



Activiteitenverslag 2008

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 2008: 'on your marks'
- 4 De structuur van OPZC Rekem
- 7 De begeleiding van mensen met een mentale handicap in PVT MG anno 2008
- 14 Forensische psychiatrie in OPZC Rekem: van verleden naar heden
- 24 Psychosezorg Opname en Crisis
- 31 Jaaroverzicht 2008
- 40 Euregionaal samenwerkingsproject Chronos
- 43 Familiewerking Similes Rekem
- 44 Interne Dienst Preventie en Bescherming
- 50 Patiëntveiligheid in OPZC Rekem
- 54 Personeelsbeleid: selectie en werving – vormingstraject helende relatie
- 65 OPZC Rekem in cijfers
 - 65 Personeelsbezetting
 - 69 Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

2008: 'on your marks'

In het activiteitenverslag van 2007 stond vermeld dat we in 2008 wilden uitpakken met een nieuw format. We zijn dan ook blij vandaag het eerste activiteitenverslag nieuwe stijl aan u voor te stellen. Deze verandering is belangrijk: zoals vorig jaar in de inleiding geschreven werd, is het zoeken naar een aangepaste manier van communiceren, net zoals zorgvernieuwing trouwens, een permanente opdracht.

Het verschil is minstens drievoudig. In plaats van *een beetje van alles*, wordt geopteerd voor teksten die meer naar de diepte gaan. Geen beschrijving op zich van enkel wat nieuw is, maar een voorstelling van een deel van de werking van het OPZC Rekem. Het gaat daarbij niet alleen om de organisatiedelen die met zorg te maken hebben, maar ook om andere ondersteunende diensten. De bedoeling is dat deze teksten later de website kunnen voeden, eenmaal het jaarverslag opgeborgen is. Deze keuze heeft ook een keerzijde: niet elk element van de organisatie komt aan bod. Er wordt integendeel een mix gemaakt, waarbij pas na een aantal jaren het OPZC Rekem volledig de revue gepasseerd is. Ten tweede wordt geopteerd voor meer fotomateriaal waarbij onze medewerkers duidelijker in beeld komen. En tenslotte werd gezocht naar een meer zinvolle voorstelling van het cijfermateriaal. Door de inhoud op deze manier weer te geven, benadrukken we het feit dat een werkjaar een onderdeel is van een cyclus binnen een organisatie: verleden, heden en toekomst.

2008 startte bedrukt met het overlijden op 15 januari van dr. René Kusters, administrateur-generaal, aan wie vorig jaar hulde gebracht werd in het activiteitenverslag.

Enkele maanden later kwam Walter Vandeneede, de algemeen directeur in dienst. De directie-equipe is hiermee volledig conform de structuur, zoals voorzien door BBB, Beter Bestuurlijk Beleid bij de Vlaamse Overheid. Dit bood de mogelijkheid om in 2008 de voorbereiding te nemen voor nieuwe krijtlijnen.

Dit perspectief voor verandering omvat verschillende lagen:

- vernieuwende zorg binnen een aangepaste organisatiestructuur die zich voltrekt in eigentijdse gebouwen. Hiermee wordt, mits de nodige aanpassingen, verder gewerkt in de geest en de lijn die door dr. Kusters uitgetekend werd;
- tegelijkertijd werd het draagvlak voor vernieuwing binnen het OPZC Rekem verbreed.

Nieuwe gebouwen impliceren de nodige voorbereiding om tot een goed masterplan te komen. Hierbij dienen keuzes gemaakt en prioriteiten gelegd: we denken hier in de eerste plaats aan Ouderenzorg, waarvoor zelfs een tijdelijke bouw ter tafel ligt, in afwachting van het masterplan. Goede zorg moet plaatsvinden binnen een aangepaste infrastructuur en na 40 jaar op de huidige campus is een stroomversnelling aangewezen. Bij dergelijke plannen zijn er verschillende spelers. Grote aandacht wordt hierbij gegeven aan de behoeften van de patiënt via het betrekken van onder meer het personeel, dat die noden kent en verwoordt.

De zorgvernieuwing gebeurt op verschillende manieren: door te zorgen voor een goede inbedding in het regionale netwerk (niet enkel ziekenhuis en psychiatrisch verzorgings-tehuis (PVT), maar ook thuiszorg, samenwerking met ambulante en andere residentiële partners, sectoroverleg), door te zoeken naar samenwerkingsovereenkomsten voor doelgroepen als personen met een niet-aangeboren hersenletsel, door de plannen voor een forensisch kenniscentrum.

Tevens is het nodig dat de organisatiestructuur aangepast is. Om die reden werd de werkgroep *Zorg en Organisatie* opgericht, die op het ogenblik dat dit activiteitenverslag verschijnt, haar werkzaamheden finaliseert. Meer daarover in het activiteitenverslag 2009. Nu kan alvast meegegeven worden dat er aan het principe van de kanteling niet zoveel wijzigt, maar dat de klemtoon meer ligt op het verduidelijken van de taken en bevoegdheden, overlegstructuren, de verschillende rollen van de actoren binnen OPZC Rekem. Gaandeweg is ook duidelijk geworden dat de klassieke opdeling ziekenhuis/PVT moet herdacht worden op vlak van organisatie-indeling, zonder evenwel de reglementaire verplichtingen uit het oog te verliezen. Stimulerend hiertoe was de forensische werking, waarbij een contract tussen FOD Volksgezondheid en het OPZC Rekem afgesloten werd, en dat zowel Beschut Wonen, het ziekenhuis, als PVT omvat. Nieuwe werkingsvormen en zorgcircuits nopen de organisatie zichzelf aan te passen.

In 2008 en ook in 2009 werd veel tijd gestoken in de voorbereiding van al deze dossiers, niet in het minst in het vergroten van de financiële transparantie en monitoring. Om het in sporttermen te zeggen: het is de trainingsperiode vooraleer met de loopwedstrijd begonnen wordt. Dit is dan ook de verklaring van de titel van deze inleiding: eind 2008 waren we klaar om aan een aantal oefenwedstrijden te beginnen. In 2009 moet de officiële wedstrijd aangevangen worden. Met de raad van bestuur, de regeringscommissarissen, het personeel en de directie staan we in de startblokken: enerzijds om het OPZC Rekem verder op de kaart te zetten en er een belangrijke speler in het psychiatrische landschap van te maken. Anderzijds om de patiënt met de beste en meest professionele zorg te kunnen omringen en om verder te werken aan de verhoging van de kwaliteit van zorg.

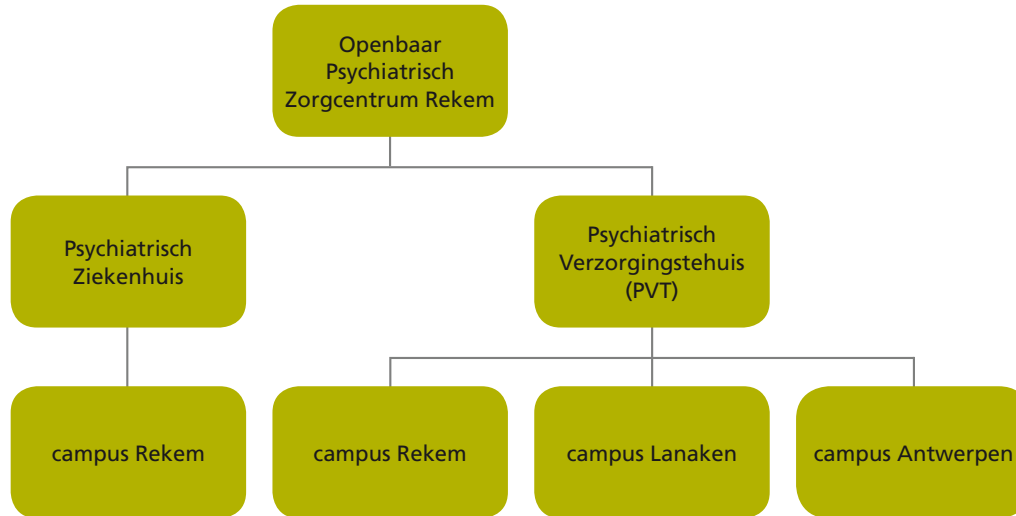
Het is dan ook meer dan passend iedereen te bedanken en erkentelijkheid te betuigen aan hen die bijgedragen hebben tot de verdere ontwikkeling van een dynamiek in het OPZC Rekem ten dienste van de bewoners en patiënten. Het personeel speelt hierin een belangrijke rol.

Namens de voorzitter van de raad van bestuur

J. 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 psychische problemen gespreid over 3 doelgroepen:

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



CAMPUS REKEM, PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS



CAMPUS LANAKEN, PVT RADO



CAMPUS ANTWERPEN, PVT MIN

Psychiatrisch verzorgingstehuis

In het **psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)** wordt aan bewoners met een chronisch ziektebeeld een woonomgeving en begeleiding aangeboden. Het verzorgingstehuis beschikte in 2008 over 197 bedden, waarvan een 50-tal met een uitdagend karakter voor mentaal gehandicapten en met nog een uitbreidingsmogelijkheid voor 30 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.

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

- de begeleiding van mensen met een mentale handicap in PVT MG anno 2008;
- de forensische psychiatrie in OPZC Rekem: van verleden naar heden;
- de zorgenheid Psychozorg Opname en Crisis;
- het jaaroverzicht 2008;
- het euregionaal samenwerkingsproject Chronos;
- Similes, de familiewerking;
- de Interne dienst Preventie en Bescherming;
- de patiëntveiligheid in OPZC Rekem;
- het personeelsbeleid: selectie en werving – het vormingstraject helende relatie;
- OPZC Rekem in cijfers.

De begeleiding van mensen met een mentale handicap in PVT MG anno 2008

Een vaste missie en doelstellingen vanuit een orthopedagogisch referentiekader

Zoals in meerdere psychiatrische centra werd ook in OPZC Rekem de opvang van bewoners met een mentale handicap georganiseerd binnen de structuren van het PVT.

Missie en doelstellingen werden vanuit een orthopedagogisch referentiekader vastgelegd en blijven doorheen de jaren behouden. In het orthopedagogisch denken wordt steeds geprobeerd persoon en wereld (waar de begeleiders een wezenlijk onderdeel van zijn) zo maximaal mogelijk en permanent aan elkaar aan te passen. Welke onuitgesproken vraag stellen ouder wordende volwassenen met een matig tot diep en ernstige mentale handicap aan de begeleiders? Dit wordt het vraagstellingstype genoemd. Vanuit het vraagstellingstype wordt geprobeerd op een gestructureerde wijze een begeleidingsstrategie uit te werken. Deze strategie is steeds driedelig. Strategie 1 behelst het algemeen leefklimaat (sfeer, architectuur, indeling in leefgroepen). Strategie 2 slaat op aandachtspunten en afspraken voor de ganse leefgroep. Strategie 3 is enkel voor maatregelen voor het individu. Kort samengevat wordt aan deze bewoners een kleinschalige, huiselijke en duidelijk gestructureerde woonomgeving aangeboden, waarbinnen voldoende ruimte is voor zelfontplooiing (stimuleren van de zelfredzaamheid, goed aanbod van activiteiten) en emotionele veiligheid. De volwassenen met een mentale handicap moeten zich eenvoudig gezegd goed in hun vel voelen. Niet meer, niet minder. Kleine leefgroepen met een grote stabiliteit inzake bewoners en personeel zijn noodzakelijk.





De laatste jaren komt de werking steeds meer onder druk te staan. Enerzijds wordt het personeelskader steeds kleiner (uitdovend PVT, afname van personeelsleden), anderzijds wordt de begeleiding ondermeer omwille van de veroudering van de bewoners zwaarder en complexer.

Ondanks deze druk blijft het enthousiasme erg groot om voor deze bewoners een gezellige thuis te scheppen, die maximaal beantwoordt aan hun noden. Basispersoneelsleden, poetspersoneel, therapeuten, leefgroepverantwoordelijken en domeinverantwoordelijken, personeelsleden die werken in de nacht, huisartsen, hoofd nursing en directie blijven zich met al hun mogelijkheden inzetten.

Het is vanuit deze achtergrond dat hieronder enkele krijtlijnen worden aangegeven over de werking in 2008.

Toenemende zorg bij een ouder wordende doelgroep

De bewoners worden echt *oude mannetjes*. De kaap van gemiddeld 60 jaar is reeds enkele jaren genomen. Heel wat bewoners krijgen meer en meer last van typische ouderdomskwalen zoals daar zijn: een verminderd zicht- en gehoorvermogen, verminderde mobiliteit met verhoogd

risico van valpartijen en de onvermijdelijke breuken. Kleine, eerder onschuldige kwaaltjes blijken plots grote gevolgen te hebben. Enkele bewoners beginnen wat dementieverschijnselen te vertonen. Palliatieve zorg werd enkele keren ingesteld voor bewoners in hun laatste levensfase. Pijnbestrijding wordt hierbij een belangrijk item. Ook komen soms morele vragen om het hoekje kijken. Wordt er goed aan gedaan om bewoner X of Y, die stervende is, binnen PVT MG te laten of is het juist beter dat hij naar een palliatieve afdeling kan gaan? In dit kader wordt de relatie huisarts versus basispersoneel bevraagd en getoetst aan hun mogelijkheden tot samenwerking.

Deze veroudering is ook op te merken in de banale routine van elke dag. Zo gaan de bewoners opvallend vroeger slapen dan vroeger. Ook in leefgroep A vindt men zelden nog bewoners op om 21.30 uur. Vroeger was dit wel wat anders. In verschillende leefgroepen gaan bewoners na het middageten een dutje doen op hun kamer. Feestactiviteiten die vroeger 's avonds werden georganiseerd trekken dan geen volk meer en moeten in de namiddag worden geplaatst.

De behoefte aan grote uitstappen en langdurige vakanties wordt kleiner. Het aantal uitstappen en vakanties neemt dan ook beduidend af. De 2 kinesisten, verbonden aan PVT MG, worden nu regelmatig ingeschakeld om bewoners te revalideren na een valpartij, om kleine stapoefeningen te doen bij sterk verminderde mobiliteit van de bewoners.

Deze vergrijzing, zo typisch voor de huidige maatschappij, vraagt de laatste jaren meer en meer aanpassingen ook op materieel, ruimtelijk en architectonisch vlak. Uiteraard is het evident dat het aantal bewoners, waarvan praktisch iedereen een uitdovend statuut heeft, sterk aan het dalen is. Binnen een tijdspanne van een kleine 10 jaar is bijvoorbeeld het aantal leefgroepen gehalveerd van 8 naar momenteel nog 4 groepen. Dit proces lijkt zich te versnellen. De laatste 3 jaren zijn er 2 leefgroepen dicht gegaan: leefgroep G in 2006 en leefgroep F in oktober 2008. Deze sluitingen resulteren in diverse verhuizingen. Deze mutaties brengen ook stress en onrust met zich mee bij de bewoners (en personeel). Over het algemeen geven de bewoners de indruk psychisch toch wel wat aan te kunnen. Onoverkomelijke en zeer zware gedragsproblemen hebben zich gelukkig nog niet voorgedaan.

Op architecturaal vlak vonden ook kleine of grote aanpassingen plaats om beter te kunnen inspelen op de sterk wisselende behoeften van de bewoners. Badkamers die voorheen toereikend waren, bleken plots te klein geworden of niet voldoende uitgerust. Zo moesten in een aantal leefgroepen douches worden bijgeplaatst.



Toenemende zorgen voor een steeds kleiner wordend aantal personeelsleden

De huidige ervaring leert dat, ook al wordt het aantal bewoners kleiner, de factor grotere zorg wegens veroudering, sterker doorweegt op het nog aanwezige personeel.

Een klein aantal personeelsleden (meestal wat oudere mensen met lange staat van dienst) krijgt het fysisch en psychisch moeilijk. Vooral de lichamelijke verzorging vergt een grote fysieke paraatheid. Bovendien werken de vaak wisselende omstandigheden en knagende onrust rond de verdere afbouw van het personeelsbestand, verder in op hun gemoed.

Door de noodgedwongen afvloeit van een 9-tal IBF-personeelsleden de laatste 2 jaren, wordt het personeelsbestand niet alleen kleiner, maar is ook, heel wat ervaring en dus ook stabiliteit vertrokken. Gelukkig wordt dit wat gecompenseerd door de aanwezigheid van relatief veel startbaners op de werkvloer. Deze mensen mogen bij PVT MG een jaar langer blijven, juist om de stabiliteit wat te verhogen.

In een zeer snel evoluerende technologische maatschappij worden er terecht steeds hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg. Allerlei goede beleidsinstrumenten zien het daglicht en moeten worden geïmplementeerd in de leefgroepen. Tevredenheidmetingen bij personeel en bewoners worden afgenomen. Al enkele jaren worden via verbeterprojecten nieuwe impulsen aan de werking gegeven. Deze verbeterprojecten kunnen gaan over verbetering van het tandenpoetsen, een betere opvolging van de bewoners via de Gordon-besprekingen, een maximaliseren en coördineren van het activiteiten aanbod... Andere innovatieprojecten dienen zich aan: het elektronisch patiëntendossier en de balanced scorecard.

De inbreng van de vrijwilligers

In 2008 zijn er 15 bewoners die op een min of meer regelmatige basis het bezoek kregen van een vrijwilliger. Het belang van deze bezoeken kan moeilijk overschat worden. Het is mooi om te zien hoe de bewoners genieten van deze extra persoonlijke aandacht. Het besef dat er iemand speciaal aandacht voor jou heeft, doet wonderen. Het blijft de moeite om permanent op zoek te gaan naar deze mensen. Naast de bezoeken vrijwilligers zijn er op PVT MG ook taakvrijwilligers.

Bewoners en hun familie

Traditioneel zijn de contacten met de families minder intens en uitgebreid dan bijvoorbeeld bij mentaal gehandicapte mensen, die verblijven in voorzieningen van de gehandicaptensector. Ongeveer de helft van de bewoners van PVT MG heeft nog contact met hun familie. Slechts bij enkele bewoners leven één of beide ouders nog. Opvallend is wel dat de laatste jaren af en toe plots een broer of zus de rol van de ouders na zoveel jaren komt overnemen. Bij een 5-tal bewoners is het contact werkelijk regelmatig. Bij de meeste bewoners echter sporadisch gedurende het jaar. Op leefgroep A wordt er op het einde van het jaar een druk bijgewoond familiefeest georganiseerd.

REACTIE VAN EEN FAMILIELID: *'Als zus en schoonbroer van Fons zijn we erg tevreden over de begeleiding van onze broer/schoonbroer. Vooral de laatste jaren is het gedrag van mijn broer erg verbeterd. Het storende gedrag van voorheen (je wegduwen, trekken aan je kleding...) is sterk verminderd. Hij is veel rustiger en vooral veel gelukkiger geworden. Je ziet hem meer en meer genieten van de dingen. Hij is erg blij met het bezoek. Hij lacht veel meer. Het was mooi om te zien hoe hij in 2008 genoten heeft van de georganiseerde vakantie. Weken daarna kon je het plezier nog van zijn gezicht aflezen.*

We hebben uiteraard minder zicht op de verzorging, maar twijfelen niet aan de kwaliteit hiervan in de leefgroep. Fons ziet er in de mate van het mogelijke altijd goed verzorgd uit en lijkt wat bijgekomen te zijn. We vinden het wel jammer dat leefgroep F moest sluiten. De huidige leefgroep is toch wat groot. Voorheen konden we met Fons rustig in de eethoek zitten, dit is nu onmogelijk geworden.

Als familie hebben we het erg gewaardeerd dat mijn broer, samen met enkele personeelsleden, naar de begrafenis van vader is kunnen komen. Een hartelijk dank hiervoor.'

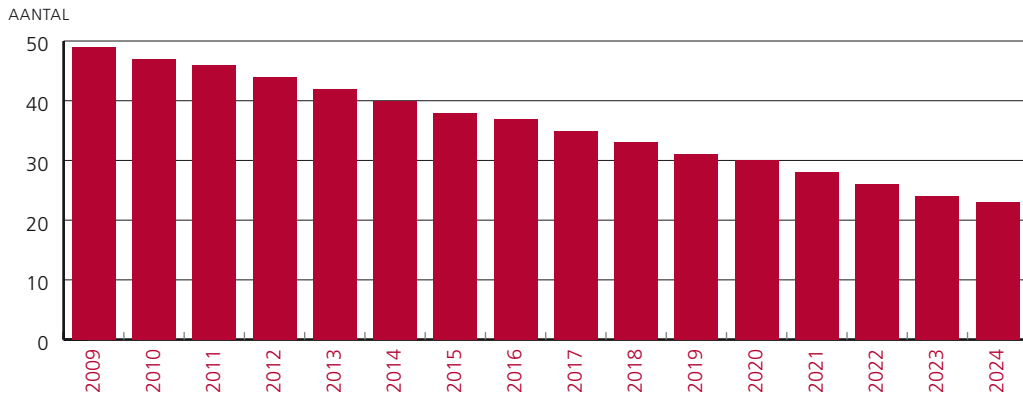


De toekomst van PVT MG

Eind 2009 dient zich opnieuw een grote, maar zeer noodzakelijke reorganisatie, aan. Het aantal bewoners neemt af. Alle bewoners worden geconcentreerd in 1 vleugel van PVT MG, waardoor leefgroepen uitbreiden en verhuizen.

