



Openbaar
Psychiatrisch
Zorgcentrum
Rekem

Activiteitenverslag 2005–2006

Een nieuwe kwaliteitsvolle psychiatrische zorgverlening
binnen een moderne architectuur



Voorwoord

Dit activiteitenverslag 2005–2006 geeft duidelijk de centrale thema's van de afgelopen periode weer. Enerzijds de voorbereiding en implementatie van de reorganisatie van de zorg en anderzijds de ingebruikname van de eerste bedden in de nieuwbouw.

De nieuwbouw liep vertraging op in de uitvoering, maar begin 2006 werden de verblijven van de volwassenenzorg in gebruik genomen. Minister Vervotte opende de gebouwen officieel op 25 maart 2006. Dit was voor ons allen een bijzondere bekroning van jarenlang voorbereidend werk. De nieuwbouw moet ook de nieuwe werking ondersteunen en na de eerste ervaringen blijkt de bouw dit ook te doen. Na de nodige kinderziektes is er nu toch een zeer grote tevredenheid over de realisatie, zowel bij de patiënten die er verblijven, als bij het personeel dat er werkt.



In dit activiteitenverslag gaan we uitgebreid in op de onderliggende visie, die sturend was bij het ontwerp en de uitvoering. Wij laten de architecten uitvoerig aan het woord om hun benadering en aanpak toe te lichten. Zij tonen onder andere heel duidelijk aan hoe zij getracht hebben de bouw mee een rol te laten spelen in het therapeutisch gebeuren; een van onze grootste bekommernissen.

Ons Masterplan is echter nog verre van gerealiseerd. Wij zijn nog niet halverwege. Veel blijft er nog te doen. Momenteel wordt een geactualiseerd Masterplan uitgewerkt. Hopelijk verloopt de realisatie van dit tweede luik vlot en kan het binnen een zevental jaren afgesloten worden. Waar wij in het verleden konden terugvallen op de Vlaamse Gemeenschap, ligt nu de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur volledig bij de instelling. Hierop zullen wij ons nog moeten organiseren.

Een en ander is het gevolg van de reorganisatie van de Vlaamse administratie. Ook OPZC is hierin vervat en werd vanaf 1 januari 2007 een extern verzelfstandigd agentschap. De minister benoemde een nieuwe raad van bestuur en nieuwe commissarissen. In de toekomst zullen wij werken onder een 'beheersovereenkomst', af te sluiten tussen de minister en de raad van bestuur. Op deze wijze tracht de overheid een grotere congruentie te bereiken tussen het (regerings-)beleid en de uitvoering van dit beleid op het terrein. Dit beleid kan jaarlijks bijgestuurd worden door de minister via de ondernemingsplannen.

Deze werkwijze is nieuw en betekent een grote uitdaging. De achterliggende intentie blijft echter zuiver gericht op de kwaliteit van de zorgen en de belangen van de patiënt. Ook het personeelsbeleid is hierop afgestemd en is gericht op dienstbaarheid aan de burger, in ons geval de patiënt.

Dit beleid wordt weerspiegeld in ons oprichtingsdecreet en in de nieuwe missie van OPZC Rekem. De vertaling hiervan gebeurt via reorganisatie en de realisatie van de 'kanteling': het tweede centrale thema van dit activiteitenverslag. Haast in alle teksten komt deze thematiek terug en dit toont de gedragenheid aan die er hierrond heerst. De invoering was echter geen sinecure. Een grote organisatie verandert niet zo makkelijk en verandering roept steeds weerstand op. Niettemin is dit proces goed gevorderd en zijn alle geledingen van de instelling intens betrokken in de uitvoering.

Deze 'kanteling' speelt zich af op twee niveaus: het niveau van de patiënt en het niveau van de organisatie zelf.

Het niveau van de patiënt: wij kozen voor een radicale omslag naar vraaggestuurd werken.

De concrete uitwerking hiervan is uitgebreid beschreven in het hoofdstuk processen.

Het niveau van de organisatie: hier kozen wij voor de invoering van zelfsturende teams.

Dit proces is in volle uitvoering en wordt ook toegelicht.

Wij hopen zo klaar te zijn voor de toekomst en optimaal aan de noden van de patiënt te beantwoorden.

Ik wil hier een zin uit de teksten parafraseren: 'Met nieuwe stenen bouwen aan nieuwe psychiatrische zorgverlening'.

Wij hopen dat wij hierin lukken.

