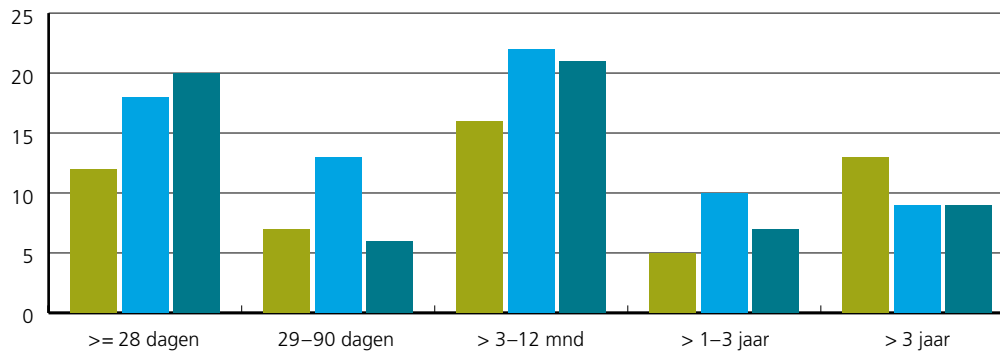


VERZORGINGSTEHUIS

DUUR	2007		2008		2009	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
<= 28 dagen	12	22,6%	18	25,0%	20	31,7%
29-90 dagen	7	13,2%	13	18,1%	6	9,5%
> 3-12 maanden	16	30,2%	22	30,6%	21	33,3%
> 1-3 jaar	5	9,4%	10	13,9%	7	11,1%
> 3 jaar	13	24,5%	9	12,5%	9	14,3%
Totaal	53	100,0%	72	100,0%	63	100,0%

De verblijfsduur van 75% van de ontslagen bewoners in 2009, is minder dan één jaar.

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN BEWONERS PVT



SAMENSTELLING EN COÖRDINATIE: ANJA PARTHOENS

EINDREDACTIE: JOHN VANACKER

FOTO'S: ARCHIEF OPZC REKEM, PROVINCIE LIMBURG

GRAFISCH ONTWERP EN DRUK: DRUKKERIJ LEËN, HASSELT

VOOR BIJBESTELLINGEN: DIENST COMMUNICATIE – DAALBROEKSTRAAT 106 – 3621 REKEM

TEL: 089 84 70 11

ANJA.PARTHOENS@OPZCREKEM.BE

WWW.OPZCREKEM.BE

Vlaamse overheid