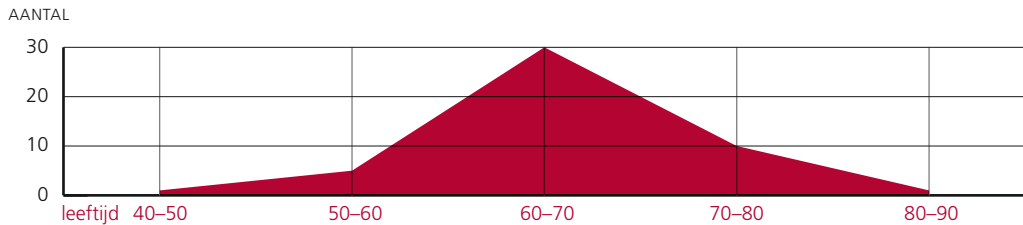
Enkele cijfers

EXTRAPOLATIE: EVOLUTIE AANTAL BEWONERS PVT MG



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
aantal bewoners	49	47	46	44	42	40	38	37	35	33	31	30	28	26	24	23

LEEFTIJDSPIRAMIDE VAN DE BEWONERS VAN PVT MG



LEEFTIJD	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
AANTAL	1	5	30	10	1



Forensische psychiatrie in OPZC Rekem: van verleden naar heden

Inleiding. Rekem? Natuurlijk kennen we dat.

Als fans van media-evenementen kent iedereen het mooiste dorp van Vlaanderen. Voetballiefhebbers weten wel waar Erik Gerets leerde voetballen.

Wie van dicht of ver wat heeft met geestelijke gezondheidszorg situeert er een grote psychiatrische instelling. De officiële naam, OPZC, OPZ, RPZ, PZ Daelwezeth... dat is wat moeilijker. Waar men wel zeker van is: het is een openbare psychiatrische instelling, bijna uniek in Vlaanderen én het heeft iets met Justitie, met forensische psychiatrie, met geïnterneerden.

Hoe komt het dat OPZC Rekem goed gekend is als forensische instelling, terwijl deze doelgroep maar een relatief klein deel van de capaciteit inneemt?

De oorsprong. Waar begint dit verhaal?

Het grootste deel van deze geschiedenis speelde zich af op het domein in Oud-Rekem: het kasteel van d'Aspremont-Lynden. Het ontstaan van de zorginstelling te Rekem heeft zijn wortels in de Oostenrijkse periode (18^{de} eeuw). Napoleon officialiseerde een bestaande praktijk in een decreet van 1809: het kasteel en toebehoren werd een bedelaarsgesticht voor het departement Meuse-Inférieure. Het moest opvang bieden aan 400 mensen van *beide geslachten*.

Tijdens de Hollandse periode en ook onder het Belgische regime bleef diezelfde functie grosso modo behouden. 1850 is een cruciale datum in de geschiedenis van de Belgische geestelijke gezondheidszorg. De krankzinnigenwet van dat jaar wilde een einde stellen aan de toen ronduit onmenselijke levensomstandigheden van psychiatrische patiënten. De geesteszieke kreeg een juridisch statuut. Er werden *normen* geformuleerd waaraan instellingen moesten voldoen.

Het waren gesloten instellingen die onder de verantwoordelijkheid vielen van het Ministerie van Justitie.

Pas na WO I was het mogelijk niet gedwongen opgenomen te worden. Deze *open afdelingen* hadden meestal wel gesloten deuren, maar men kwam en verbleef er *vrijwillig*.

Hier gold geen toezicht van het Ministerie van Justitie.

In 1948 werd dit toezicht over alle instellingen overgedragen van Justitie naar Volksgezondheid.

1963 is een sleuteljaar voor de psychiatrische ziekenhuizen. De verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt van toepassing voor de behandeling van psychiatrische patiënten. De ziekenhuiswet geldt voortaan ook voor de open afdelingen van de psychiatrische instellingen.

Het is wachten tot 1972 om de gesloten afdelingen als ziekenhuisafdeling te erkennen.

Het Rekemse verhaal is echter nog meer, nog nauwer, nog explicieter verweven met Justitie.

De wet van 1850 ging al uit van het principe dat bij daders met ernstige geestesziekte geen sprake kon zijn van straf, maar van verzorging en bescherming van de maatschappij.

De wet op Sociaal Verweer (1930) voorzag nu, minstens theoretisch, een aangepaste opvang voor de geïnterneerden, de daders van strafbare feiten die omwille van geestesziekte onverantwoordelijk waren voor hun daden. In deze filosofie en binnen dit wettelijk kader was er op de oude campus te Rekem tussen 1938 en 1966 een afdeling Maatschappelijk Verweer.

Het gebouw (derde kwartier) vertoonde nog meer dan de andere gebouwen de kenmerken van een gevangenis.

Er was een hoog ommuurde binnenkoer waar patiënten (internés) gelucht werden.

Boven op de muur waren scherpe stukken glas gemetst om het ontsnappen te ontmoedigen.

Vensters waren afgesloten met volle ijzeren tralies.

In 1938 kwamen 209 geïnterneerden uit Doornik naar Limburg, zowel Franstaligen als Nederlandstaligen. In 1962 waren er op een totaal van 875 patiënten 135 geïnterneerden, in het stelsel van Maatschappelijk Verweer.

Dit regime is blijven bestaan tot 1966. In die periode had men blijkbaar andere plannen met het Rekemse Instituut. In 1965 werd het eerste paviljoen (Paviljoen 5 A) op de nieuwe campus geopend en in 1967 startte men met de bouw van de paviljoenen 5 B en 5 C. Of er een verband is tussen het vervangen van de wet op Sociaal Verweer van 1930 door de nieuwe progressievere wet van 1 juli 1964 en het sluiten van de Rekemse afdeling verdient nog nader onderzoek.

Het sluiten van de afdeling Maatschappelijk Verweer was een administratieve beslissing die o.a. het statuut van de patiënten wijzigde. Ze werden allen geïncolluceerd en kwamen terecht in een *gewone* gesloten afdeling. Met andere woorden: de patiënten, en uiteraard het personeel, bleven waar ze waren.

De ervaring met, de traditie in, de evidentie om te werken met geïnterneerden bleef bewaard in de Rekemse cultuur.

Veel meer dan in andere psychiatrische ziekenhuizen, bleven ook de contacten met Doornik, Merksplas of andere instellingen voor Maatschappelijk Verweer, bestaan.

De beslissing om van het kasteeldomein te verhuizen naar de overkant van de Rijksweg, naar de campus Daelwezeth¹ is uiteraard geen toevallige keuze. Geïnterneerden, en waarschijnlijk ook andere patiënten zijn jaren in colonne, begeleid door geüniformeerde bewakers van het kasteel naar de *boerderij* gekomen.

Arbeidstherapie in een wel zeer letterlijke betekenis. 's Avonds terug naar *huis*.

Het eerste paviljoen op de campus Daelwezeth was dan ook bedoeld voor deze groep werkers. Voortaan (vanaf 1965) zouden ze op maandagochtend vertrekken naar Daelwezeth, en op zaterdagmiddag terugkeren naar de Groenplaats.

Grondige veranderingen

Voor de recente geschiedenis van het OPZ-Rekem, zoals de instelling vanaf toen heette, is 1990 een belangrijk jaar. Om 2 redenen:

- zoals alle Belgische psychiatrische ziekenhuizen werd ook het toenmalige OPZ onderwerp en voorwerp van de eerste, verplichte reconversie. België zou zijn psychiatrische beddencapaciteit van 22.000 bedden reduceren tot ± 15.000 bedden;
van een ziekenhuis met een kleine 500 ziekenhuisbedden zag men zich opeens herleid tot een huis met ± 300 bedden;
tegelijkertijd, en ter compensatie, zagen Beschut Wonen vzw 't Veer en PVT Ter Bosch (huidige PVT campus Rekem) het levenslicht;
- 1990 was ook het jaar waarin het toenmalige OPZ-Rekem niet langer een buitendienst bleef van het Vlaams Ministerie voor Volksgezondheid, maar een eigen rechtspersoon kreeg. Opeens was er, in plaats van een anonieme, afstandelijke Brusselse aansturing, een raad van bestuur: 11 mensen, van vlees en bloed. De raad, geen ambtenaren, bracht een andere kijk in huis, blies een dynamiek aan, die de administratieve huiscultuur niet direct gewoon was.

Termen als management, missie, doelstellingen, evaluaties, budget, HRM beleid, kwaliteitsdenken, klantgerichtheid, sterktezwakte analyse, public relations, operationeel en strategisch denken... verrijkten het vocabularium.

Zijn geschiedenis verloochent men niet

In 1995 werd de strategische keuze genomen de forensische draad opnieuw op te nemen en een forensisch cluster uit te bouwen in het ziekenhuis. Patiënten met een juridisch statuut, verspreid over de verschillende zorgeenheden, werden zoveel mogelijk samengebracht op 1 zorgeenheid. Er werd gestart met een groep van 45 patiënten. Er was nog geen sprake van een hogere personeelsomkadering, men deed het met de personeelsbezetting van A- en T-bedden (A = acute bedden, T = chronische bedden). Als locatie werd gekozen voor de linkervleugel van het kliniekgebouw (kliniek C en D).

In tijden van overbevolking in de gevangenissen duurde het niet lang of de aanvragen voor opname in de forensische zorgeenheid namen toe. Omdat OPZC, als openbare instelling, zich ontvankelijker opstelde dan andere ziekenhuizen, kwam de vraag voor opname van patiënten met een moeilijker voorgeschiedenis. De vraag of het aanbod verschoof van low risk naar medium risk patiënten. Er werd hierop ingegaan, in de mate dat het risico hanteerbaar geacht werd en in zoverre een behandelaanbod aanwezig was voor die patiënten.

De bestaande A- en T-omkadering bleek al gauw ruim onvoldoende om een medium risk programma op te starten. Bij meerdere ministers van Justitie en Volksgezondheid werd aangedrongen op een verhoogde forensische omkadering voor ziekenhuis en PVT. Het PVT van Rekem stelde als eerste PVT zijn deuren open voor forensische patiënten (15 bedden). Hetzelfde kon gezegd worden van Beschut Wonen (BW) vzw 't Veer. Forensische patiënten muteerden quasi naadloos tussen eigen ziekenhuis, PVT en BW. Een eerste zorgcircuit, *avant la lettre*, was geboren. Uitstroom naar andere collega-zorgaanbieders was praktisch onbestaande.

De pleidooien voor extra middelen bleven aanvankelijk weinig effectief. Ook al kreeg België in die periode forse kritiek van *Het Europees Comité ter Preventie van Foltering en onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing* voor de slechte behandeling van zijn geïnterneerden.

Beter verliep het dossier Hotel M.I.N (Mannen in Nood), een vzw uit de zeventiger jaren opgericht door de Bond zonder Naam zorgde in het Antwerpse voor de opvang van ex-gedetineerden. Wijziging in de subsidiewetgeving

en een verschuiving in de doelgroep noopten hen onderdak te zoeken bij een partner in de geestelijke gezondheidszorg. In plaats van met ex-gedetineerden (ex-gevangenen) werkten ze meer en meer met mensen met psychiatrische problemen (geïnterneerden). In de lijn van een jarenlange goede samenwerking tussen Hotel M.I.N. en OPZC Rekem was er voldoende vertrouwen tussen de directies om een overname mogelijk te maken. De werking van de vzw ging zonder onderbreking over in die van het PVT, onder de naam PVT MIN Antwerpen. Minister Vogels, de voogdijminister, werd in 2000 bereid gevonden het gebouw in de Lange Scholiersstraat te kopen. Dankzij de hulp van OPZ Geel konden 24 plaatsen in PVT MIN erkend worden als 24 definitieve PVT-bedden. De zorg in de nabije buurt voor de ex-hotelbewoners kreeg op dezelfde wijze een erkenning als initiatief voor beschermt wonen (vzw Beschut Wonen MIN).

De minister droeg het forensisch initiatief een warm hart toe en kocht de twee aanpalende huizen om PVT MIN een grondige verbouw/nieuwbouwbeurt te geven. Deze uitbreiding van het forensisch circuit is zeer belangrijk geweest om de uitstroom uit de behandel eenheden van het ziekenhuis mogelijk te maken. De keuzemogelijkheid om te resocialiseren in een landelijke (Limburgse) context of in een stedelijke omgeving als de Seefhoek in Antwerpen is een echte opportuniteit.



2001, een doorbraak

Na lange onderhandelingen met het kabinet van minister van Justitie Verwilghen kwam er voor het eerst een substantiële financiële input voor de behandeling en de uitbouw van een zorgcircuit voor medium risk patiënten, dit niet alleen in Rekem, maar ook voor initiatieven in Bierbeek en Zelzate. In de periode tussen 1 juli 2001 en 31 december 2002 moesten 30 medium risk patiënten opgenomen zijn in bestaande T-bedden. De extra financiële middelen dienden om bijkomend personeel te werven en om werkingskosten te dekken. Opvallend is dat van bij de aanvang al een deel van de extra middelen bedoeld waren voor het bestaand circuit, voor de forensische PVT-bedden in Rekem en in Antwerpen. De overeenkomst heeft het statuut van een proefproject, d.w.z. dat de financiering (en dus de verlenging) jaar per jaar bekeken wordt. Dit heeft twee duidelijke consequenties: er kan geen sprake zijn van grote (dure) verbouwwerken en al het nieuwe bijkomend personeel wordt contractueel en niet statutair aangeworven.



Een selectiecomité bestaande uit een psychiater van de PSD (psychosociale dienst) van Justitie en een psychiater van elk betrokken psychiatrisch ziekenhuis bepaalt wie als medium risk patiënt erkend wordt en een plaats krijgt in één van de nieuwe initiatieven. De geselecteerde geïnterneerden worden dan door de CBM (commissie ter bescherming van de maatschappij) verwezen onder het statuut *vrij op proef*.

Als of het geluk niet op kon, 1 maand later, in augustus 2001 startte het Ministerie van Volksgezondheid met een eigen forensisch project. Een contract voor navorsingswerk met als hoofding: *Pilootproject: het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de geïnterneerden met als doel; een zo groot mogelijke resocialisatie van die patiënten* werd ondertekend. Deze overeenkomst bood extra middelen om in 8, aanvankelijk A-, later T-bedden een specifieke observatie- en behandelsetting op te zetten. Universitaire equipes zouden het geheel opvolgen en evalueren. Het was geen sinecure om de 2 projecten, van Justitie én van Volksgezondheid, samen in 1 zorgenheid te realiseren.

De ambitie van Volksgezondheid was het onderscheid tussen low en medium risk patiënten wetenschappelijk te objectiveren. Tegelijkertijd wou men de impact van een intensieve behandeling aantoonbaar maken. Deze hoge, algemeen geformuleerde ambities heeft men binnen het tijdsbestek niet kunnen waarmaken. De sociale realiteit in een ziekenhuisomgeving is veel complexer dan een experimentele laboratoriumsetting. Er werd wel een grondslag gelegd voor een wetenschappelijke werkwijze: veelvuldig testonderzoek, systematische observaties, eenduidige registraties... Al vrij vlug werd met de collega's in Bierbeek en Zelzate overeengekomen om een eenvormige databank aan te leggen van het medium risk cliënteel: basismateriaal voor toekomstige statistische analyses.

De vraag van Limburgse justitiehuzen naar een accuraat overzicht van het forensisch zorgaanbod in de provincie was de aanzet tot de vorming van een provinciaal forensisch platform. Alle partijen, die enig aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor forensisch cliënteel hadden, zaten en zitten aan dezelfde SPIL-tafel (samenwerkingsverband psychiatrische initiatieven Limburg).



Houdt het veilig

Dé grote zorg bij de beleidskeuze om medium risk patiënten op te nemen, was uiteraard alles onder veilige omstandigheden te laten gebeuren.

Geen amateurisme maar zoveel mogelijk wetenschappelijk verantwoord werken, was een evidente voorwaarde. Studiebezoeken in de omliggende landen waren inspirerend.

Het personeel werd (en wordt nog steeds) getraind in het voorkomen van en in het omgaan met agressie. Criminologen kregen een specifieke rol toebedeeld bij de risicotaxatie.

In de wetenschap dat incidenten zich toch voordoen, ook in de niet-forensische psychiatrie, werd een opvangteam opgeleid, om bij calamiteiten personeel op te vangen. Dit team staat ter beschikking van alle personeelsleden van het OPZC Rekem.

Een goede samenwerking en regelmatig overleg met politie en parket zijn ook elementen van dat veiligheidsbeleid.

2006, een moeilijk jaar

De al lang aangekondigde verbouwing van PVT MIN Antwerpen had eindelijk de nodige fiats gekregen zodat kon uitgekeken worden naar een tijdelijke, alternatieve huisvesting.

Een confronterende ervaring. Het stadsbestuur van Antwerpen stond echt niet te springen om onderdak te verlenen aan geïnterneerden. Na een veel te lange zoektocht werd uiteindelijk een warm onderdak gevonden in het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Amedeus te Mortsel.

Op 24 november 2006 wordt in Leuven feestelijk een symposium gehouden naar aanleiding van 5 jaar medium risk projecten. Terzelfder tijd kondigden zich budgettaire problemen aan.

Het werd duidelijk dat de projecten van de voorbije jaren aan herziening toe waren, niet direct om inhoudelijke, maar om politieke redenen.

Eén project

Herziening leek aanvankelijk erg op afkalving. Politieke en syndicale druk wisten de schade te beperken.

Het resultaat was een nieuw contract, ditmaal tussen Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid en OPZC Rekem (het ziekenhuis en het PVT) en de initiatieven voor BW.²

Ook nu is het een tijdelijk contract, maar met een zeer wezenlijke capaciteitsuitbreiding.

Het betreft 40 ziekenhuisbedden, in 4 jaar tijd 60 bijkomende PVT-bedden en in ons geval 2 x 20 plaatsen geïntegreerd wonen (20 plaatsen bij BW MIN en 20 plaatsen bij BW vzw 't Veer).

De overeenkomst is geschreven in een geest van samenwerking in een netwerk.

Het accent blijft liggen op de kortdurende intensieve behandeling in het ziekenhuis met als finaliteit resocialisatie: patiënten moeten zoveel mogelijk terug naar de maatschappij.

Voor wie dat te hoog gegrepen is, moet het forensisch PVT een opvang bieden.

Het werken in zorgcircuits en netwerken is uiteraard geen voorrecht voor de forensische zorg.

In 2008 gaan een 75-tal therapeutische projecten van start in België.

Eén ervan is het therapeutisch project van OPZC Rekem: *Operationaliseren van een zorgcircuit voor patiënten met een forensisch statuut*.

Vanuit het SPIL-overleg is de stap gezet naar dat forensisch therapeutisch project: wanneer een forensisch patiënt een betekenisvolle overgang in zijn behandeltraject (transfer) maakt, wordt overleg tussen meerdere betrokken zorgaanbieders gesystematiseerd, ondersteund en vergoed.

Klinische blik

De klinische praktijk op de werkvloer is sinds 1995 natuurlijk niet onveranderd gebleven.

OPZC Rekem beschikt nu over meer, beter geschoold en meer ervaren personeel.

Maar ook de patiëntenpopulatie veranderde. Patiënten worden jonger en hebben vaak een zwaardere pathologie. Patiënten zonder drugsverleden worden uitzonderingen; men ziet meer dan vroeger patiënten met autismespectrumstoornissen.

Binnen deze veranderende realiteit heeft de zorg eenheid voortdurend gezocht naar passende antwoorden.

Dit resulteerde in meerdere ingrijpende reorganisaties.

Er kwamen nieuwe modules bij; zoals een aparte crisis- en observatiegroep en een module woontraining op de campus.

De zorgprogramma's werden verschillende malen herdacht en aangepast aan de praktijkervaringen en aan de veranderende noden van de populatie.

Het gewicht van de component resocialisatie in het zorgprogramma is de voorbij jaren toegenomen. Het groot belang dat men nu hecht aan bv. een beroepsopleiding is daar exemplarisch voor.

En morgen?

In 2008 staat de implementatiefase (2^{de} schijf van 15 PVT-bedden, om in 2010 tot 60 eenheden te komen) van de overeenkomst met de FOD Volksgezondheid centraal.

Op het risico af voorbarig conclusies te trekken toch al deze vaststellingen:

- 40 behandelbedden in het ziekenhuis zijn te weinig om het opgelegde tempo van de uitbouw van PVT en BW te halen. Dit is een tijdelijk probleem. Maar ook op termijn bieden 40 bedden te weinig differentiatiemogelijkheid voor het opzetten van gespecialiseerde programma's. Een uitbreiding van de behandelcapaciteit is daarom wenselijk.

Hoever echter kan het OPZC Rekem daarin gaan zonder zijn reguliere, regionale werking te hypothekeren?;

- de personeelsomkadering in het forensisch PVT is ruim onvoldoende om zich goed van zijn taken te kunnen kwijten. Het verschil tussen de ziekenhuisomkadering en het PVT-kader is dermate groot, dat het een vlotte transfer van ziekenhuis naar PVT zelfs bemoeilijkt.

Om het werk in veilige omstandigheden te kunnen blijven doen, zal de PVT-omkadering betekenisvol moeten opgetrokken worden;

- het projectmatig karakter van de overeenkomst verhindert een normale subsidiëring van broodnodige grote verbouwingswerken.

Een aangepaste infrastructuur is nochtans een element van veiligheid. De subsidiëring van noodzakelijke infrastructuurwerken is dan ook onontbeerlijk.