Hans Schröter

Voorzitter van de raad van bestuur

dr. René Kusters

Administrateur-generaal



Inhoud

De inhoud van dit activiteitenverslag is gestructureerd volgens KWADRANT, een managementmodel voor zorginstellingen. Als lezer zal u merken dat de managementgebieden in een andere volgorde besproken worden dan het schema van Kwadrant laat zien. Dit is een bewuste keuze van OPZC Rekem en vindt zijn oorsprong in de kanteling van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd werken. Bij de reorganisatie is uitgegaan van de kernprocessen nodig voor de zorgverlening, daarop is het medewerkersmanagement en het middelenmanagement volledig afgestemd. In dit verslag is dezelfde logica aangehouden, daarom krijgt u eerst de beschrijving van het procesmanagement gevolgd door medewerkers- en middelenmanagement.

Voorwoord	1
Inhoud	3
Leiderschap	5
• Missie OPZC Rekem	5
• Samenstelling raad van bestuur tot 31 december 2006	6
• Nieuwe raad van bestuur vanaf 1 januari 2007	6
• Directie	7
• Staf	7
• Medische dienst	7
Beleid en strategie	8
• Kwaliteitsbeleid is organisatiebeleid	8
Procesmanagement	10
• Zorgprogramma's EN ZORGLIJNEN	10
— Zorgprogramma: Volwassenenzorg	10
Zorglijn: Neurosezorg	10
Zorglijn: Psychosezorg	12
Opname	12
Resocialisatie	13
Rehabilitatie	14
Zorglijn: Verslaafdenzorg dubbeldiagnose	15
— Zorgprogramma : Ouderenzorg	16
— Zorgprogramma: Forensische zorg	17
— Het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)	19
• Therapeutische diensten algemeen	19
— Therapie	19
— Psychologische dienst	20
— Sociale dienst	21
— Ergotherapie	21
— Wegwijzer wonen	22
— Muziektherapie	22
— Kunstzinnige therapie	24
— Psychomotorische therapie en kinesitherapie (PMT)	24
— Manegeproject	25
— Ontspanning en vrije tijd	27
Medewerkersmanagement	28
• Personeelsbeleid	28
Middelenmanagement	32
• Concept en visie van de architecten	32
• Masterplan	36

Waardering door klanten	41
● Primaire klanten: de patiënten	41
— Consulenten	41
— Pastorale dienst	41
— Transculturele psychiatrie	41
— Klachtenbemiddeling	42
— Patiëntenparticipatie	43
● Secundaire klanten:	
doorverwijzers en partners uit de zorgcircuits	43
— Psychiatrische thuiszorg MOSAïek	43
— Samenwerkingsverbanden	44
Waardering door medewerkers	46
— Kinderopvang	46
— Opvangteam na kritische incidenten	47
— Tabakspreventie	48
— Interne dienst preventie en bescherming (IDPB)	49
Waardering door maatschappij	50
— Vrijwilligerswerking Vriendendienst Rekem	50
— Samenwerking met scholen	51
Professionele stages	51
Inleefdagen	51
— Externe bezoeken, officiële opening nieuwbouw en bezoekerscentrum	52
— Nieuwe huisstijl	52
Eindresultaten	53
● Minimale psychiatrische gegevens (MPG):	
enkele cijfergegevens van 2005–2006	53
— Opnames of instroom	53
— Aanwezige patiënten	54
— Ontslagen patiënten	55

Leiderschap

In het kader van het project 'Beter Bestuurlijk Beleid' (BBB) van de Vlaamse Gemeenschap werd op 1 januari 2007 het OPZ omgevormd tot een Extern Verzelfstandigd Agentschap met rechtspersoonlijkheid (EVA) en het kreeg een nieuwe naam: 'Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem' (OPZC Rekem). In het oprichtingsdecreet werd ook de missie van het nieuwe OPZC Rekem vastgelegd.

Deze missie was ons bekend sinds april 2004 en heeft mede als leidraad gediend voor de organisatieontwikkelingen van de laatste jaren.

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 te allen tijde specifieke taken aan het agentschap toewijzen.

Samenstelling raad van bestuur tot 31 december 2006

Onder leiding van deze raad van bestuur is het OPZ Rekem getransformeerd naar het Extern Verzelfstandigd Agentschap: 'Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum', kortweg EVA OPZC Rekem.