Op relatief korte termijn moeten bij de heropstart van het masterplan een paar wezenlijke keuzes gemaakt worden: een forensische campus binnen de huidige contouren bouwen of zoeken naar een andere locatie? Kan het terrein van PVT MG dienst doen als forensische campus?

De politieke beslissing om de zorg voor alle geïnterneerden over te dragen van de FOD Justitie naar de FOD Volksgezondheid, zal impact hebben op de instroom van geïnterneerden in OPZC Rekem.

De creatie van high risk instellingen in Antwerpen en Gent, zal ongetwijfeld invloed hebben op de werking. Reden genoeg om een positie van medezeggenschap in die instellingen te claimen.

Al jaren wordt het nut en belang van een coherent zorgcircuit verkondigd. Uit meerdere evaluaties blijkt de noodzaak aan een centrale overkoepelende aansturing van dat netwerk: d.w.z. over de schotten heen tussen ziekenhuis, PVT, BW, activiteitencentra, thuiszorg. Het wordt hoog tijd hier werk van te maken.

M. SEGERS, JUSTITIEASSISTENT TONGEREN, geeft een blik op de samenwerking tussen OPZC Rekem en het Justitiehuis Tongeren: 'het Justitiehuis van Tongeren is bevoegd voor de opvolging van de dossiers internering vrij op proef. In deze context is het samenwerkingsverband met OPZC Rekem in de uitbouw van een aangepaste behandeling en begeleiding voor deze dossiers.

In het arrondissement Tongeren zijn er jaarlijks een 130 lopende forensische dossiers in opvolging. Eveneens worden jaarlijks een 60-tal dossiers om allerlei redenen afgesloten, hetgeen neerkomt op een jaarlijks beheer van om en bij de 200 forensische dossiers.

Van dit aantal dossiers wordt meer dan 90% opgevolgd in samenwerking met OPZC Rekem. Uiteraard wordt het meest samengewerkt met de forensische zorgenheid van het ziekenhuis, maar ook met de forensische zorg van PVT, de verslavingszorg, de chronische zorgenheden en BW vzw 't Veer. De samenwerking met OPZC Rekem is doorheen de jaren enkel maar gegroeid gezien de gestage toename van het aantal dossiers enerzijds en de ontwikkelingen binnen het ziekenhuis anderzijds.

Door de jaren heen zijn ook met de verschillende diensten specifieke afspraken gemaakt i.v.m. de opvolging binnen de dossiers. Dit gebeurt op permanente en intense basis in nauw overleg. Op onze beurt informeren wij ook onze opdrachtgevers binnen Justitie (CBM - Commissie Ter Bescherming van de Maatschappij en de SURB's – Strafvuiveringsrechtbanken), die op deze manier een zicht krijgen op de werking van het ziekenhuis enerzijds en ook gericht kunnen doorverwijzen anderzijds.

Doorheen de jaren is OPZC Rekem geëvolueerd tot een vaste partner. Met betrekking tot de toekomst zal dit belang enkel nog maar toenemen, gezien het aantal forensische dossiers er blijft toenemen. In die zin kunnen wij stellen dat de samenwerking met OPZC Rekem, zowel op residentieel, als op semiresidentieel vlak zeer belangrijk is en belangrijk blijft. Aandachtspunt naar de toekomst is ons inziens de verdere uitbouw van een ambulante circuit voor onze forensische dossiers (psychiatrische thuiszorg). Op dit vlak is er nog heel wat werk te verrichten. De vraag is hoe dit kan georganiseerd worden en met welke partners?'

Uitdagingen genoeg voor de toekomst, zonder het dan te hebben over de ontwikkeling van de forensische polikliniek, de coördinatie van het veiligheidsbeleid, de evaluatie van de behandelprogramma's, de uitbouw van het forensisch kenniscentrum, de verankering van een forensisch activiteitencentrum, de implementatie van de nieuwe wet op internering, de invulling van de functie van zorgcoördinator...

Er is nog forensisch werk aan de winkel. Wordt vervolgd.

Enkele cijfers m.b.t. 2008

PATIËNTENBESTAND FORENSISCHE PSYCHIATRIE OP 31.12.2008

	FORENSISCHE PSYCHIATRIE	
	ZH	PVT
Opnamen	76	61
Ontslagen	73	53
Aanwezigen op 31.12.2008	53	43

VERBLIJFSDUUR BINNEN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE IN 2008

VERBLIJFSDUUR	ZH		PVT		TOTAAL	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
< = 7 dagen	9	12%	2	4%	11	9%
8 d – 1 m	12	16%	13	25%	25	20%
>1–3 maanden	11	15%	10	19%	21	17%
>3 m – 1 jr	19	26%	20	38%	39	31%
>1 t/m 3 jr	12	16%	7	13%	19	15%
> 3 jaren	10	14%	1	2%	11	9%
Totaal	73	100%	53	100%	126	100%

BESTEMMING NA ONTSLAG IN 2008

BESTEMMING	ZH		PVT		TOTAAL	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
ONTSLAGEN						
Alleenwonend	3	4%	0	0%	3	2%
Gevangenis	18	25%	6	11%	24	19%
Psychiatrisch ZH	1	1%	23	43%	24	19%
PVT	33	45%	3	6%	36	29%
Beschut Wonen	11	15%	17	32%	28	22%
Algemeen ZH	0	0%	1	2%	1	1%
Andere	7	10%	3	6%	10	8%
Totaal	73	100%	53	100%	126	100%

LEEFTIJD VAN FORENSISCHE PATIËNTEN OP 31.12.2008

LEEFTIJD	ZH		PVT		TOTAAL	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
AANWEZIGEN						
15-24 jaar	2	4%	1	2%	3	3%
25-34 jaar	16	30%	3	7%	19	20%
35-44 jaar	19	36%	14	33%	33	34%
45-54 jaar	13	25%	13	30%	26	27%
55-64 jaar	3	6%	9	21%	12	13%
65-74 jaar	0	0%	2	5%	2	2%
>=75 jaar	0	0%	1	2%	1	1%
Totaal	53	100%	43	100%	96	100%

Psychosezorg Opname en Crisis

Psychosezorg Opname en Crisis (POC) is niet enkel een opname-, maar ook een behandel eenheid voor patiënten met een psychiatrische problematiek, die een gesloten setting nodig hebben.

Visie

Inleiding

In 2008 werd de werking van de zorg eenheid Opname en Crisis uitgebreid geëvalueerd. De uitdaging bestond erin om de begeleiding verder uit te bouwen en aangepaste zorg voor iedere patiënt te verfijnen.

In onderstaande tekst wordt de visie t.a.v. van acut psychiatrische patiënten uitgewerkt. Wanneer verwezen wordt naar patiënt, wordt hiermee de patiënt, alsook zijn onmiddellijke omgeving, bedoeld.

De tekst begint met wat precies verstaan wordt onder acute psychiatrie.

Daarna volgt een omschrijving van de groep patiënten die terechtkomen op de zorg eenheid POC.

In het derde punt wordt dieper ingegaan op de uitwerking van de begeleiding van deze psychiatrische patiënten vanuit een gedragtherapeutisch denkkader. Hierbij wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de basishouding, het therapeutisch klimaat en de procesmatige benadering van de patiënt. Tenslotte komen de toekomstperspectieven aan bod.

Definitie acute psychiatrie

'Acute psychiatrie is de vorm van hulpverlening, die bestaat uit sociaal psychiatrische diagnostiek en interventies ten behoeve van mensen, die door plotseling optredende gebeurtenissen in een crisis zijn geraakt. Deze gaat gepaard met psychiatrische symptomen van het individu en een tijdelijke verstoring van het lichamelijk, emotioneel en sociaal evenwicht van de mensen die het betreft. De hulpverlening is gericht op het zo spoedig mogelijk herstellen van dit evenwicht. Hierbij wordt de oplossende kracht van mens en omgeving aangesproken.'

(GERSONS, 1987,

BEWERKT DOOR B. VENNEMAN, 2003)

Een implicatie van deze definiëring is dat de patiënt centraal geplaatst wordt, waarbij verder wordt gebouwd op de vaardigheden die worden beheerst en er ondersteuning wordt voorzien voor die vaardigheden, die de patiënt maar gedeeltelijk of niet beheerst.

Uit de gehanteerde definitie volgt eveneens dat de behandeling als een procesmatig begrip moet beschouwd worden. Dit proces kan opgedeeld in 3 fasen: de diagnostische fase, de therapeutische fase en de transferfase. Voorafgaand aan dit proces kan er een voorwaardescheppende fase nodig zijn. In deze fase wordt de crisis aangepakt. Reeds tijdens het aanpakken van de crisis wordt de diagnostische fase opgestart met als doel tot een ruime probleemstelling te komen, die uitmondt in het formuleren van een behandelplan. Op basis van dit behandelplan wordt de therapeutische fase aangevat.

In de transferfase wordt verdere oriëntatie bepaald naar eventuele behandeling of ontslag, al dan niet met nazorg.

Opdracht

Opname en Crisis is een gesloten zorgeenheid die een onderdeel is van de zorglijn psychosezorg binnen de Volwassenenzorg. De patiënten komen uit de regio. Naast opname heeft de zorgeenheid een opdracht naar behandeling van personen in crisis waarvoor het over een aangepaste accommodatie beschikt. De zorgeenheid heeft ook een behandelopdracht binnen de zorglijn psychosezorg waarvoor de zorgeenheid een aantal modules ondersteunt. De zorgeenheid staat samen met neurosezorg (open zorgeenheid) in voor de opnamen van volwassenen. Dit betekent dat alle patiëntengroepen met een zeker risico opgenomen worden op de zorgeenheid Psychosezorg Opname (gedwongen opname, suicidegevaar, psychotische stoornissen...) o.w.v. de gesloten deur.

Het grootste gedeelte van de gedwongen opnamen bij OPZC Rekem, komt binnen op de zorgeenheid POC. Afhankelijk van de diagnose worden patiënten vervolgens doorverwezen naar andere zorgeenheden, residentieel of in dagbehandeling. De gedwongen opname wordt geregeld door de wet betreffende de persoon van de geesteszieke (26 juni 1990). Een gedwongen opname is een wettelijk opgelegde beschermingsmaatregel die gehanteerd wordt bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling ten aanzien van 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 andermans leven of integriteit.

Bij de gedwongen opname in een psychiatrische instelling worden 2 fasen onderscheiden: de observatie (maximum 40 dagen) en het verder verblijf (maximaal twee jaar verlengbaar). Er zijn drie voorwaarden waaraan voldaan moet worden vooraleer iemand kan gedwongen worden opgenomen:

- er moet sprake zijn van een geestesziekte;
- er moet voldaan worden aan het gevaarscriterium: omdat de persoon zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit;
- er is geen andere geschikte maatregel voor handen (men wil zich niet vrijwillig laten behandelen of de vrijwillige behandeling is ontoereikend).

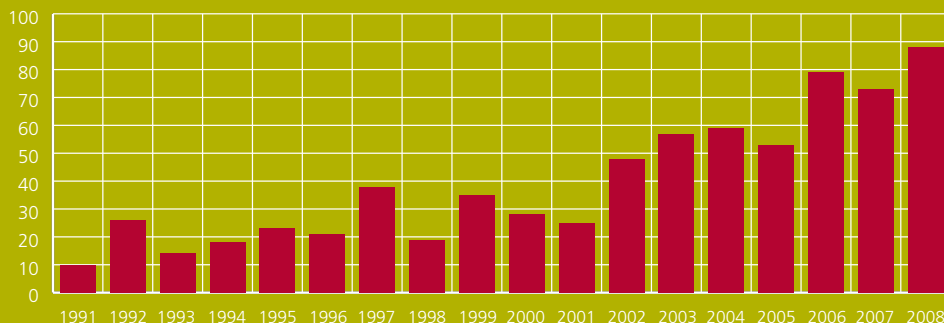
De gedwongen opname kan via twee procedures verlopen: de gewone procedure of de procedure bij dringendheid.

- De gewone procedure start met een indiening van een verzoekschrift bij de vrederechter. Het initiatief daartoe kan worden genomen door iedere belanghebbende. Een belanghebbende moet niet noodzakelijk familie zijn. Aan het verzoekschrift moet een omstandig geneeskundig verslag worden toegevoegd, op basis van een onderzoek dat ten hoogste 15dagen oud is. Binnen de 24 uur na de indiening van het verzoekschrift bepaalt de vrederechter bij een beslissing de dag en het uur van zijn bezoek aan de persoon wiens opname wordt gevraagd en van de zitting.
- In spoedeisende gevallen kan de procureur des konings beslissen dat een persoon wordt opgenomen in een psychiatrische dienst die hij aanwijst, ter observatie. De procureur moet bij zijn verzoek een omstandig geneeskundig verslag toevoegen. Deze beslissing moet binnen de tien dagen door de vrederechter bevestigd worden. Deze begeeft zich ter plaatse om te oordelen of de gedwongen opname gegrond is.

Er bestaat ook nog een procedure voor verder gedwongen verblijf. De observatieperiode van 40 dagen kan, indien nodig, volgens een soortgelijke procedure verlengd worden (maximaal voor 2 jaar). Indien de toestand van de zieke een verder verblijf in de instelling (of een andere dienst) vereist, dan dient de directeur van de instelling een omstandig verslag over te maken aan de vrederechter, ten minste vijftien dagen voor het verstrijken van de observatieperiode. De vrederechter doet uitspraak over de verlenging en de eventuele duur van het verder verblijf, maar deze termijn mag maximaal twee jaar belopen.

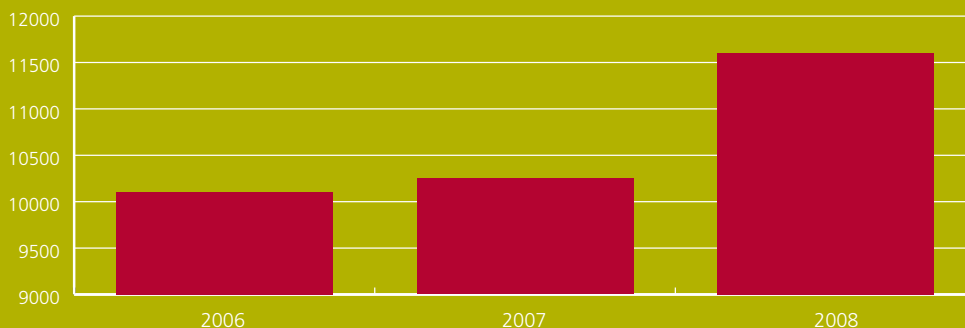
Gegevens m.b.t. gedwongen opname

AANTAL GEDWONGEN OPNAMEN PER JAAR



De wet van 26.06.1990 is in voege vanaf 1991. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gedwongen opnamen in OPZC Rekem over de periode 1991 tot 2008. Er is een sterke stijging van het aantal gedwongen opnamen vanaf 2002. Het merendeel van de gedwongen opnamen gebeurt via de spoedprocedure (beslissing tot opname ter observatie in spoedeisende gevallen door de procureur des konings). Het aantal procedures dat niet bevestigd wordt (ongegrond verklaard) door de vrederechter stijgt eveneens.

VERPLEEGDAGEN GEDWONGEN OPNAMEN



	2006	2007	2008
Gedwongen opnamen	10 123	10 270	11 584

Bij de verpleegdagen gedwongen opnamen is er een sterke stijging in 2008, hetgeen samenhangt met de stijging van het aantal opnamen onder gedwongen statuut.

Concrete uitwerking

Basishouding

Als basishouding streeft de zorgenheid naar een respectvolle houding. Mensen dienen, als persoon, onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden. Maximale verantwoordelijkheid en autonomie worden bij ieder individu gelegd (cfr. volgend punt). Naast de eerder vanzelfsprekende aandacht voor beperkingen bij patiënten wordt voldoende aandacht geschonken aan sterktes en weerbaarheid. Mensen maken deel uit van een context. Het is belangrijk dat de verbinding met deze context aan bod komt, met respect voor een correcte invulling van het beroepsgeheim.

Een niet normerend klimaat wordt nagestreefd. Het is geenszins de bedoeling (ver)oordeelend te zijn over levensstijlen die niet aansluiten bij die van de gemiddelde zorgverlener. Het is erg belangrijk dat elke patiënt als autonoom wezen gekend wordt in het behandelplan.

Gezien de problematiek van gestoorde realiteitstoetsing is het echter wel vaak nodig duidelijk structurerend te zijn, normen op te leggen, beschermende maatregelen te nemen, medicatie toe te dienen...

Zeker bij gedwongen opgenomen patiënten bestaat daarenboven een duidelijke geformaliseerde verplichting ten opzichte van het gerecht en de maatschappij: gedurende de periode van gedwongen opname wordt de zieke bewaakt, grondig onderzocht en behandeld.

Huidige organisatie en therapeutisch klimaat

Patiënten maken deel uit van een context buiten het ziekenhuis: familie, vrienden en ambulante hulpverleners. Deze mensen worden door het aanbieden van gesprekken en overlegmomenten betrokken bij het verblijf binnen het ziekenhuis.

Een duidelijke structuur wordt aangeboden door middel van regels van de zorgenheid, therapieprogramma's, mentorschap, vaste behandelende psychiater. Voor de opbouw van vrijheid/autonomie wordt gewerkt met welomschreven statuten. Vanzelfsprekend geldt dat regels er zijn voor mensen en niet omgekeerd.

Er wordt gebruik gemaakt van het crisisontwikkelingsmodel. Dit model is een houvast voor patiënt en therapeut, verschaft duidelijkheid over symptomen, aanpak en stadium van controle(verlies).

Bij het crisisontwikkelingsmodel worden de verschillende stadia behandeld die een crisis in theorie kan doorlopen, met daarnaast de verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt ervan uitgegaan dat er een toenemend gevaar voor controleverlies is bij een verandering in het normale gedrag. In de zin van crisisinterventie moeten gedragsveranderingen een waarschuwingsteken zijn. Indien men de ander goed kent, is men in staat om preventief te werken, door al in een vroeg stadium op gedragsveranderingen te reageren, om zodoende escalatie te voorkomen. Er wordt getracht zo vaak als mogelijk te werken met signaleringsplannen gebaseerd op dit model.

De observatie en de eigenlijke behandeling van de psychiatrische problemen gebeuren in modules. De term module verwijst naar de verzameling van zorgactiviteiten die aangeboden wordt als behandeling voor een bepaalde doelgroep. Simpelweg kan men zich dit voorstellen als het therapieprogramma voor die groep mensen.

De zorgenheid beschikt over een uitgebreid therapeutisch zorgaanbod, binnen een integratief therapeutisch kader. Dit kader is voornamelijk gedragtherapeutisch onderbouwd. Met deze wetenschappelijke onderbouw wordt de verandering in het gedrag van de patiënt en tegelijk in de relatiepatronen binnen het systeem beoogd.

DE VERSCHILLENDE MODULES BINNEN DE ZORGEENHEID ZIJN:

voorwaardescheppende modules:

- **crisismodule:** deze module richt zich op mensen die door hun psychiatrisch toestand beeld acute hulp nodig hebben en eigen of andermans fysieke en/of psychische integriteit in gevaar brengen. De aanpak is sterk geïndividualiseerd, met intensieve medische, sociale en psychologische observaties en interventies met als doel het stabiliseren van de crisissituatie;
- **detoxmodule:** deze module richt zich op personen die vertoeven in een middelengerelateerde medisch-psychiatrische crisis (intoxicaties, ontwenningen, middelengerelateerde psychische stoornissen...) die zich acuut manifesteert. Behandeling is gericht op detoxificatie en het onder controle krijgen en houden van de ontwenningverschijnselen.

diagnostische modules:

- **observatiemodule psychose (groep A):** de module richt zich op personen met een psychotische problematiek die nood hebben aan een gesloten setting. Observatie, diagnose- en indicatiestelling staan centraal;
- **observatiemodule neurose (groep AN):** de observatie, diagnose- en indicatiestelling richt zich op personen, die door hun psychiatrische problematiek (niet psychotische problematiek) nood hebben aan een gesloten setting;
- **observatiemodule middelen (groep AM):** de module richt zich op personen met een verslavingsprobleem, alsook dubbeldiagnoses, die nog onvoldoende psychiatrisch gestabiliseerd zijn en/of die vanuit een gering ziekte-inzicht geen blijk geven van intrinsieke motivatie tot continuering van de behandeling. De nadruk van begeleiding ligt op het verschaffen van zo veel mogelijk objectieve informatie over middelengebruik, behandel mogelijkheden en het opmaken van een balans tussen positieve en negatieve gevolgen van het gebruik vanuit het gezichtspunt van de patiënt.

therapeutische modules:

- **structurerende module (groep B):** deze module staat open voor patiënten met acute psychotische symptomatologie en richt zich in de eerste plaats op stabilisatie;
- **behandelmodule neurose (groep N):** deze module is gericht op mensen die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis en nood hebben aan een intensieve verblijf in een residentiële gesloten setting. De nadruk ligt op het verwerven van inzicht in eigen problematiek, symptoommanagement en het verbeteren van het algemeen functioneren.

Patiënten maken tevens deel uit van een leefgroep met medepatiënten, verpleegkundige equipe, therapeuten, psycholoog en psychiaters. Dit impliceert de mogelijkheid tot een zekere verbondenheid en betrokkenheid.

Deze context is erg bepalend voor het therapeutisch klimaat dat gekenmerkt dient te worden door reeds genoemde eigenschappen als respect, acceptatie...

De meeste patiënten hebben nood aan rust, veiligheid en voorspelbaarheid. Hiermee rekening houdend wordt een optimaal milieu gecreëerd dat het therapeutisch proces faciliteert.

Deze principes worden zowel binnen de modulaire werking, als binnen het leefgroepgebeuren geïntegreerd.

EEN GOED THERAPEUTISCH KLIMAAT BIEDT:

- voorspelbaarheid;
- controleerbaarheid;
- transparantie;
- veiligheid;
- nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Voorspelbaarheid:

het leven op de zorgeneid verloopt gestructureerd. Er is een vaste dag- en weekindeling. Afwijkingen van het vaste ritme worden op voorhand medegedeeld. Mensen weten op elk moment wat er hen te wachten staat. De huisregels zijn duidelijk voor iedereen en worden consequent toegepast door de begeleiding.

Controleerbaarheid:

patiënten ervaren dat ze invloed hebben. Een gemeenschappelijke noemer bij een groot deel van de patiëntenpopulatie is een zekere aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1968). Patiënten hebben dikwijls het gevoel dat ze geen vat hebben op de dingen. Ze hebben de indruk dat problemen hen overkomen en dat ze zelf niets kunnen ondernemen om hun situatie te veranderen. Eigenlijk wordt patiënten geleerd operant te denken (d.w.z. leren dat door iets te doen, er in de omgeving iets kan veranderen; leren controleren van de omgeving). Beslissingen worden expliciet genomen en in de mate van het mogelijke, beslist de patiënt mee.

Transparantie:

om patiënten gemotiveerd te krijgen moeten ze weten:

- waar zijn we mee bezig?;
- waarom doen we dit?;
- waar werken we naartoe?

De behandeling wordt gedemystificeerd: de begeleiding is open over wat ze doet en waarom ze dat doet. Het behandelingsverloop voltrekt zich niet aan een passief toekijkend individu. Integendeel: de patiënt wordt actief in de behandeling betrokken en is voortdurend op de hoogte van de stappen die in de behandeling gezet worden.

Veiligheid:

tijdens de opname verblijft men in een beschermd milieu. Men is uit de probleemsituatie gestapt, weg van externe stressoren. Binnen dit beschermd klimaat kan men alternatief gedrag aanleren en uitproberen.

Nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt:

de benadering is niet betuttelend. Mensen krijgen inspraak en verantwoordelijkheid in hun behandeling. Hulpverleners gaan niet de problemen van de patiënt oplossen. Het is belangrijk dat mensen probleemoplossend gedrag aanleren. Mensen kunnen leren om in de toekomst problemen zelf aan te pakken. De begeleiders ondersteunen en fungeren min of meer als richtingaanwijzer: mogelijkheden en alternatieven worden aangegeven, maar het eigenlijke werk ligt bij de patiënt zelf.

Bij het begin van de opname zijn een aantal mensen niet meer in staat om eigen verantwoordelijkheid op te nemen. Aanvankelijk wordt de verantwoordelijkheid dan (deels) overgenomen door het team (vooral de mentor) en progressief komt de verantwoordelijkheid terug meer bij de patiënt terecht.

De procesmatige benadering van de patiënt

Zoals al eerder aangegeven, is de eerste stap het in kaart brengen van de vaardigheden, mogelijkheden, probleemgebieden, behoeften en mogelijke bronnen van steun van de individuele patiënt. Op basis van deze analyse worden doelstellingen geformuleerd en wordt een behandelingsplan uitgewerkt. Van hier uit worden interventies georganiseerd en neemt de patiënt (al dan niet met steun) de nodige stappen om deze doelstellingen te bereiken. Op regelmatige tijdstippen gebeurt een evaluatie van het functioneren van de patiënt m.b.t. de eerder uitgewerkte doelstellingen.

Dit hele proces wordt opgevolgd en begeleid door de psychiater en persoonlijke begeleider of mentor.

De accenten binnen de multidisciplinaire begeleiding

Het multidisciplinair team is samengesteld uit psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische, verpleegkundige, sociaal maatschappelijke, ergotherapeutische en psychomotorische begeleiders. In functie van de individuele patiënt en zijn problematiek en behandelnoten, wordt een specifiek aanbod uitgewerkt.

Plannen voor 2009

- het is de bedoeling om binnen het jaar te komen tot een uitgewerkt programma rond suïcidepreventie. Accenten die hierbij worden gelegd zijn een goed assessment van het suïciderisico, een protocol rond omgaan met suïcidaliteit en suïcidepoging en de directe zorg voor nabestaanden van suïcide;
- binnen de crisismodule is het de bedoeling te komen tot een betere kennis en verdere implementatie van het crisisontwikkelingsmodel waardoor verwacht wordt dat het aantal en de duur van de afzonderingen verder afneemt;
- de verdere implementatie van het gedragstherapeutisch model.

Enkele cijfers m.b.t. 2008

Het opnamecijfer is de laatste 10 jaar gestaag gegroeid van 67 tot 194 medische opnamen per jaar. In 2008 waren er 111 vrije opnamen en 83 gedwongen opnamen. Dit is 43% van de totale aantal opnamen. Er vonden daarnaast 40 interne mutaties plaats naar de zorgeenheid wegens crisis.

De gemiddelde opnameduur van de ontslagen patiënten voor 2008 is 47 dagen. De mediaan is 11 dagen. Deze cijfers zijn het resultaat van verschillen in opnameduur die variëren van 1 dag tot vele maanden (soms meer dan één jaar). De bedbezetting bedraagt de laatste 6 jaar gemiddeld 88% (tussen 79,5% in 2003 en 96,01 in 2008). Hoewel Opname en Crisis volgens de huidige indeling van de zorgeenheden valt binnen de psychozorglijn, betreft een belangrijk aandeel van de opnamen primair een niet-psychotisch probleem. In 2008 kwamen volgende problematieken voor: 38% psychose (waarvan ongeveer de helft met co-morbiditeit toxicomanie), 7% stemmingsstoornis, 32% met een primair verslavingsprobleem, 8% met een persoonlijkheidsproblematiek en 15% andere aandoeningen.

Jaaroverzicht 2008

Gebeurtenissen 2008

01.01.2008 het pilootproject *Mobiele equipe* gaat van start. Het pilootproject heeft als algemeen doel het uittesten van een werkregeling waarbij, dankzij het gebruik van een mobiele equipe, de vervanging van afwezigen prioritair bewerkstelligd wordt en de werkroosterwijzigingen tot een minimum herleid worden. Met daarnaast het uitproberen van nieuwe modaliteiten om werkroosters op te stellen om zo spoedig mogelijk een voorlopig en definitief werkrooster te communiceren aan de werknemers;

15.01.2008 Overlijden dr. René Kusters, administrateur-generaal;

01.02.2008 29 nieuwe startbaners gaan van start: OPZC Rekem geeft laaggeschoolde jongeren uit de regio de kans om een jaar werkervaring op te doen;

voorjaar 2008

- de eerste groep rondde het vormingstraject helende relatie af, een tweede groep gaat van start. Helende relatie is een vormingstraject om de relatie patiënt-verpleegkundige op een minder formele manier aan te pakken;
- het Chronos-project wordt goedgekeurd als project Wissel-leren, een project van de Vlaamse overheid met als doel over de eigen muren te kijken;
- PVT MIN Antwerpen start met de nieuwbouw;

01.03.2008 Minister Vanackere komt op werkbezoek;



01.03.2008 MINISTER VANACKERE



01.02.2008 NIEUWE STARTBANERS

17.04.2008 PVT Rado viert 1 jaar op nieuwe campus van Lanaken;
01.05.2008 Walter Vandeneede treedt in dienst als algemeen directeur;
23.05.2008 OPZC Rekem is gastinstelling voor de studiedag van de Belgische Federatie voor Therapeutische Gemeenschappen (BFTC);



23.05.2008 STUDIEDAG BFTC

26.06.2008 de multiculturele namiddag wordt voor 2^{de} keer georganiseerd, een project van de werkgroep transculturele psychiatrie in samenwerking met de centrale therapie, waarbij het werken met allochtone patiënten en bewoners in de aandacht wordt gebracht;

01.09.2008 dr. Walpot neemt afscheid en wordt vervangen door de nieuwe hoofdgeneesheer ad interim dr. Meuleman;



26.06.2008 WERKGROEP TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE



26.06.2008 MULTICULTURELE NAMIDDAG

26.09.2008

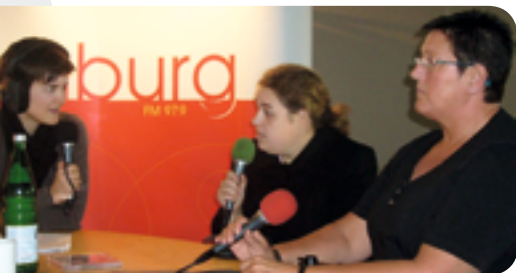
- PVT Rado Lanaken organiseert een barbecue voor familie, vrijwilligers, burens en bewoners om de integratie te bevorderen;
- Cera sponsort het forensisch project met de aankoop van een fitnessstoestel en kampeermateriaal;
- Anita Duprez, ombudspersoon, neemt afscheid van OPZC Rekem;





26.09.2008 BBQ PVT RADO

- 10.10.2008** Werelddag van geestelijke gezondheidszorg: Radio 2 live vanuit OPZC Rekem en OPZC live op TVL Studio met als doel het taboe rond de psychiatrie te doorbreken;
- 12-22.11.2008** Activiteitscentrum Locomotief werkt mee aan een reizende tentoonstelling;
- 20.11.2008** OPZC Rekem werkt mee aan reportage van Koppen over de behandeling van pyromanie;
- 24.11.2008** Minister Jo Vandeurzen komt op werkbezoek;
- 05.12.2008** Ingrid Meuwis start als nieuwe ombudspersoon.



10.10.2008 WERELDDAG VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID



10.10.2008 WERELDDAG VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID



10.10.2008 WEGWIJZER WONEN



10.10.2008 WEGWIJZER WONEN

OPZC Rekem participeert aan beurzen en ontvangt bezoekers:

- op **18.02.2008** gaven medewerkers een workshop voor alle laatstejaars studenten verpleegkunde (optie psychiatrie) van de PHL. De workshop handelt over hoe de principes van Greenberg kunnen worden gehanteerd in de relatie verpleegkundige patiënt;
- Kris Vaneerdewegh, hoofd nursing van het ziekenhuis, is dagvoorzitter op de dag van geestelijke gezondheidszorg op **12.03.2008** in Oostende (congres NVKVV);
- twee medewerkers geven tweemaal de workshop *Jaartraject Helende Relatie: geïntegreerde coaching voor verpleegkundigen* op hetzelfde congres van **12.03.2008** in Oostende;
- de verslavingszorg is vertegenwoordigd op de dienstenbeurs hulpverlening verslaafden op **13.03.2008** in de KHLim;
- op **17.04.2008** is OPZC Rekem aanwezig op jobmarkt Lanaken;
- **20.05.2008** UNC Charlotte (Amerika) op bezoek: Amerikaanse studenten uit de zorgsector maken kennis met de zorgsector in België en Nederland. Wij ontvingen een delegatie van 13 personen;
- voor het GGZ congres op **16** en **17.09.2008** in Antwerpen werden 3 werkwinkels voorgesteld. Door de wetenschappelijke commissie werden al de door ons ingediende voorstellen weerhouden; d.w.z. 2 werkwinkels en 1 mededeling. Daarnaast leverde OPZC Rekem ook een aantal sprekers rond het thema Forensische Psychiatrie;
- op **02-04.10.2008**: wordt het project Chronos genomineerd voor het congres *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* in Leipzig;
- op **10.10.2008**: participeert WegWijzerWonen op de reïntegratiebeurs in Gent;
- diverse scholen komen op inleefdag in de zorginstelling campus Rekem. Organisaties als het Davidsfonds Maasmechelen, Markant Bilzen, Markant Eisden en De torenvrienden Oostham krijgen een rondleiding.

Euregionaal samenwerkingsproject Chronos

Het project Chronos

Onder impuls van dr. Detlef Petry, psychiater verbonden aan het PMS Vijverdal in Maastricht, ontstond in de jaren '90 een euregionale samenwerking tussen de psychiatrische ziekenhuizen (OPZC Rekem, Medisch Centrum St.-Jozef Bilzen, PMS Vijverdal, Welterhof Heerlen en Alexianer Krankenhaus Aachen) met als doelgroep *de harde kern* psychiatrische patiënten (vooral de chronische populatie) te analyseren. Er werd gekeken naar behoeften en mogelijkheden voor opvang en huisvesting voor deze *vergeten* groep. Naast wetenschappelijk onderzoek over deze populatie is er ook casuïstiekbespreking tussen de betrokken klinici van de ziekenhuizen.

Eén van de initiatieven die daaruit voortvloeide was een Euregiocongres in Maastricht op 30.10.2001 met als thema: *Openen van de slagbomen rondom het Drielandpunt, de chronische psychiatrische patiënt* en de grenzen van hun begeleiders. Een congres waarin enerzijds de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek besproken werden en waarin er anderzijds een mogelijkheid was om de euregionale verschillen te situeren en ook beleidsmakers van de verschillende landen te sensibiliseren.

Het is steeds de droom geweest van dr. Detlef Petry en de stuurgroep euregionale samenwerking om een opleiding op te starten voor hulpverleners uit de Euregio. Immers de behoeften van mensen met ernstige psychische problemen zijn voortdurend aan verandering onderhevig. Dit vraagt van de professionele hulpverleners een begeleiding die hieraan voldoet.

Met de financiële steun (3 jaar) van Europa (Interreg III-50%), de provincies (25%) en de ziekenhuizen zelf (25%) ontstond zo het project Chronos: een gedegen opleiding tot *levensbegeleider* in de chronische psychiatrische zorg, met projectzetel in Maastricht.

Het euregionale samenwerkingsproject Chronos is gestart in juli 2004. Het project richt zich op de verbetering van de zorg voor chronische psychiatrische patiënten in de Euregio, met als doel medewerkers op te leiden tot een nieuwe professie in de zorg, namelijk levensbegeleider. In deze opleiding is er naast de aandacht voor medische en psychiatrische onderwerpen ook veel aandacht voor sociaal-culturele aspecten (de eigen omgeving, de eigen cultuur, de eigen geschiedenis) en de rol van de familie van de patiënt.

Uit elk van de deelnemende instellingen (Vijverdal Maastricht, Alexianer Krankenhaus Aachen, MC Sint-Jozef Bilzen en OPZC Rekem) worden cursisten gedurende 2 jaar geschoold door middel van vier lesweken per jaar. Daarnaast vindt twee maal per jaar een jobrotatie plaats in één van de andere instellingen. Ook worden elke 3 maanden casuïstiekbesprekingen georganiseerd en bediscussieerd.

Toen in 2007 de subsidiering wegviel, vonden de deelnemende ziekenhuizen dat dit initiatief niet mocht stilvallen en ze besloten dan vanaf maart 2007 met eigen middelen deze opleiding verder te zetten. Voortzetting van Chronos was niet alleen een wens van de stuurgroep, maar ook in de overeenkomst met Interreg III was duidelijk gevraagd om aandacht te schenken aan hoe en op welke manier dit project na afloop van de subsidie in 2007 gecontinueerd en verder geïmplementeerd kon worden. Het project Chronos, een euregionale opleiding tot levensbegeleider voor chronisch psychiatrische mensen, bleek duidelijk tegemoet te komen aan een bestaande behoefte. Er is veel vraag naar de folders en met name in Duitsland is de vraag naar deelname aan de opleiding aanzienlijk. Deze belangstelling bleek eens te meer in januari 2006 in Bielefeld waar Chronos uitgenodigd was bij de Euregio Workshop *Crossborder Activities-Good Practices For Better Health*.

In maart 2007 werd van start gegaan met een wat aangepaste opleiding (2 jaar i.p.v. 3 jaar) en met enkele nieuwe partners. De partners zijn: Vijverdal Maastricht (gefuseerd met Mondriaan Heerlen), OPZC Rekem, RIBW Heuvelland en Maasvallei Maastricht, Gangelter Einrichtungen Maria Hilf (Duitsland) en Alexianer Krankenhaus Aachen (Duitsland). De zetel van het doorstartproject is nu in Aken (Alexianer Krankenhaus). Sinds mei 2007 bezit OPZC Rekem over de eerste gecertificeerde levensbegeleiders. In 2008 begonnen opnieuw 2 medewerkers aan de opleiding.

Teneinde toch nog enige subsidiering te kunnen bekomen heeft het OPZC Rekem via het stimuleringsprogramma voor innovatieve uitwisselingsprojecten van de Vlaamse overheid (Wissel-leren) een deelnameformulier ingediend in 2007 met de opleiding Chronos als onderwerp van het project. Wissel-leren heeft als doel te leren door over de eigen muren te kijken. Innoveren heeft veel te maken met de houding waarmee personeelsleden hun dagelijks werk benaderen. In de praktijk van elke dag kan je samen met collega's werken aan veranderingen of verbeteringen die de dienstverlening of gehanteerde werkwijze naar een hoger niveau tillen. Volgens de commissie Wissel-leren voldeed het project Chronos aan de gestelde criteria, zodat OPZC Rekem in 2008 kon rekenen op een geldelijke bijdrage vanuit de Vlaamse overheid. Daarnaast is ook een vormings- en begeleidingspakket voorzien voor de begeleiders en/of deelnemers van het project. Deze subsidie is goed voor de opleidingskost van 2 cursisten voor de duur van de 2-jarige opleiding.

Jaarlijks wordt ook in Duitsland een congres georganiseerd voor alle betrokkenen uit psychiatrische ziekenhuizen. Dit jaar werd in Leipzig *psychiatrie in Europa* als thema gekozen. Van 02 tot 04.10.2008 vond het congres *Deutsche Gesellschaft fur Soziale Psychiatrie* plaats. Op dit congres worden werkingen genomineerd om een tu-was (doe-iets) prijs te winnen. Dit jaar waren er 4 genomineerden, waaronder het project Chronos. Jammer genoeg viel Chronos niet in de prijzen. Tot op heden hebben 6 personeelsleden van OPZC Rekem de 2 jaar durende opleiding tot *levensbegeleider* afgerond, 4 personeelsleden volgen momenteel nog de opleiding.



DE EERSTE GECERTIFICEERDE LEVENSBEGELEIDERS



ELKE HENDRICKX, LEVENSBEGELEIDER:

“Voor onze cliënten is er toch wel het een en ander veranderd sinds de input van Chronos. Zo kregen we, door het volgen van jobrotatie over de grenzen, te zien dat onze cliënten zeer weinig privacy hebben. De kamers werden herverdeeld zodat nu iedere cliënt zijn stukje privacy heeft. Ook de inkleeding van de kamers werd een stuk persoonlijker. Cliënten kozen zelf de nachtkastjes, de verlichting voor erop, de kadertjes aan de muur. Eigenlijk is de hele zorgenheid hierdoor enorm verfrist!

Het is ook sinds een 3-tal jaar dat we de familieleden, kennissen en vrijwilligers uitnodigen om gezellig samen te zijn tijdens een barbecue (september) en tijdens een nieuwjaarsreceptie (januari). Verder ben ik met een aantal cliënten in dialoog gegaan met hun familie. Het speciale van deze dialoogen is dat ze niet in OPZC Rekem plaatsvonden, maar bij de familie thuis.

Zo koos de familie ervoor of ze dit dialoog al dan niet wilden aangaan en kiezen zij er ook voor hoelang het gesprek mag duren. Dit geeft de familie een heel ander, minder bedreigend, gevoel.

Wij hebben een cliënt die afkomstig is uit Gent maar er reeds 15 jaar niet meer geweest is.

Ook was er geen contact meer met de familie. Met hem ben ik dan naar Gent vertrokken en het was prachtig om te zien wat hij er nog allemaal herkende, hij leidde me rechtstreeks naar het ouderlijk huis (we hadden hier geen navigatie voor nodig).

Voor hem heb ik ook contact opgenomen met het gemeentebestuur van Gent en met hun hulp hebben we 2 zussen terug kunnen opsporen.

Door dit te doen, ontwikkel je zo'n groot wederzijds vertrouwen en respect!”

Activiteiten Chronos 2008

In 2008 werden diverse activiteiten georganiseerd:

- in totaal waren er 8 lesweken met daarnaast – 4 weken jobrotatie en 4 maal casuïstiekbespreking;
- 4 maal was er een Stammtisch: gezellig samenzijn waarbij de cursisten ervaringen uitwisselen;
- er werd deelgenomen aan het psychiatriecongres in Leipzig met een presentatie van Chronos;
- de website werd verder aangevuld en verbeterd: www.chronos-euregio.org;
- er werden 2 gezamenlijke uitstapjes voor cliënten en begeleiders van alle deelnemende partners van Chronos georganiseerd;
- tenslotte werd een zaalvoetbalwedstrijd in Rekem georganiseerd.

De toekomst

- De 8 lesweken, 4 weken jobrotatie, 4 maal casuïstiekbespreking en 4 maal Stammtisch worden behouden in 2009;
- samen met cliënten en hulpverleners wordt een excursie naar de tentoonstelling van Martha Herford *Loss of control* gepland;
- naar aanleiding van de op pensioenstelling van dr. Detlef Petry wordt een dialoog te Aken gepland; Chronos neemt deel aan Europsy en er wordt gedacht een programma op te stellen voor een verkorte opleiding.

Familiewerking: Similes Rekem

Similes is een Vlaamse pluralistische familievereniging die opgericht werd in 1972. De werking van de vereniging is verspreid over heel Vlaanderen. Similes neemt het op voor de gezinnen met een persoon die psychische problemen heeft. De vereniging verdedigt de belangen van deze gezinnen bij verschillende overheden en ijvert voor een betere kwaliteit van zorg. Similes bestrijdt het stigma en taboe dat nog steeds rust op thema's van geestelijke gezondheid op personen met psychische problemen en op hun gezin.

De werking van Similes is gebaseerd op vier pijlers:

- *informatie* over alles wat te maken heeft met psychische aandoening en zorg. Dit aanbod staat open voor iedereen;
- *lotgenotencontact* voor familieleden en vrienden – ouders, partners, kinderen, broers en zussen – van personen met psychische problemen, en voor nabestaanden na zelfdoding;
- *vorming* over diverse thema's die te maken hebben met psychische problemen;
- *ontspanning* aan de hand van activiteiten waar ontmoeting centraal staat.

Similes Rekem werd opgericht in 1977 en is ook uitgebouwd rond bovenstaande vier pijlers, waarbij vooral de pijlers rond vorming en ontspanning benadrukt worden.

Twee maal per jaar verzorgen wij een informatieavond rond een psychische problematiek.

Eenmaal per jaar organiseren we een jaarfeest en een barbecue waarop familieleden via een hapje en een drankje met mekaar in contact kunnen komen en tevens op een gezellige en ontspannende manier een namiddag met hun familielid kunnen doorbrengen.

Similes Rekem bestaat momenteel uit familieleden Jaak Thora en Ludo Vanweert en de sociale dienst van het zorgcentrum.

Similes Vlaanderen is gevestigd op de Groeneweg 151, 3001 HEVERLEE, tel: 016 24 42 01, website: www.similes.be en e-mail: info@similes.be.

Interne Dienst Preventie en Bescherming

De basiswet die elke interne dienst preventie en bescherming (IDPB) dient te hanteren is de wet welzijn. De welzijnswet omschrijft *welzijn* als het geheel van factoren betreffende omstandigheden waarin arbeid wordt verricht. Deze factoren zijn:

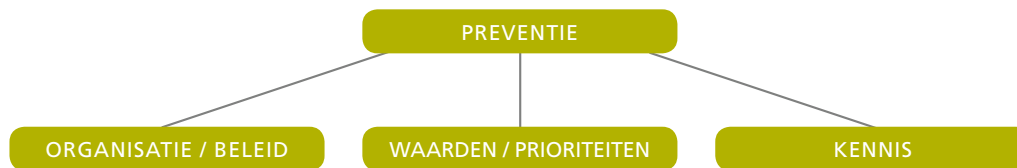
- de arbeidsveiligheid;
- de bescherming van de gezondheid van de werknemers op het werk;
- de psychosociale belasting veroorzaakt door het werk;
- de ergonomie;
- de arbeidshygiëne;
- de verfraaiing van de arbeidsplaatsen;
- de maatregelen van de onderneming inzake leefmilieu, wat betreft hun invloed op punten 1 tot 6;
- de bescherming van de werknemers tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel contact.

Deze 8 domeinen met betrekking tot welzijn op het werk worden binnen OPZC Rekem intens opgevolgd, omdat ze samen bijdragen aan de kwaliteit van de arbeid en de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de werknemers.

Dergelijke integratie van het preventiebeleid is slechts mogelijk indien men hiervoor een zorgsysteem hanteert. Dit zorgsysteem zorgt ervoor dat de diverse aspecten systematisch en formeel beheerst worden.

OPZC Rekem beschouwt zichzelf als een lerende organisatie waarin continu wordt bijgestuurd en verbeterd.

Componenten voor een preventiebeleid



Op de eerste plaats is veiligheid en welzijn een probleem van de organisatie en het beleid. Dit beleid wordt opgevolgd in de diverse managementorganen zoals de raad van bestuur, directiecomité, beheerscomités en kwaliteitskringen. Uit de verslaggeving van deze organen blijkt dat er in OPZC Rekem een sterk veiligheidsbewustzijn aanwezig is.

Activiteiten i.v.m. veiligheidsopvoeding, -opleiding, -informatie en -motivatie kunnen immers slechts een permanent karakter krijgen, indien deze kaderen in een bredere context die de noodzakelijke draagkracht en steun bezorgt.

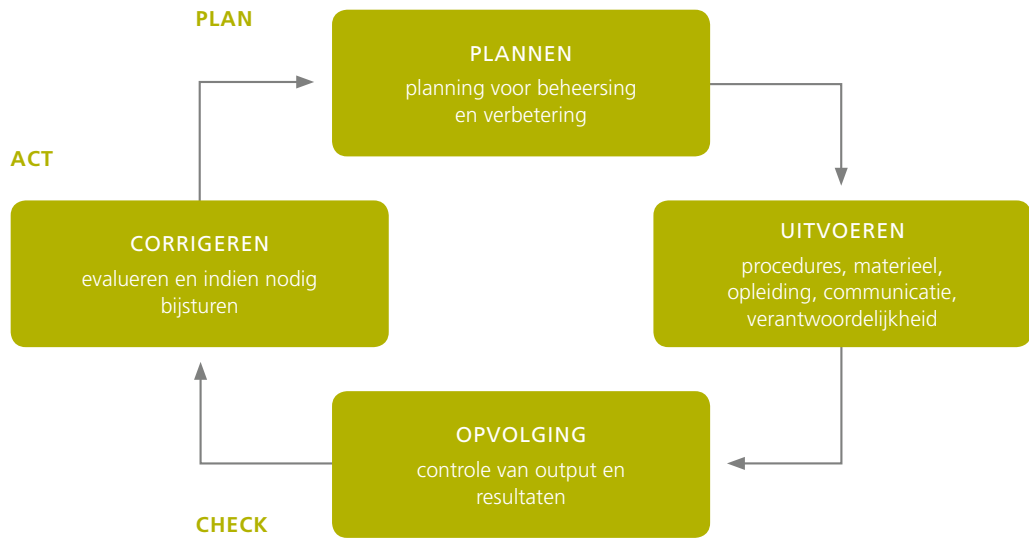
Op de tweede plaats is het een zaak van waarden en prioriteiten. Veiligheid en welzijn op een doeltreffende manier doen toenemen veronderstelt dat men deze als waarde een belangrijke en centrale plaats dient te geven en dit op de verschillende beleidsdomeinen. Veiligheid en welzijn moeten op een natuurlijke wijze een essentieel bestanddeel kunnen worden van de algemene cultuur.

Veiligheid is ook een probleem van kennis en inzicht. Indien men voldoende beseft heeft van de complexe problematiek van veiligheid en welzijn, zal men zich ook bewust zijn, dat deze slechts te benaderen is met een veelzijdige aanpak.

Het preventiebeleid wordt uitgevoerd aan de hand van het dynamisch risicobeheersysteem dat door het K.B. van 27 maart 1998 is opgelegd.

Het globaal preventieplan werd opgesteld door de preventieadviseur van OPZC Rekem en voor goedkeuring en advies voorgelegd aan het Comité Preventie en Bescherming. Uit het globaal preventieplan volgt het jaarlijks actieplan. In dit jaarlijks actieplan worden de preventieactiviteiten opgesomd voor het betreffende jaar. Samen met het jaarlijks actieplan is een concrete uitwerking van de doelstellingen geformuleerd in het globaal preventieplan. In 2008 werkte OPZC Rekem reeds aan de realisatie van het derde jaaractieplan.

THIERRY HOUBEN, JURIST OPZC
REKEM: *'Om een optimale zorg te verlenen aan de patiënten is een veilige werkomgeving essentieel, zeker in een zorgcentrum. De Interne Dienst Preventie en Bescherming van het OPZC Rekem is een belangrijk speler in deze. Deze dienst waakt immers over de veiligheid van de personeelsleden op de meest uiteenlopende gebieden: aandacht voor ergonomie, analyse van de arbeidsongevallen, uitwerken van procedures om veiligheidsrisico's zoveel mogelijk te beperken, sensibiliseringscampagnes... Bij de uitwerking van het veiligheidsbeleid wordt ook het personeel betrokken. Maandlijks wordt het maandverslag van de Interne Dienst Preventie en Bescherming besproken met de directie en de vakorganisaties in het Comité Preventie en Bescherming op het Werk. Op die manier wordt getracht een gedragen en doorleefd veiligheidsbeleid te creëren, niet enkel bij de instelling, maar ook bij de personeelsleden. Dit komt niet alleen het personeel, maar zeker ook de patiënten ten goede.'*



Evolutie van de arbeidsongevallen

In 2008 waren in OPZC Rekem 14 arbeidsongevallen met werkverlet van meer dan één dag tot gevolg. Dit is een kleine stijging in het aantal ongevallen t.o.v. 2007. Deze stijging kan voor een deel verklaard worden door een aantal agressiegevallen van patiënten naar personeelsleden toe, met werkverlet tot gevolg.

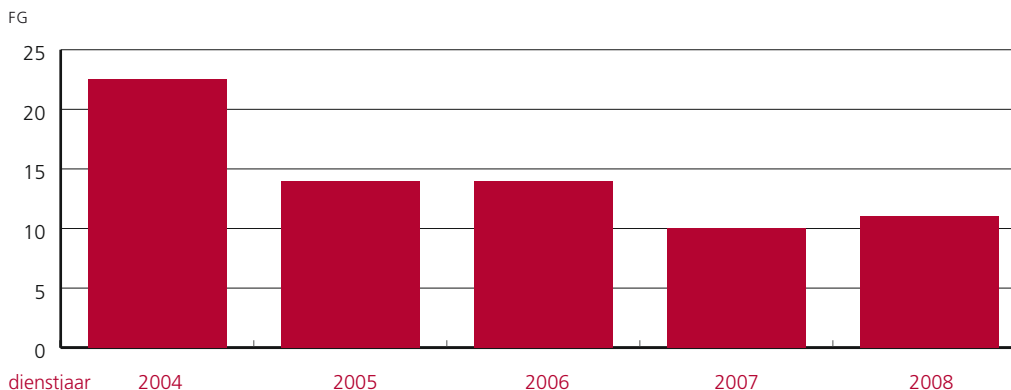
OPZC Rekem werkt op een integrale manier aan dit probleem. Een werkgroep veiligheid stuurt het veiligheidsbeleid mee aan. Binnen de zorgentiteiten wordt werk gemaakt van een optimalere informatie voor de patiënten zodat deze duidelijk geïnformeerd zijn over de rechten en plichten. Verder wordt aandacht besteed aan de consequente toepassing ervan. Er werd verder intensief gewerkt aan het op punt stellen van de verpleegprocedures en afspraken. Misverstanden en onduidelijkheden; verschillen in aanpak; inconsequente regelhandhaving; kortom alle situaties waarin patiënten het gevoel hebben onrechtmatig behandeld te worden, zijn immers mogelijke aanleidingen tot agressie.

Ook binnen het aankoopbeleid en het beleid van de dienst onderhoud en techniek wordt bijzondere aandacht besteed aan de veiligheid van patiënten en personeelsleden: stevigheid van de gebruikte materialen, snelle herstellingen, draagbare telefoons met hulpoproepfunctie, technische systemen worden periodiek getest...

Agressie kan in een psychiatrisch zorgcentrum niet worden uitgesloten. Daarom wordt binnen OPZC Rekem ook bijzondere aandacht besteed aan vorming en training. Elk verplegend personeelslid is verplicht de *Dynamo cursussen* te volgen. Hierin wordt de integrale benadering van agressiepreventie sterk benadrukt en worden tevens verdedigingstechnieken getraind.

In onderstaande figuur wordt aan de hand van de frequentiegraad (Fg), die een maat is voor het aantal ongevallen met tijdelijke ongeschiktheid, een beeld gegeven van de evolutie van het aantal arbeidsongevallen.

EVOLUTIE FG



Zoals uit bovenstaande grafiek blijkt is het aantal ongevallen gedaald met het invoeren van het dynamisch risico-beheersingssysteem. Uit de benchmarking met andere gelijkaardige psychiatrische ziekenhuizen blijkt ook dat het aantal arbeidsongevallen binnen OPZC Rekem ver beneden het gemiddelde ligt. De gemiddelde frequentiegraad (Fg) voor psychiatrische ziekenhuizen in 2008 is 26,36 en voor OPZC Rekem bedraagt dit 11,33.

OPZC Rekem is dus op de goede weg om aan de personeelsleden een veilige werkomgeving te bieden, maar zoals het een zorgsysteem betaamd is er nog steeds ruimte voor verbetering en bijsturing.

Welzijnsbeleid in beeld

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste realisaties die in OPZC Rekem zijn gebeurd op enkele van de 8 domeinen van de welzijnswet.

Ergonomie

Enkele voorbeelden van de aanpak:

het centraal magazijn van OPZC Rekem is verhuisd naar een bestaand gebouw dat vroeger dienst deed als zorg-eenheid. Aangezien een inrichting van een zorg-eenheid anders is dan dat van een magazijn werd er in samenwerking met de betrokkenen een ergonomische analyse uitgevoerd van dit gebouw. Uit deze analyse kwam ondermeer naar boven dat er te weinig ruimte was om te manoeuvreren met de transpallet, dat er te veel drempels waren of aanwezige rampen waarvan de hellingsgraad te groot was en dat de laad- en losplaats te krap was.

In de loop van 2008 werden volgende aanpassingen gerealiseerd:

- de laad- en losplaats werd verbreed en het wegdek werd opnieuw aangelegd;
- de hellingsgraad van de rampen werden aangepast naar een hellingsgraad van 3° en een hellend vlak van minimum 4 meter;
- de oneffenheden in de vloer van het gebouw werden weggewerkt;
- er werden 29 rolcontainers aangekocht. Door het gebruik van de rolcontainers werd het aantal tilhandelingen sterk verminderd daar men op de eenheden waar de goederen worden geleverd, nu rechtstreeks tot aan de rekken kan rijden. Vroeger moest men de goederen op de zorg- en verblijfseenheden eerst nog van een pallet nemen, op een karretje plaatsen en zo naar de rekken rijden.

Ook op het vlak van beeldscherm-ergonomie werden er interventies uitgevoerd door de preventieadviseur. Op al de administratieve diensten zijn de beeldschermwerkposten uitgerust met ergonomische bureaustoelen, in de hoogte verstelbare tafels en beeldschermen waarvan het scherm in de hoogte kan geregeld worden. Vastgesteld werd dat deze werkposten op verschillende diensten verkeerd gebruikt werden door gebrek aan opleiding en instructies.

In 2008 is er een beeldschermwerkpostanalyse uitgevoerd op de dienst personeelsbeheer, de aankoopdienst, de dienst boekhouding, de hoteldienst en het directiesecretariaat. Hierbij werd er uitleg gegeven omtrent de instelmogelijkheden van de bureaustoel, werd de bureaustoel juist ingesteld op maat van de gebruiker en werd de tafel op de juiste hoogte en hoek ten opzichte van het invallend licht ingesteld.

Deze systematische aanpak, waardoor in samenspraak met de betrokkenen op basis van analyse, gerichte acties worden ondernomen, bleek werkzaam te zijn.

Psychosociale belasting / Bescherming tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk (OSGW)

In het laatste trimester van 2007 werd een tevredenheidsenquête uitgevoerd onder het personeel van OPZC Rekem. De resultaten van deze enquête werden in 2008 aan het personeel bekend gemaakt en besproken tijdens 7 infosessies. Op deze infosessies waren in totaal 277 personeelsleden aanwezig. De knelpunten die uit deze tevredenheidsenquête naar boven kwamen werden tijdens verschillende directiecomités besproken en opgevolgd. De opvolging van de resultaten werd opgenomen in de doelstellingen van de directieleden.

In dit kader werd er een werkgroep waardering opgestart. Deze werkgroep ondersteunt dit beleid.

Deze tevredenheidsenquête werd tevens gebruikt als risicoanalyse in het kader van OSGW.

Leefmilieu

Met de vele nieuwe gebouwen en met de daarbij horende uitbreiding van de technische installaties voor de campus te Rekem werd bijzondere aandacht besteed aan de milieuvergunning. Zo is ondermeer het geïnstalleerde vermogen van de verwarmingsinstallaties gestegen van 6.150 kW naar 8.288 kW en waren er verschillende hinderlijke inrichtingen waarvan het vermogen, verbruik of inhoudsmaten af- of toenamen.

OPZC Rekem heeft op 25 maart 2008 een milieuvergunning gekregen met slechts één op te volgen item, namelijk de aanwezigheid van een ondergrondse enkelwandige houder voor opslag van P3 producten. Het OPZC Rekem heeft deze houder laten verwijderen overeenkomstig de van toepassing zijnde reglementering en vervangen door een dubbelwandige houder met lekdetectie. Het betrof een investering van 4.158 Euro.

OPZC Rekem fietste van 5 mei tot 30 mei 2008 naar het werk in het kader van de campagne *ik kyoto*. 24 OPZC'ers schreven zich in voor het project. De sportieve collega's fietsten 6.983 kilometer. Ze verminderden daarmee de CO2 uitstoot met maar liefst 1.573,83 kg.

Opvolging wettelijke controles

In 2008 heeft OPZC Rekem een systeem ingevoerd voor de opvolging van de keuringen op technische en veiligheidsinstallaties die periodiek uitgevoerd dienen te worden. De dienst onderhoud en techniek registreert de uitgevoerde onderzoeken en maakt afspraken om controles uit te voeren.

Hieronder volgt een overzicht van het aantal van de keuringsplichtige installaties en van de frequentie van de keuringen. Dit toont het belang van dergelijk opvolgsysteem aan.

INSTALLATIE	FREQUENTIE	AANTAL INST.
Hoogspanninginstallatie	1x/jaar	5
Laagspanninginstallatie	3x/jaar of 5x/jaar	45
Liften	2x/jaar	14
Sectionaalpoort	Jaarlijks	4
Autohefbrug	Jaarlijks	1
Gehandicaptenlift op voertuig	½ jaarlijks	2
Laadklep op voertuig	½ jaarlijks	2
Hoogtewerker	4x/jaar	2
Valharnas	Jaarlijks / na val	2
Ladders	Jaarlijks	35
Gasinstallatie	Jaarlijks	5
Branddetectieinstallatie	Jaarlijks	6
Gasdetectieinstallatie	Jaarlijks	5
Snelblusmiddelen	Jaarlijks	251
Brandhaspels	Jaarlijks	151
Laspost en acetyleenbrander	½ jaarlijks	5
RX-toestel	Jaarlijks	1
Staalnames legionella	Jaarlijks	–
Bacteriologisch onderzoek drinkwaterfontein	½ jaarlijks	38
Bovengrondse mazouttank	3-jaarlijks	3
Ondergrondse mazouttank	2-jaarlijks	3
Emissiemeting	½ jaarlijks of 3-jaarlijks	3
Thermische controle stookketels	Jaarlijks / 2-jaarlijks	12
Lekdichtheid koelinstallatie	Jaarlijks	14

Patiëntveiligheid in OPZC Rekem

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, ontvluchtingen... 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.

In het contract 2007–2008 werden een aantal opdrachten opgenomen:

- meting van de cultuur van patiëntveiligheid in het ziekenhuis;
- drie kwaliteitsprojecten opstarten in 3 verschillende gebieden;
- een verankering van patiëntveiligheid in de structuur van de organisatie.

Dit contract kreeg een vervolg voor 2008–2009 dat acties binnen 3 pijlers vastlegde:

- ontwikkelen en implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem;
- analyseren en (her)ontwikkelen van een proces;
- samenstellen van een multidimensionale indicatorenset m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid.

Concrete acties in het OPZC in het kader van het eerste contract

Om de structurele verankering van *kwaliteit en patiëntveiligheid* te garanderen werd de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid opgericht, samengesteld uit het directiecomité, de kwaliteitscoördinator, het hoofd nursing, het hoofd therapie en het hoofd HR. Deze stuurgroep heeft als opdracht de cultuur van patiëntveiligheid uit te dragen, de projecten te kiezen en op te volgen en te rapporteren aan de federale overheid.

Optimaliseren van de rapportering van FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accident of bijna ongevallen), ontwikkelen van een BSC (Balanced Scorecard) voor de ondersteunende diensten en uitkomstenmanagement in de

geestelijke gezondheidszorg waren de 3 kwaliteitsprojecten waarvoor gekozen werd als kwaliteitsprojecten in de campagne 2007–2008.

Het meten van de cultuur van patiëntveiligheid in het ziekenhuis was een laatste actieterrein. Hiervoor werd door de overheid een gevalideerde vragenlijst aangereikt met de mogelijkheid van benchmarking met andere ziekenhuizen.

De meting van de patiëntveiligheidscultuur in het OPZC

Vanuit de FOD Volksgezondheid werd gevraagd om de heersende cultuur van patiëntveiligheid in elk ziekenhuis te meten. Hiertoe diende dezelfde gevalideerde vragenlijst gebruikt te worden door alle ziekenhuizen, zodat er een vergelijking mogelijk is tussen de ziekenhuizen.

OPZC Rekem organiseerde deze bevraging naar de cultuur van patiëntveiligheid in het ziekenhuis van 30 maart 2008 tot en met 20 april 2008. De bevraging gebeurde op elektronische wijze bij alle medewerkers van het psychiatisch ziekenhuis in direct of indirect contact met patiënten die meer dan 6 maanden in OPZC werkten op 30 maart 2008. Gezien een aantal incoherenties in de antwoorden op de identificatiegegevens en de hoge scores op de neutrale positie kan soms wel de vraag gesteld worden of de invullers de gebruikte termen wel allemaal op dezelfde wijze geïnterpreteerd hebben, maar toch had de bevraging een belangrijke waarde om actiepunten te ondernemen.

194 van de 254 medewerkers (76,4%) vulden de vragenlijst in. 97% van de respondenten in OPZC heeft een direct contact of interactie met de patiënten. 74% werkt gemiddeld tussen 20 en 39 uur per week, 21% werkte gemiddeld meer en 4% gemiddeld minder. 13% van de respondenten is niet verbonden aan een zorglijn als primaire werkomgeving. 3% van de ondervraagde medewerkers werkt langer dan 16 jaar in OPZC, terwijl 8% langer dan 16 jaar in de huidige werkomgeving werkt.

De vragenlijst meet 4 algemene maten van patiëntveiligheid en 10 dimensies van patiëntveiligheid.

ALGEMENE MATEN:

- **algemene perceptie van veiligheid**

POSITIEVE PERCEPTIE	NEUTRALE PERCEPTIE	NEGATIEVE PERCEPTIE
50%	32%	18%

De helft van de medewerkers heeft een positieve perceptie van de patiëntveiligheid, 32% doet geen uitspraak, 18% percipieert de patiëntveiligheid als onvoldoende;

- **algemene graad van patiëntveiligheid**

92% vindt dat OPZC minstens een aanvaardbare graad van patiëntveiligheid heeft;

- **frequentie van gerapporteerde voorvallen**

12% van de medewerkers meldt altijd fouten, 34% doet dit meestal, 29% soms, 22% zelden en 3% nooit. Dit betekent dat heel wat fouten, weliswaar met verschillende graden van gevolgen, niet of slechts sporadisch gemeld worden. OPZC heeft een gemiddelde score van 46%;

- **aantal gerapporteerde voorvallen (in %)**

68% van de medewerkers in OPZC heeft geen of max. 2 voorvallen gemeld waarbij de patiëntveiligheid in het gedrang komt.

DIMENSIES VAN PATIËNTVEILIGHEID:

De stellingen uit de vragenlijst kunnen samengevat worden in 10 dimensies van patiëntveiligheid die elk een belangrijk aspect van patiëntveiligheid weergeven. De 5-puntsschaal wordt herwerkt naar positieve antwoorden, neutrale antwoorden en negatieve antwoorden. Bij een score van meer dan 75% positieve antwoorden mag gesproken worden van een sterk punt van de organisatie m.b.t. veiligheidscultuur. Bij een score van 50% negatieve antwoorden is deze dimensie voor verbetering vatbaar.

In OPZC Rekem werd veel in de neutrale positie (score 3) gescoord, gemiddeld 44% met een spreiding tussen de 19 (D3) tot 65% (D8).

In deze tabel worden de 10 dimensies geordend naar relatieve positieve antwoorden voor het OPZC.

OMSCHRIJVING DIMENSIE	% POSITIEF	% NEUTRAAL	% NEGATIEF
D 3 Teamwerking binnen de zorgeenheid	70	19	11
D 1 Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	52	40	8
D 2 De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	43	49	8
D 7 Bestaffing	42	36	8
D 9 Teamwerk doorheen verschillende zorgeenheden	41	40	19
D 10 Overdracht en transfer	39	38	23
D 4 Openheid van communicatie	38	49	13
D 5 Feedback en communicatie over patiëntveiligheid	33	51	16
D 6 Niet bestraffende respons op fouten	28	55	17
D 8 Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid	21	65	14

Het sterkste punt van OPZC is de teamwerking binnen elke zorgeenheid. Op alle andere dimensies dient er onderzocht te worden, weliswaar rekening houdend met de hoge scores op de neutrale positie welk de verbeterpunten kunnen zijn.

Concrete actiepunten voor het OPZC zijn:

- informatiesessies organiseren over patiëntveiligheid met als doel de gegevens van de cultuurmeting toe te lichten, de betekenis van patiëntveiligheid toelichten en een eerste debat over patiëntveiligheid in het OPZC houden. De stuurgroep Patiëntveiligheid en kwaliteit dient een prominent aanwezige rol te vervullen in deze infosessies die gevolgd worden door ondersteunende campagnes tot bekendmaking;
- de huidige FONAR-rapportering en SOAS-registratie zijn een eerste aanzet tot een meldingssysteem. Het is nodig om van deze systemen een meer effectief en efficiënt meldingssysteem te maken in het kader van patiëntveiligheid. De ontwikkeling van zo'n patiëntveiligheidsmanagementsysteem, ondersteund met de nodige procedures en rapporteringsmogelijkheden, is nodig om een beleid m.b.t. patiëntveiligheid op te zetten. De verwerkte informatie dient aan de medewerkers terug gegeven te worden zodat ze in teamvergaderingen dit verder kunnen bespreken en verbeteracties opzetten;
- een aantal essentiële zorgprocessen met een bekend gevolg op patiëntveiligheid analyseren. Voor het medicatiedistributieproces is hier reeds een aanzet gegeven, maar dient dit nog verder stap voor stap geëvalueerd en uitgewerkt te worden met de verschillende betrokken partijen in dit proces. Zo wordt op één zorgeenheid

ook een suicidepreventieprotocol ontwikkeld. Na implementatie en evaluatie dient dit vertaald te worden naar het volledige zorgcentrum.

- een multidisciplinaire werkgroep oprichten, die een gestandaardiseerde transferprocedure uitwerkt voor OPZC, waarin continuïteit van zorg een belangrijk evaluatiecriterium is.

Concrete acties in OPZC in het kader van het tweede contract:

- de FOD Volksgezondheid dringt sterk aan op een efficiënt en effectief veiligheidsmanagement-systeem (VMS). De huidige FONA-rapportering voldoet ten dele aan de gestelde vereisten, maar heeft een aantal tekortkomingen naar het opvolgen van alle aspecten van patiëntveiligheid. OPZC gaat op zoek naar een geschikt VMS, maar behoudt in afwachting van keuze en implementatie het huidige FONA-registratiesysteem;
- het medicatiedistributiesysteem wordt geanalyseerd. Een werkgroep, samengesteld uit de apothekers en verpleegkundige staf, neemt nauwgezet in het kader van het medisch farmaceutisch comité de verschillende aspecten van de medicatiedistributie onder de loep. In een eerste fase werd het proces op de zorgeenheid van aankomst, bewaring, klaarzetten en toedienen van medicatie geëvalueerd. Er werd een nieuw distributiesysteem gekozen dat in 2009 geïmplementeerd wordt, ondersteund door een beschrijving van de verschillende procedures m.b.t. klaarzetten, bewaring, controle... In een tweede fase wordt de distributie tussen apotheek en de zorgeenheden bekeken en in een derde fase het voorschrijfgedrag.

Personeelsbeleid: selectie en werving

Missie en deontologie

De dienst personeelsbeheer is de drijvende motor bij de rekrutering en werving van personeelsleden in OPZC Rekem. Als overheidsinstelling worden de richtlijnen van de Vlaamse overheid gevolgd.

De rekrutering wordt voorafgegaan door het maken van afspraken die dan de basis van een vastgelegd vergelijkende selectieprocedure vormen waarbij het gelijkheidsbeginsel centraal staat. Dit betekent dat iedereen (die zich in dezelfde omstandigheden bevindt) ook gelijke kansen moet krijgen.

Elke kandidatuur wordt in alle vertrouwelijkheid behandeld. Elke kandidaat krijgt na afloop schriftelijk antwoord over het wel of niet weerhouden zijn. In deze brief wordt een mogelijkheid geboden om telefonisch meer uitleg te vragen over de selectieprocedure en de resultaten.

Selectie is een belangrijk onderdeel van het HRM-beleid. Het imago van OPZC Rekem wordt ondermeer opgebouwd via specifieke relaties met externe instanties (VDAB, scholen, GTB dat staat voor Gespecialiseerde Traject-Bepalings- en Begeleidingsdienst, consultants), die sollicitanten of potentiële nieuwe personeelsleden kunnen aanbrengen. Binnen dit beleid wordt ervoor gezorgd dat elke sollicitant een positieve indruk heeft aangaande de behandeling van zijn persoon en positief denkt over het OPZC Rekem. Een mensvriendelijk gerichte benadering van elke werkzoekende uit zich in respect van de timing waarmee kandidaturen behandeld worden en het recht op antwoord of uitleg bij mislukking. Deze deontologie is doorslaggevend om al of niet aantrekkelijk te zijn op de arbeidsmarkt op lange termijn.

Tegelijk voert OPZC Rekem ook een open politiek inzake mutaties en interne promoties door elke vacature binnen de instelling kenbaar te maken aan alle personeelsleden. HRM wil een ondersteunende rol vervullen in het begeleiden van de loopbanen van de personeelsleden. De dienst is toegankelijk voor elk intern personeelslid die zijn loopbaan zelf in handen wenst te nemen en recht heeft op een objectieve behandeling van competenties en persoonlijkheid.

Hoe werkt selectie en rekrutering?

Het proces start met een aanvraag tot aanwerving. Zodra de dienst personeelsbeheer kan overgaan tot aanwerving, zullen eerst de geselecteerde kandidaten van de nog geldende wervingsreserves worden aangeschreven. Indien deze wervingsreserves geen resultaat meer hebben, start een nieuwe selectieprocedure. Bij een vacature gaat de HRcel aan de slag op basis van vooraf gedefinieerde afspraken, op basis van de functieprofielen (bestaande uit verantwoordelijkheidsgebieden en gedragscompetenties) en binnen een afgesproken termijn. Tevens wordt de procedure (aantal fases + aard van de fases) van de selectie uitgeschreven en vastgelegd. Spontane sollicitanten worden aangeschreven, er volgt een interne bekendmaking, de vacature wordt bij de VDAB en op de website van OPZC Rekem geplaatst en er wordt geadverteerd in de krant naargelang het profiel dat gezocht wordt.

Bij het ontvangen van sollicitatiebrieven wordt telkens een screening gedaan (preselectie) om te kijken of de kandidaat voldoet aan de gestelde eisen.

Bij de samenstelling van de jury wordt steeds genderbewust gewerkt in de mate van het mogelijke. De jury wordt samengesteld uit personen van het lijnmanagement en uit een HR-medewerker. Indien een selectieprocedure over meerdere dagen wordt gespreid is het zeer belangrijk dit op voorhand te communiceren zodat dezelfde jury-samenstelling wordt aangehouden.

In een arbeidsmarkt waar verpleegkundigen erg gegeerd zijn is het vooral belangrijk om voldoende en kwalitatief goede verpleegkundigen aan te trekken. Het zorgcentrum start dus al vroeg op het jaar een wervingscampagne. Dit gebeurt door het aanspreken van de stagiairs verpleegkunde tijdens hun stageperiode, door het aanschrijven van de laatstejaarsstudenten verpleegkunde en door het houden van een jobcontactavond voor verpleegkundigen. Op deze manier slaagt OPZC Rekem er jaarlijks in om voldoende verpleegkundigen te rekruteren. Andere knelpuntberoepen bij OPZC Rekem zijn psychiater en apotheker.

Overzicht van de selecties in 2008

In 2008 werden 35 selectieprocedures gedaan. In het totaal kwamen 714 sollicitatiebrieven toe. Van deze 714 kandidaturen namen uiteindelijk 356 personen effectief deel aan een selectie, waarvan 75% vrouwelijke kandidaten en 25% mannelijke kandidaten. Hieruit kan inderdaad gesteld worden dat de zorgsector nog steeds veel vrouwen aantrekt. Na selectie werden 195 personen weerhouden. Dit is 55% van de kandidaten, die aan een selectie deelnamen. Uiteindelijk werden 89 personen aangeworven. Dit is 25% van het aantal personen dat heeft meegedaan aan een selectie en is 46% van het aantal weerhouden kandidaten.



DE NACHTVERPLEGING VAN HET ZIEKENHUIS

CONTRACTUELE EN STATUTAIRE VACATURES

	INSCHRIJVINGEN	SELECTIEGESPREKKEN			WEERHOUDEN			AANGEWORVEN		
	TOTAAL	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
assistent trefcentrum	15	5	6	11	1	2	3	0	1	1
logistiek assistent PVT	14	0	7	7	0	3	3	0	1	1
ergotherapeut ZH + PVT	16	4	9	13	2	6	8	1	1	2
administratief medew. PVT MIN Antwerpen	80	1	8	9	0	4	4	0	1	1
psycholoog	25	3	19	22	2	12	14	0	4	4
administratief medew. financiële dienst	58	0	17	17	0	7	7	0	2	2
psychiater	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
steward	60	25	7	32	4	1	5	3	1	4
administratief medew. directiesecretariaat	81	0	12	12	0	5	5	0	1	1
verpleegkundigen	18	5	11	16	4	9	13	3	7	10
kinesitherapeut	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
kok	4	1	3	4	1	1	2	0	1	1
monitor kinderopvang	18	0	13	13	0	11	11	0	0	0
verpleegkundigen	6	1	6	7	1	5	6	1	4	5
activiteitenbegeleider Locomotief	63	7	31	38	6	19	25	1	1	2
therapeutisch medew. arbeidsrehabilitatie	4	1	3	4	0	3	3	0	1	1
verpleegkundigen	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3
psychiater	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
verpleegkundigen	3	2	1	3	2	1	3	0	1	1
maatschappelijk assistent	38	1	12	13	0	5	5	0	1	1
psycholoog PVT MIN Antwerpen	3	2	1	3	1	1	2	1	0	1
opvoeder	19	1	5	6	1	5	6	1	1	2
logistiek assistent ZH	5	0	5	5	0	3	3	0	1	1
logistiek assistent PVT	24	0	7	7	0	2	2	0	1	1
bevorderingsexamen verpleegkundige naar hoofdverpleegkundige	5	2	3	5	1	1	2	1	1	2
verpleegkundigen PVT MIN Antwerpen	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
leefgroepbegeleiders PVT MIN Antwerpen	43	3	14	17	2	5	7	0	1	1
logistiek assistent ZH	5	0	4	4	0	4	4	0	2	2
verpleegkundigen	10	1	7	8	1	6	7	1	2	3
psychomotorisch therapeut	14	3	3	6	2	2	4	1	0	1
verpleegkundigen	5	1	4	5	1	4	5	1	1	2
Totaal	645	72	224	296	35	133	168	17	44	61

STARTBAANVACATURES											
	INSCHRIJVINGEN	KANDIDATEN			WEERHOUDEN			AANGEWORVEN			
	TOTAAL	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL	
Activiteitenbegeleider	18	5	12	17	1	5	6	1	5	6	
Logistiek assistent in de verzorging/zorgkundige	29	6	19	25	3	13	16	2	12	14	
Assistent trefcentrum + keuken	11	5	6	11	0	2	2	0	2	2	
Medewerker manegeproject	11	2	5	7	1	2	3	0	1	1	
Gebrevetteerd verpleegkundige		interne kandidaten (einde contr.)							2	3	5
Totaal	69	18	42	60	5	22	27	5	23	28	

Aandachtspunten voor de toekomst vanuit de Vlaamse overheid

Er worden toekomstgericht een aantal richtlijnen uitgeschreven door de Vlaamse overheid waar OPZC Rekem zich de volgende jaren op zal richten. Deze richtlijnen komen uit het actieplan *wervend werven* van de Vlaamse regering. Dit actieplan richt zich vooral naar de instroom van allochtonen en mensen met een arbeidshandicap. De Vlaamse overheid heeft het engagement opgenomen om in zijn personeelsbestand 4,5% personen met een arbeidshandicap op te nemen en 4% allochtonen. Om deze kansengroepen optimale kansen te geven bouwde de VDAB een subdatabank uit van zowel werkzoekenden met een arbeidshandicap als allochtone werkzoekenden. In de toekomst zal het OPZC Rekem van deze databank gebruik maken om zo de streefcijfers van de Vlaamse overheid te kunnen benaderen.

Vormingstraject helende relatie

Verpleegkundigen staan vandaag onder enorme druk om aan al de eisen in het complexe werkveld te voldoen. Er zijn de verplichte registraties, het patiëntendossier, FONA, allerhande schalen en meetinstrumenten om de zorg zo *evidenced based* mogelijk te maken. Dit en nog veel meer zorgt voor een flinke hap in de tijdsbesteding van een verpleegkundige. De direct patiëntgebonden tijd moet derhalve inbinden. Uit intern onderzoek is dit eveneens gebleken. 70% van de verpleegkundigen geeft in dit onderzoek aan dat de relatie patiënt-verpleegkundige verengd is tot een functioneel technisch verhaal. De patiënt wordt opgenomen en krijgt een verantwoordelijke verpleegkundige toegewezen. De verantwoordelijk verpleegkundige zorgt zo snel mogelijk voor een gegevensverzameling en een behandelplan met doelstellingen om aan te werken. De contacten met de patiënt beperken zich dus soms tot het verkrijgen van gegevens en het in kaart brengen van problemen. Het informele, het mede-menselijke dreigt daardoor wel eens op de achtergrond te raken. De relatie met de patiënt is dan eerder een middel om een bepaald doel te bereiken.

Keuzes dringen zich op. Onder die noemer startte in het OPZC Rekem een uniek traject voor verpleegkundigen. De relatie patiënt-verpleegkundige dient niet enkel een formele maar een helende relatie te worden, met een hart voor patiënten. Door radicaal te kiezen om de relatie centraal te stellen wordt een keuze gemaakt om ruimte te maken voor de ontmoeting tussen twee mensen. Een ontmoeting waar de ervaring, de beleving centraal staat. De uitwisseling van die ervaringen is de basis en de focus van de relatie. Vanuit die uitwisseling kan de patiënt tot besef komen en zo richting en inhoud geven aan de relatie. Een helende relatie ontstaat wanneer beide partijen vanuit hun eigen kwetsbaarheid een relatie kunnen aangaan in wederzijds respect en vertrouwen.

De helende relatie is een vormingstraject voor verpleegkundigen. Het is een intern vormingstraject waar 6 personeelsleden de rol van staf helende relatie op zich nemen. Deze interne staf begeleidt het hele proces. Gedurende twee jaren worden verpleegkundigen (telkens een

groep van 10 tot 12 verpleegkundigen) intensief opgeleid en begeleid. Het eerste jaar staat vooral in het teken van het werken rond het *ik*. Het tweede jaar ligt de focus op het werken in en met groepen. Het jaarprogramma bestaat telkens uit diverse onderdelen: workshops, intervisies, supervisies en persoonlijke coaching. Deze geïntegreerde benadering is zeer wenselijk en zinvol.

Een workshop beslaat een hele dag. Hierin komt een combinatie van theorie en praktijk aan bod. Een intervisie beslaat een halve dag. Tijdens de intervisie wordt de opgedane kennis van de workshop naar de eigen context/situatie vertaald en besproken. Leren door uitwisseling en delen van ervaringen. Tijdens de supervisies komen patiëntencasussen aan bod. De casuïstiek wordt op diverse manieren benaderd. Tenslotte nog de persoonlijke coaching. Iedere deelnemer heeft een persoonlijke coach. Tijdens de coachinggesprekken staat het eigen proces op de voorgrond.

De verpleegkundigen en begeleiders die momenteel in dit traject betrokken zijn, zijn zeer enthousiast en willen graag collega's oproepen om ook in dergelijke trajecten te stappen. De wisselwerking tussen een patiënt en een verpleegkundige wordt een uitnodiging voor groei en ontwikkeling, zowel voor de patiënt als voor de verpleegkundige. Opvallend is dat de verpleegkundigen anders gaan staan in de relatie met de patiënt: er is meer ruimte voor wederzijdse leerervaringen in een echte ontmoeting.

Zowel de coaches, als de gecoachten ervaren het proefproject *helende relatie* als één grote waw-ervaring en als een absolute must voor relationele hulpverleners.

ENKELE REACTIES VAN DE

COACHES: *'Het is een zeer waardevol project voor diegene, die eerlijk durft toegeven dat hij of zij het niet meer weet.*

In deze bekentenis vindt men dan de kracht en de moed om naar zichzelf te kijken, naar IK, de mens.'

'Er wordt vooral geïnvesteerd in het persoonlijk groei- en ontwikkelingsproces van elke deelnemer, waarbij alle ervaringen in totale vrijheid en veiligheid konden besproken worden. Vanuit meer vrijheid kan er een echte ontmoeting zijn met de mens als patiënt en zijn lijden, met ruimte voor wederzijdse groei en ontwikkeling van zowel de verpleegkundige als de patiënt. Hij omschrijft dit als een synergie van geheeldheid'

ENKELE REACTIES VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN:

'Het project helende relatie, is een boeiende, leerrijke ervaring en een echte aanrader voor iedereen. Je voelt je gesteund en begrepen door de coaches maar ook door andere deelnemers. Er heerste een echt wij-gevoel, waardoor de opleiding echt tot haar recht komt. De veranderingen die je ondergaat, zijn ook merkbaar op privévlak. Ik ben vooral rustiger en zelfbewuster geworden.'
'De helende relatie betekende een persoonlijke groei o.a. door de groeps gesprekken en de persoonlijke gesprekken met de coach, waarbij je geconfronteerd werd met je eigen ervaring- en gevoelswereld, je eigen denken, functioneren en handelen.'

De deelnemers vonden het fijn om de eigen persoonlijke groei met elkaar te kunnen delen, al vonden ze het eerst wat onwennig. Ze geven ook aan dat ze de andere deelnemers op een heel andere manier leerden kennen.

Sommigen hadden al een kadertje gekregen, maar door de sessies heen hebben ze een ander kader gekregen, een mooier en veel genuanceerder.











OPZC Rekem in cijfers

OPZC Rekem in cijfers

Personeelsbezetting OPZC Rekem

Omdat de personeelsbezetting tussen ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis anders is samengesteld, worden beiden ook afzonderlijk weergegeven.

Algemene diensten

	M	V	TOTAAL
ALGEMENE DIENSTEN			
1. Directie	6	0	6
– Administrateur-generaal	1	0	1
– Algemeen directeur	1	0	1
– Administratief directeur	1	0	1
– Directeur patiëntenzorg	1	0	1
– Directeur-arts-specialist	1	0	1
– Directeur PVT	1	0	1
2. Staf	2	11	13
– Communicatieverantwoordelijke	0	1	1
– Jurist	1	0	1
– HRM/Vorming/Personeelsdienst	0	9	9
– Emancipatie	0	1	1
– Preventie-adviseur	1	0	1
3. Administratie en logistiek	49	45	94
– Administratief personeel	17	34	51
– Technisch en logistiek personeel	32	11	43

Ziekenhuis

Op 31 december 2008 werkten er 440 personeelsleden (288 vrouwen en 152 mannen) in het ziekenhuis.

	M	V	TOTAAL
ZIEKENHUIS			
1. Medische afdeling	6	9	15
– Internist	1	0	1
– Neuropsychiaters	3	6	9
– Omnipracticci	1	0	1
– Apotheker	0	2	2
– Laborant	0	1	1
2. Patiëntenzorg	75	164	239
– Licentiaten in de psychologie	4	9	13
– Licentiaten 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	15	16
– Gegradueerden in de kinesitherapie	2	0	2
– Gegradueerden in de orthopedagogie	1	1	2
– Therapie-assistenten	3	3	6
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	53	90	143
– Verpleegassistenten	0	3	3
– Verzorgend personeel	4	19	23
– Licentiaten in de medisch-sociale wetenschappen	2	0	2
– Opvoeder A2/B2	1	6	7
– Criminologen	0	2	2
– Logistiek assistent	0	1	1
– Begeleider patiëntenraden	0	1	1

N.B.

- 43 personeelsleden (39 vrouwen en 4 mannen) werkten in het IBF-stelsel (interdepartementaal begrotingsfonds), waarvan 1 logistiek assistent, 14 verpleegkundigen, 3 therapie-assistenten, 2 opvoeders A2/B2 en 23 verzorgenden;
- 16 personeelsleden (12 vrouwen en 4 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 6 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;
- 15 personen (8 vrouwen en 7 mannen) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 5 verpleegkundigen, 4 activiteitenbegeleiders, 3 logistiek assistenten, 1 personeelslid in de keuken, 1 op de dienst onderhoud en techniek en 1 in het trefcentrum.

In de loop van het jaar 2008 zijn er in heel het OPZC 162 personen in dienst getreden (123 vrouwen en 39 mannen) en 108 personeelsleden zijn uit dienst gegaan (93 vrouwen en 15 mannen).

Verzorgingstehuis

Op 31 december 2008 werkten er 155 personeelsleden (128 vrouwen en 27 mannen) in het PVT.

	M	V	TOTAAL
VERZORGINGSTEHUIS			
1. Medische afdeling	1	0	1
– Neuropsychiaters	1	0	1
2. Verblijfseenheden	21	101	122
– Licentiaten in de psychologie	1	3	4
– Licentiaten kinesitherapie	0	1	1
– Licentiaten orthopedagogie	1	2	3
– Licentiaten ziekenhuiswetenschappen	1	0	1
– Maatschappelijk assistenten	3	2	5
– Gegradueerden in de ergotherapie	0	8	8
– Gegradueerden in de kinesitherapie	2	1	3
– Gegradueerden in de orthopedagogie	2	2	4
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	5	29	34
– Verpleegassistenten	0	3	3
– Opvoeders A2/B2	3	14	17
– Verzorgend personeel	1	30	31
– 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.

- 4 personeelsleden (3 vrouwen en 1 man) werkten in het IBF-stelsel, waarvan 1 opvoeder A2/B2 en 3 verzorgenden;
- 15 personeelsleden (13 vrouwen en 2 mannen) werkten in het kader van de Sociale Maribel, waarvan 8 logistiek assistenten, 1 gegradueerde in de orthopedagogie, 1 activiteitenbegeleider, 2 verpleegkundigen, 1 opvoeder A2/B2 en 2 verzorgenden;
- 12 personen (11 vrouwen en 1 man) werkten met een startbaanovereenkomst, waarvan 2 activiteitenbegeleiders en 10 verzorgenden.

Beddenbezetting en andere patiëntgerelateerde cijfers

Het aantal erkende bedden

ZIEKENHUIS

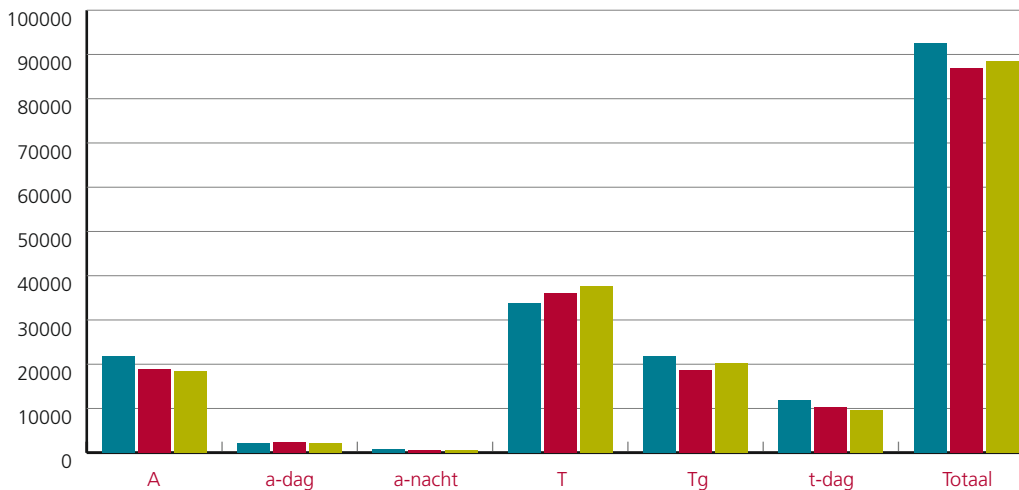
Sinds 01.04.2008 heeft het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis een erkenning voor 288 erkende bedden, waarvan 74 acute bedden: 60 A, 10 a-dag voor dagpatiënten en 4 a-nacht. De patiënten die langer verblijven in het ziekenhuis bezetten de 214 T-bedden (chronische bedden): 109 T, 80 Tg voor geriatricie en 25 t-dag.

ZH: ERKENDE BEDDEN 2000-2009

DIENST (KENLETTER)	01.01.2000	01.11.2000	01.04.2002	31.12.2008
A	60	60	60	60
a-dag	10	10	10	10
a-nacht	5	4	4	4
T	120	120	109	109
TG	80	80	80	80
t-dag	25	25	25	25
t-nacht	9	0	0	0
Totaal	309	299	288	288

In 2000 bezat het ziekenhuis 309 erkende bedden. De afbouw die heeft plaatsgevonden, was ten voordele van PVT, BW vzw 't Veer en het kinderpsychiatrisch centrum van Genk (KPC).

VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER OPZC



VERPLEEGDAGEN PER KENLETTER OPZC

	A	A-DAG	A-NACHT	T	TG	T-DAG	TOTAAL
■ 2006	21870	2180	818	33829	21902	11854	92453
■ 2007	18893	2412	574	36105	18709	10238	86931
■ 2008	18459	2144	519	37728	20128	9564	88542

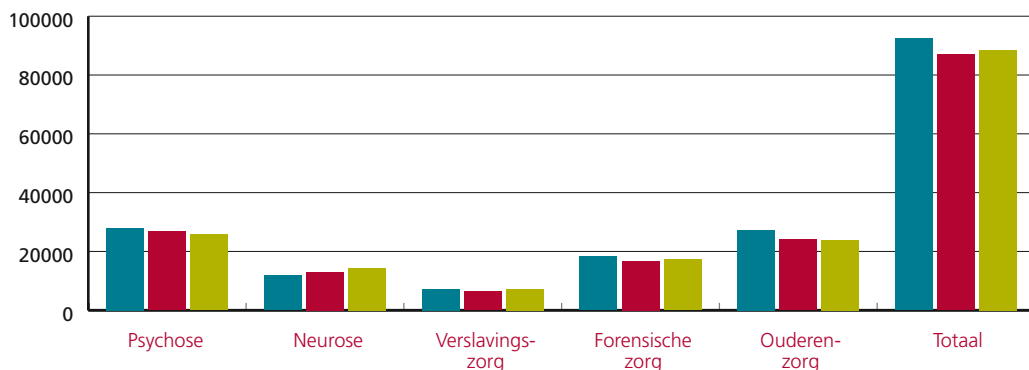
Met verpleegdag in volledige hospitalisatie wordt een opnameperiode van ten minste één nacht (opname voor middernacht en ontslag na 08.00 u. 's anderendaags) bedoeld.

Verpleegdagen in dagverpleging worden aangerekend bij aanwezigheid op 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 ZORGLIJN OPZC



VERPLEEGDAGEN PER ZORGLIJN OPZC

	PSYCHOSE	NEUROSE	VERSLAVINGS-ZORG	FORENSISCHE ZORG	OUDEREN-ZORG	TOTAAL
■ 2006	27996	11738	7200	18271	27248	92453
■ 2007	26815	12958	6331	16686	24141	86931
■ 2008	25785	14366	7263	17267	23861	88542

Uit de verpleegdagen per zorglijn blijkt dat Ouderenzorg en Psychosezorg het hoogst aantal verpleegdagen hebben.

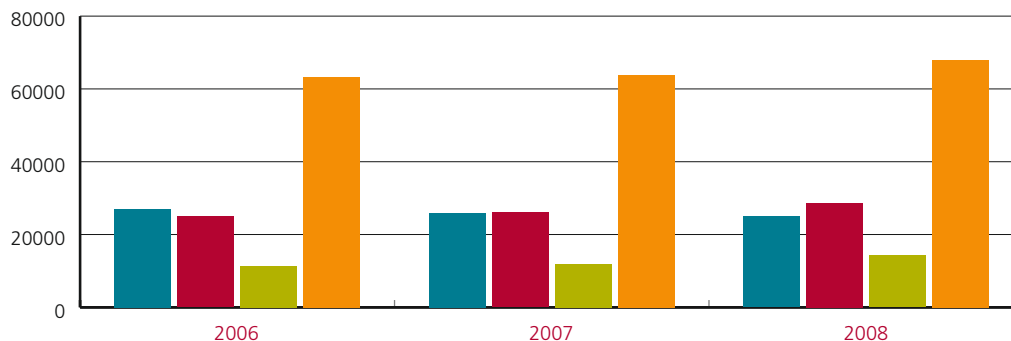
VERZORGINGSTEHUIS

Het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) heeft een stijgend aantal erkende bedden. In 2006 had PVT 174 erkende bedden en in 2008 steeg dit tot 197.

Deze stijging is te wijten aan een toename van een aantal *project-bedden*. In het totaal kreeg PVT een erkenning voor 60 forensische PVT-bedden, verdeeld over 4 schijven van 15 bedden. In 2007 en 2008 werden telkens

15 bedden ingevuld. Er zijn dus nog 30 bedden in te vullen, een stijging die stapsgewijs verloopt. Anderzijds beschikt PVT Mentaal Gehandicapten ook nog over een vijftigtal *uitdovende* bedden, d.w.z. dat indien de bewoner komt te overlijden, dit bed (deze plaats) ook definitief verdwijnt. Dit beddenaantal zal stilaan afnemen. Daarbuiten beschikt PVT over een *90 definitieve* bedden.

VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP

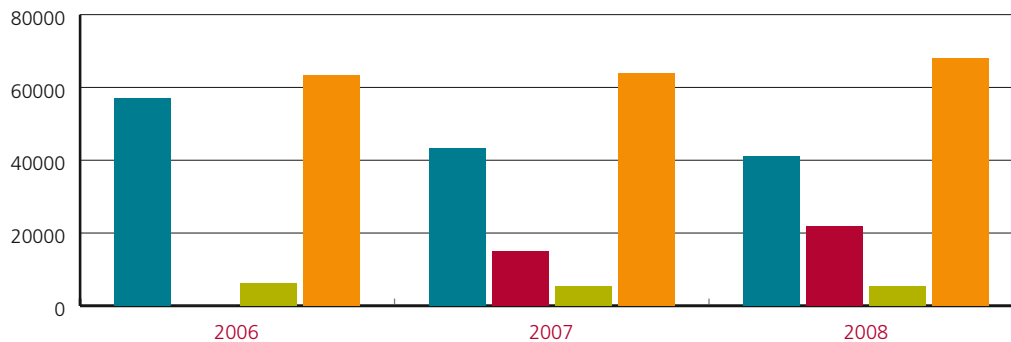


VERPLEEGDAGEN PER BEWONERSGROEP

PVT	2006	2007	2008
■ Mentaal gehandicapten	26993	25951	24951
■ Psychiatrische patiënten	24905	26073	28744
■ Forensische patiënten	11371	11869	14228
■ Totaal	63269	63893	67923

Het percentage verpleegdagen mentaal gehandicapten daalde de afgelopen jaren met 6%. Oorzaak is voornamelijk het overlijden van mentaal gehandicapten (uitdovende bedden). De nieuw opgenomen bewoners behoren veelal tot de groep van gestabiliseerde psychiatrische patiënten. Gezien de uitbreiding van forensisch PVT (+ 15 bedden per jaar vanaf 2007) stijgt ook het percentage verpleegdagen van de forensische patiënten.

VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS



VERPLEEGDAGEN PER CAMPUS

	2006	2007	2008
PVT Rekem	56960	43353	40936
PVT RADO Lanaken	0	15073	21740
PVT MIN Antwerpen	6309	5467	5247
Totaal	63269	63893	67923

Het percentage verpleegdagen van PVT Rekem kende een sterke daling door de verhuis van 60 bewoners naar PVT Rado Lanaken vanaf april 2007 (nieuwe campus) en is dus geen daling op zich.

De daling van het percentage verpleegdagen van PVT MIN Antwerpen is te wijten aan verbouwingswerken, waardoor zij minder bewoners hebben.

In- en uitstroom

ZIEKENHUIS

In het ziekenhuis is het verloop van de patiënten tien maal groter dan in het psychiatrisch verzorgingstehuis. Er zijn ongeveer 600 medische opnamen en ontslagen per jaar.

PZ	2006	2007	2008
Medische opnamen	603	548	640
Medische ontslagen	567	597	617
Aanwezigen	175	180	190

VERZORGINGSTEHUIS

De PVT-bevolking is lang stabiel gebleven. Maar de laatste jaren, o.a. door de overname van PVT MIN Antwerpen, gebeuren er ook meer opnamen en ontslagen in PVT. Er vinden de laatste drie jaren gemiddeld een zestigtal opnamen en ontslagen per jaar plaats.

PVT	2006	2007	2008
Medische opnamen	60	59	81
Medische ontslagen	55	53	72
Aanwezigen	175	180	190

Opnamen

Medische opnamen

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

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

In 2008 werden er 640 medische opnamen geregistreerd in het psychiatrisch ziekenhuis (PZ), dit zijn er meer dan de voorgaande jaren.

PZ	2006		2007		2008	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Eerste opname	302	50%	282	51%	298	47%
Heropname	301	50%	266	49%	342	53%
Totaal	603	100%	548	100%	640	100%

Voor het eerst, sinds de start van de MPG in 1996, zijn er meer heropnamen (53%) dan eerste opnamen. Dit was al langer de trend bij de andere psychiatrische ziekenhuizen in Limburg.

VERZORGINGSTEHUIS

Ook in het verzorgingstehuis is een stijging van het aantal medische opnamen vast te stellen.

PVT	2006		2007		2008	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Eerste opname	37	62%	37	63%	42	52%
Heropname	23	38%	22	37%	39	48%
Totaal	60	100%	59	100%	81	100%

Opgenomen patiënten

ZIEKENHUIS

PZ	2006		2007		2008	
	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	386	64%	351	64%	413	65%
Vrouw	217	36%	197	36%	227	35%
Totaal	603	100%	548	100%	640	100%

Hoewel het aantal vrouwen toeneemt tot 227, is de procentuele stijging van het aantal vrouwen terug gedaald t.o.v. voorgaande jaren (35% t.o.v. 36%). Binnen het ziekenhuis worden op alle zorgeenheden vrouwen en mannen opgenomen, met uitzondering van de forensische zorgeenheden, waar enkel mannen worden opgenomen.

VERZORGINGSTEHUIS

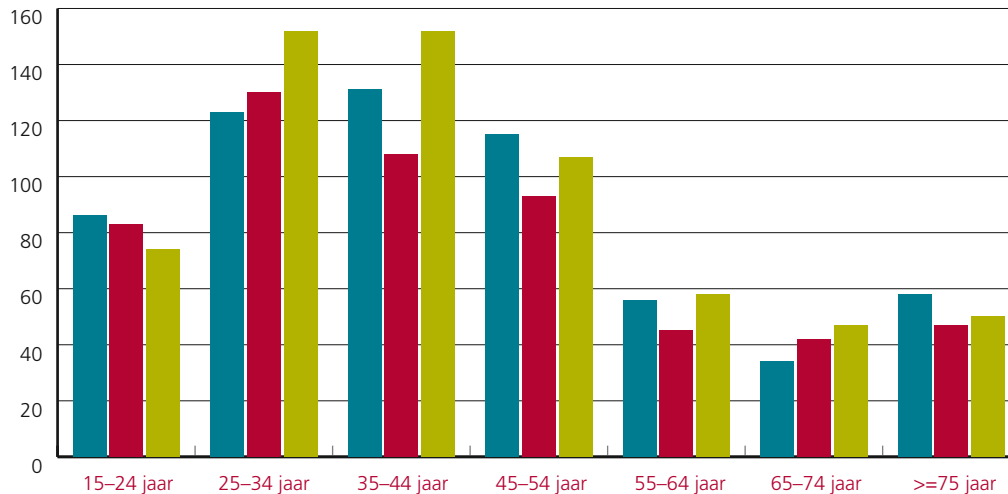
PVT	2006		2007		2008	
GESLACHT	AANTAL	%	AANTAL	%	AANTAL	%
Man	59	98%	56	95%	78	96%
Vrouw	1	2%	3	5%	3	4%
Totaal	60	100%	59	100%	81	100%

In het psychiatrisch verzorgingstehuis worden bijna uitsluitend mannen opgenomen. Bij PVT Mentaal Gehandicapten gebeuren geen nieuwe opnamen o.w.v. het uitdovende karakter van de bedden. Vermits OPZC Rekem vroeger een instelling voor mannen was, komen hier uitsluitend mannen voor. In het forensische cluster, zowel binnen het ziekenhuis als het PVT is het, tot nu toe, een bewuste politiek om enkel mannelijke personen op te nemen. Binnen de 90 chronische PVT-bedden worden ook vrouwen opgenomen, maar ook in deze groep speelt het instellingsverleden een voorname rol in de verklaring van het groot aantal mannelijke bewoners.

Opnamen naar leeftijd

ZIEKENHUIS

OPGENOMEN PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD



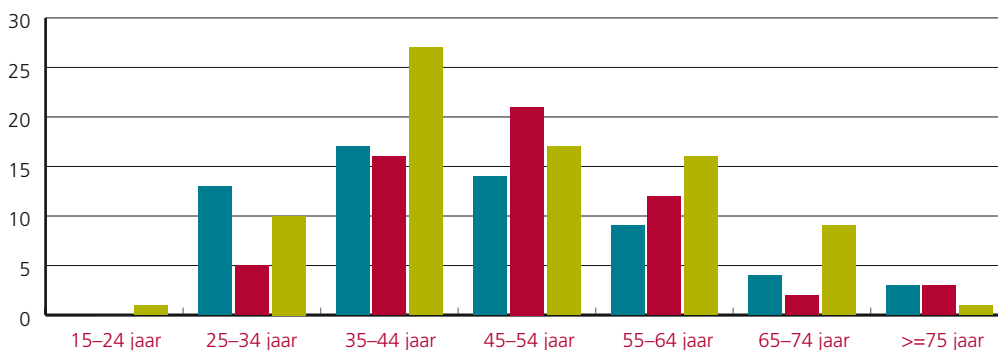
OPGENOMEN PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD

PZ	15-24 JAAR	25-34 JAAR	35-44 JAAR	45-54 JAAR	55-64 JAAR	65-74 JAAR	>=75 JAAR
■ 2006	86	123	131	115	56	34	58
■ 2007	83	130	108	93	45	42	47
■ 2008	74	152	152	107	58	47	50

Bijna de helft (48%) van de medisch opgenomen patiënten in het ziekenhuis in 2008, is tussen 25 en 44 jaar oud.

VERZORGINGSTEHUIS

OPGENOMEN NAAR LEEFTIJD



OPGENOMEN NAAR LEEFTIJD

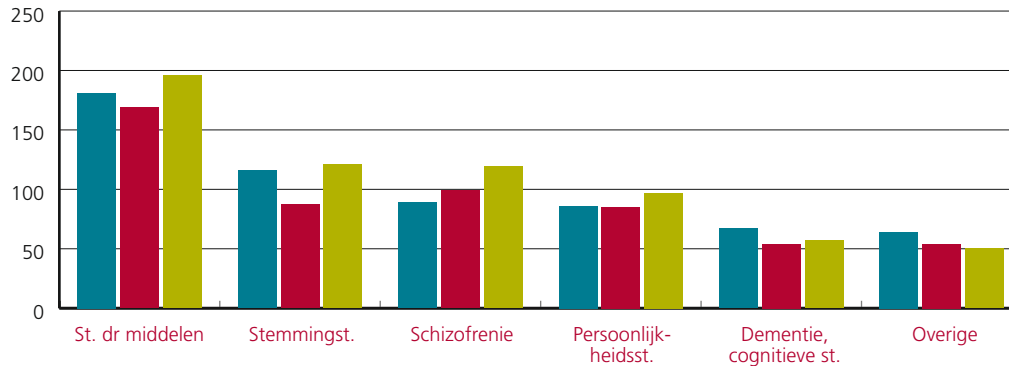
PVT	15-24 JAAR	25-34 JAAR	35-44 JAAR	45-54 JAAR	55-64 JAAR	65-74 JAAR	>=75 JAAR
■ 2006	0	13	17	14	9	4	3
■ 2007	0	5	16	21	12	2	3
■ 2008	1	10	27	17	16	9	1

In 2008 was in PVT 33% van de opgenomen bewoners tussen 35 en 44 jaar oud en 54% tussen 35 en 54 jaar oud. De aanwezigheid van zoveel opgenomen jongeren in PVT, is o.a. te wijten aan de opnamepolitiek in de forensische clusters, waar PVT een tussenstap is naar Beschut Wonen.

Hoofddiagnose van de opgenomen patiënten

ZIEKENHUIS

HOOFDDIAGNOSE OPGENOMEN PATIËNTEN



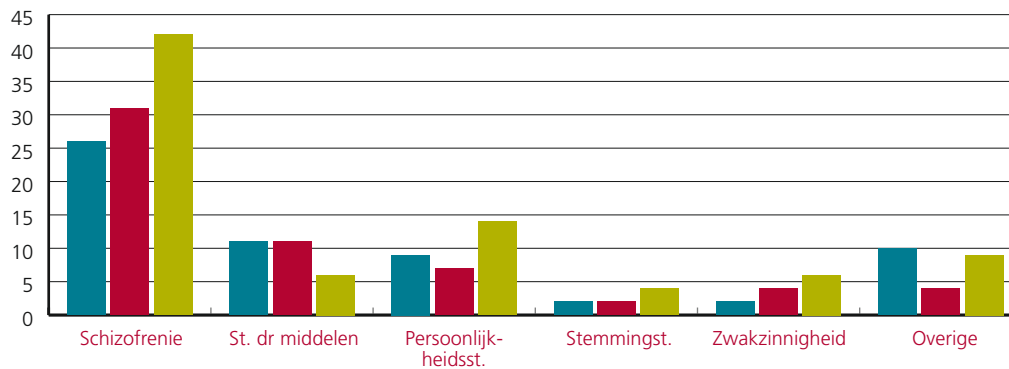
HOOFDDIAGNOSE OPGENOMEN PATIËNTEN

PZ	ST. DR. MIDDELEN	STEMMINGST.	SCHIZOFRENIE	PERSOONLIJKHEIDSST.	DEMENTIE, COGNITIEVE ST.	OVERIGE
2006	181	116	89	86	67	64
2007	169	87	99	85	54	54
2008	196	121	119	97	57	50

In het ziekenhuis is *Stoornis door middelen* de hoofddiagnose die voorkomt bij het grootste aantal opgenomen patiënten.

VERZORGINGSTEHUIS

HOOFDDIAGNOSE OPGENOMEN BEWONERS



HOOFDDIAGNOSE OPGENOMEN BEWONERS

PVT	SCHIZOFRENIE	ST. DR. MIDDELEN	PERSOONLIJK-HEIDSST.	STEMMINGST.	ZWAK-ZINNIGHEID	OVERIGE
■ 2006	26	11	9	2	2	10
■ 2007	31	11	7	2	4	4
■ 2008	42	6	14	4	6	9

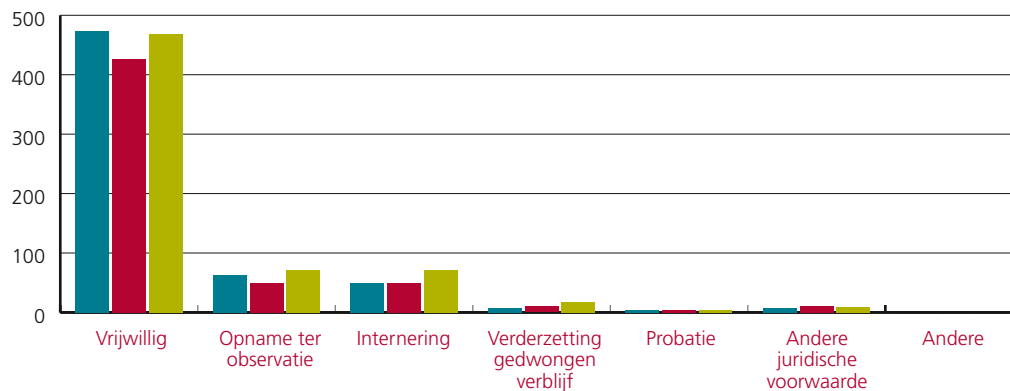
Bij het verzorgingstehuis is *schizofrenie* de hoofddiagnose die voorkomt bij het grootste aantal opgenomen bewoners.

Wijze van opname

ZIEKENHUIS

De meerderheid van de opnamen in het ziekenhuis gebeurt op vrijwillige basis, terwijl het merendeel van de PVT-bewoners door doorverwijzing van het psychiatrisch ziekenhuis gebeurt.

WIJZE VAN OPNAME PZ



WIJZE VAN OPNAME PZ

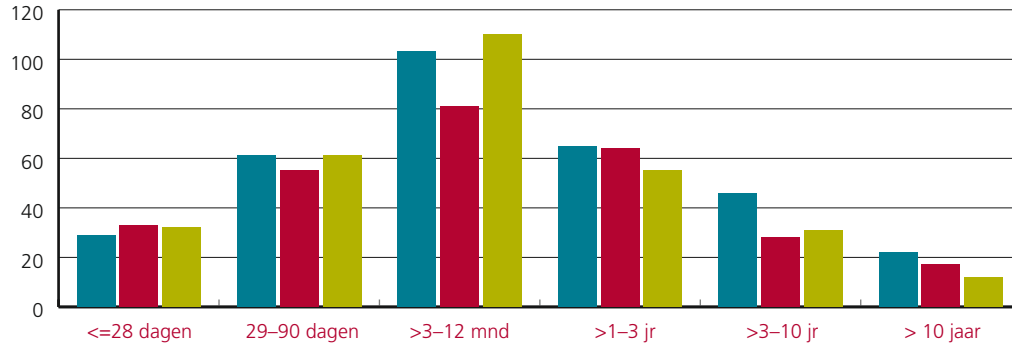
	VRIJWILLIG	OPNAME TER OBSERVATIE	INTER-NERING	VERDERZETTING GEDWONGEN VERBLIJF	PROBATIE	ANDERE JURIDISCHE VOORWAARDE	ANDERE
■ 2006	474	63	49	8	2	6	1
■ 2007	427	49	50	10	2	10	0
■ 2008	468	71	72	18	2	8	1

Aanwezige patiënten

Duur van het medisch verblijf

ZIEKENHUIS

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN PZ



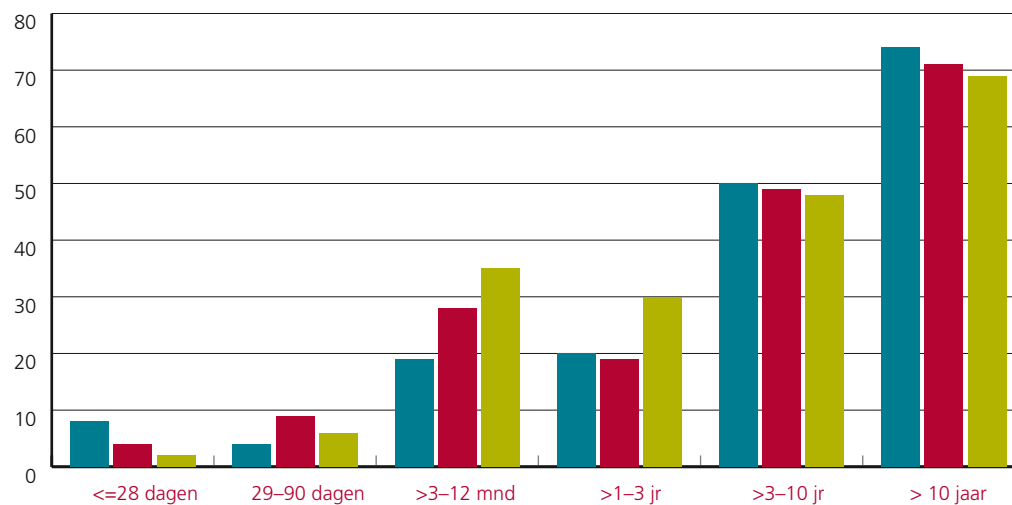
DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN

PZ	<=28 DAGEN	29-90 DAGEN	>3-12 MND	>1-3 JR	>3-10 JR	> 10 JAAR
2006	29	61	103	65	46	22
2007	33	55	81	64	28	17
2008	32	61	110	55	31	12

1/3 van de aanwezige patiënten op 31.12.2008 verblijft in het ziekenhuis tussen drie maanden en 1 jaar.

VERZORGINGSTEHUIS

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN BEWONERS PVT



DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN BEWONERS PVT

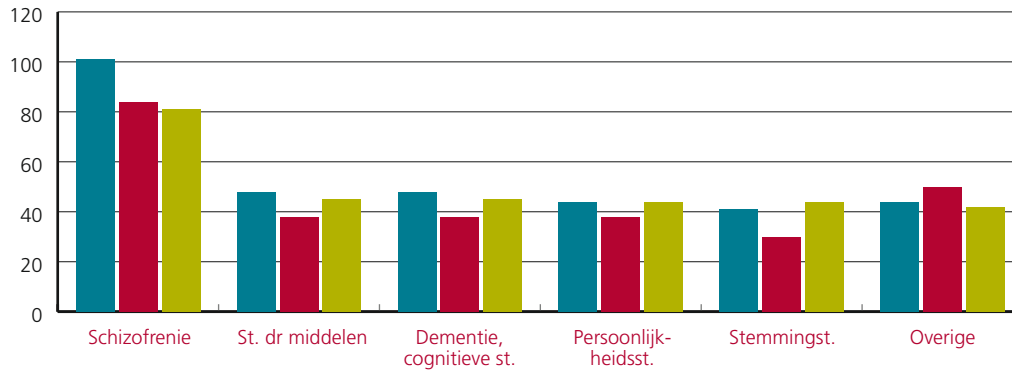
PVT	<=28 DAGEN	29-90 DAGEN	>3-12 MND	>1-3 JR	>3-10 JR	> 10 JAAR
■ 2006	8	4	19	20	50	74
■ 2007	4	9	28	19	49	71
■ 2008	2	6	35	30	48	69

Bijna 40% van de aanwezige bewoners op 31.12.2008 verblijft langer dan tien jaar in het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Hoofddiagnose van de aanwezigen

ZIEKENHUIS

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE PATIËNTEN PZ



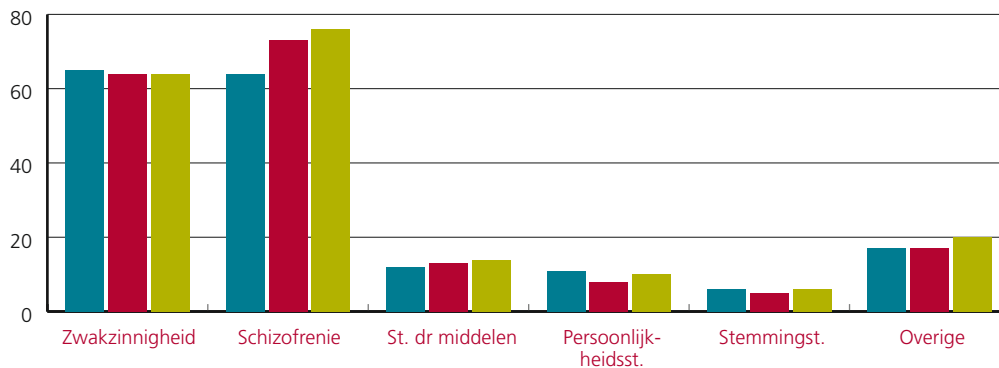
HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE PATIËNTEN PZ

PZ	SCHIZOFRENIE	ST. DR MIDDELEN	DEMENTIE, COGNITIEVE ST.	PERSOONLIJKHEIDSST.	STEMMINGST.	OVERIGE
2006	101	48	48	44	41	44
2007	84	38	38	38	30	50
2008	81	45	45	44	44	42

De meerderheid van aanwezige patiënten in het ziekenhuis hebben als hoofddiagnose schizofrenie.

VERZORGINGSTEHUIS

HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE BEWONERS PVT



HOOFDDIAGNOSE AANWEZIGE BEWONERS PVT

PVT	ZWAK-ZINNIGHEID	SCHIZOFRENIE	ST. DR. MIDDELEN	PERSOONLIJK-HEIDSST.	STEMMINGST.	OVERIGE
■ 2006	65	64	12	11	6	17
■ 2007	64	73	13	8	5	17
■ 2008	64	76	14	10	6	20

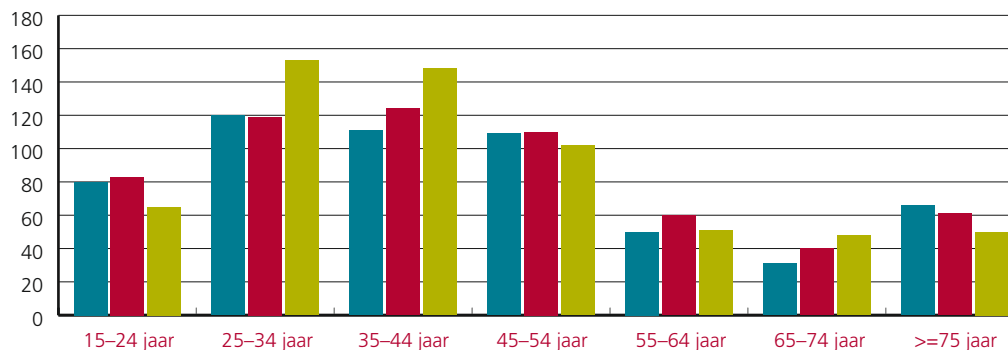
Schizofrenie en zwakzinnigheid zijn de twee meest voorkomende hoofddiagnoses bij de aanwezige bewoners van het PVT.

Ontslagen patiënten

Ontslagen patiënten naar leeftijd

ZIEKENHUIS

LEEFTIJD ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ



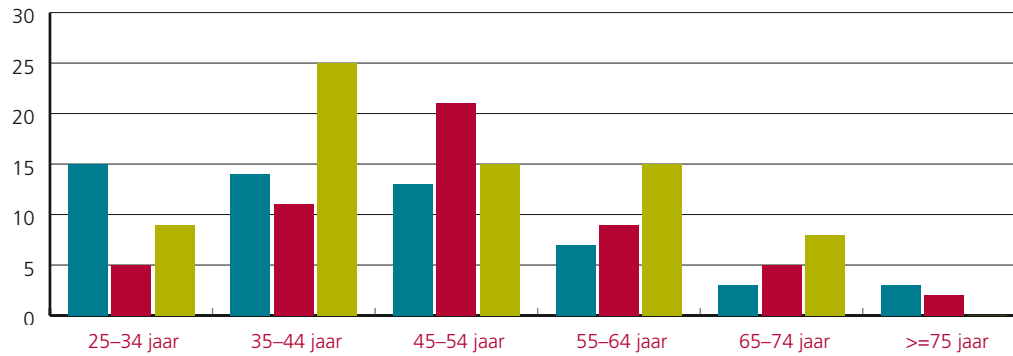
LEEFTIJD ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ

PZ	15-24 JAAR	25-34 JAAR	35-44 JAAR	45-54 JAAR	55-64 JAAR	65-74 JAAR	>=75 JAAR
■ 2006	80	120	111	109	50	31	66
■ 2007	83	119	124	110	60	40	61
■ 2008	65	153	148	102	51	48	50

Net als bij de opnamen, gebeuren ook het meeste aantal ontslagen in het ziekenhuis in de leeftijdscategorie tussen 25 en 44 jaar.

VERZORGINGSTEHUIS

LEEFTIJD ONTSLAGEN BEWONERS PVT



LEEFTIJD ONTSLAGEN BEWONERS PVT

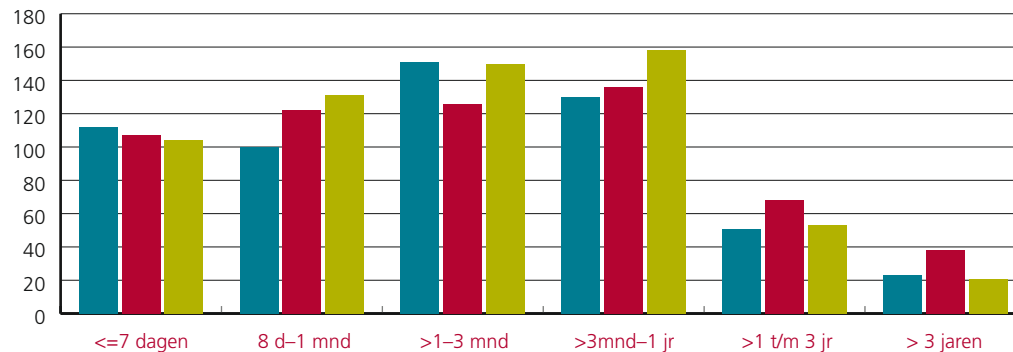
PVT	25-34 JAAR	35-44 JAAR	45-54 JAAR	55-64 JAAR	65-74 JAAR	>=75 JAAR
■ 2006	15	14	13	7	3	3
■ 2007	5	11	21	9	5	2
■ 2008	9	25	15	15	8	0

Zoals bij de opnamen zijn de leeftijdsgroepen tussen 35-44 jaar en 45-54 jaar het meest vertegenwoordigd bij de ontslagen bewoners van het PVT.

Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

ZIEKENHUIS

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ



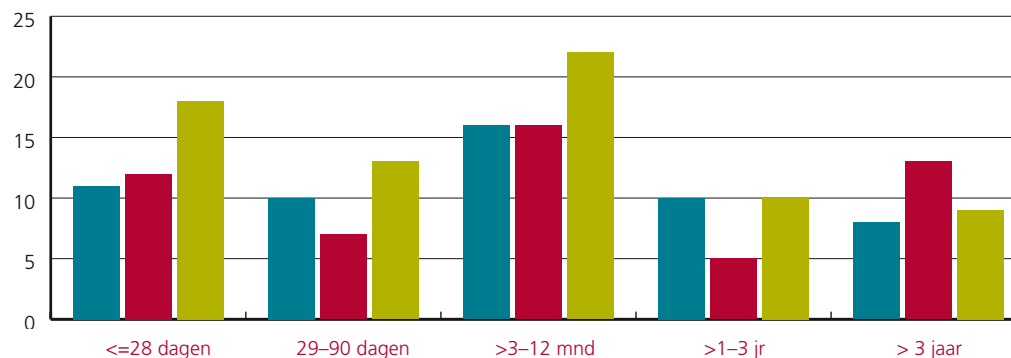
VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN PATIËNTEN PZ

PZ	<=7 DAGEN	8 D-1 MND	>1-3 MND	>3MND-1 JR	>1 T/M 3 JR	> 3 JAREN
■ 2006	112	100	151	130	51	23
■ 2007	107	122	126	136	68	38
■ 2008	104	131	150	158	53	21

85% van de patiënten wordt binnen het jaar ontslagen en 60% zelfs binnen de 3 maanden.

VERZORGINGSTEHUIS

VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN BEWONERS PVT



VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN BEWONERS PVT

PVT	<=28 DAGEN	29-90 DAGEN	>3-12 MND	>1-3 JR	> 3 JAAR
■ 2006	11	10	16	10	8
■ 2007	12	7	16	5	13
■ 2008	18	13	22	10	9

Ook binnen het verzorgingstehuis wordt 70% van de bewoners binnen het jaar ontslagen.

SAMENSTELLING EN COÖRDINATIE: ANJA PARTHOENS

EINDREDACTIE: JOHN VANACKER

FOTO'S: ARCHIEF OPZC REKEM

GRAFISCH ONTWERP EN DRUK: DRUKKERIJ LEËN, HASSELT

DRUK: DRUKKERIJ LEËN, HASSELT

VOOR BIJBESTELLINGEN: DIENST COMMUNICATIE – DAALBROEKSTRAAT 106 – 3621 REKEM

TEL: 089 84 70 11

ANJA.PARTHOENS@OPZCREKEM.BE

WWW.OPZCREKEM.BE

www.opzcrekem.be