VOORZITTER

dhr. Hans Schröter

ONDERVOORZITTER

mevr. Ingrid Houbrechts

LEDEN

dhr. André Bervaes

dr. Marie-Paule Clerinx

mevr. Jeannine Kellens

dhr. Mathieu Knoors

mevr. Bie Nielandt

dhr. Walter Niewold

dhr. Sylvain Palmans

dr. Marc Servaes

dhr. Bart Van Coillie

REGERINGSCOMMISSARIS

dr. Piet Van Berkel

GEMACHTIGDE VAN FINANCIËN

dhr. Albert Vanhoof



Nieuwe raad van bestuur vanaf 1 januari 2007

Op 1 januari 2007, bij het ingaan van de nieuwe rechtsvorm EVA OPZC Rekem, heeft de voogdijminister een nieuwe raad van bestuur benoemd, met volgende samenstelling:

VOORZITTER

dhr. Hans Schröter

ONDERVOORZITTER

mevr. Riet Van Cleuvenbergen

LEDEN

mevr. Ann Beckers

mevr. Heidi Christiaens

dhr. Guido Deblaere

dr. Mieke Dezeure

mevr. Ingrid Houbrechts

dhr. Guy Lorent

mevr. Bie Nielandt

dhr. Bart Van Coillie

dr. Piet Van Berkel

dhr. Jan Vanempten

REGERINGSCOMMISSARIS

dr. Marc Servaes

REGERINGSCOMMISSARIS

dhr. Erwin Vermeulen



Directie

	2005			2006		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Directie	5	0	5	5	0	5
• Administrateur-generaal dr. René Kusters	1	0	1	1	0	1
• Directeur administratie dhr. Ivan Verborgh	1	0	1	1	0	1
• Directeur patiëntenzorg dhr. Luc Eyckmans	1	0	1	1	0	1
• Hoofdgeneesheer dr. Guido Walpot	1	0	1	1	0	1
• Directeur psychiatrisch verzorgingstehuis dhr. Van Danny Damme	1	0	1	1	0	1

Staf

	2005			2006		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Staf	4	12	16	4	12	16
• Communicatie	0	2	2	0	2	2
• Emancipatieambtenaar + kwaliteitscoördinator	0	1	1	0	1	1
• Geestelijk raadsman	1	0	1	1	0	1
• Personeelsbeheer	0	9	9	0	9	9
• Jurist	1	0	1	1	0	1
• Preventieadviseur	1	0	1	1	0	1
• Wetenschappelijk medewerker	1	0	1	1	0	1

Medische dienst

	2005			2006		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Medische dienst	8	6	14	6	6	12
• Internist	1	0	1	1	0	1
• Psychiaters	6	2	8	4	3	7
• Tandarts-omnipracticus	1	0	1	1	0	1
• Apotheker	0	3	3	0	2	2
• Laborant	0	1	1	0	1	1

Medici op 31/12/2006

dr. Martine Burin	PSYCHIATER
dr. Fanny Eeckhout	PSYCHIATER
dr. Jos Franck	INTERNIST
dr. Peter Joostens	PSYCHIATER-PSYCHOTHERAPEUT
dr. Frank Meuleman	PSYCHIATER-PSYCHOTHERAPEUT
dr. Rejan Minnekeer	PSYCHIATER-PSYCHOTHERAPEUT
dr. Rikka Van de Velde	PSYCHIATER
dr. Marc Van Herle	TANDARTS-OMNIPRACTICUS
dr. Hendrik Verslegers	PSYCHIATER-PSYCHOTHERAPEUT

Beleid en strategie

Kwaliteitsbeleid is organisatiebeleid

De nieuwe zorgorganisatie van OPZC Rekem, bestaande uit zorgprogramma's voor 3 doelgroepen en uitgewerkt volgens het zorglijnconcept, is gebaseerd op de evolutie van de psychiatrie in Vlaanderen en op beleidskeuzes gemaakt door de raad van bestuur en de directie.

Het management heeft bij het tot stand komen van de beleidskeuzes mede rekening gehouden met de zelfevaluaties van de zorgeenheden. Hiervoor werd het KWADRANT-zelfevaluatie instrument gebruikt. De missie en taken, zoals ze vermeld staan in het oprichtingsdecreet van het EVA OPZC Rekem, diende eveneens als leidraad.

Daarnaast waren de wet op de patiëntenrechten en het nieuwe kwaliteitsdecreet, waarvan in februari 2006 de uitvoeringsbesluiten voor de psychiatrische ziekenhuizen werden gepubliceerd, sturend bij de nieuwe zorgorganisatie.

De essentie van beiden, zowel de wet op de patiëntenrechten, als het nieuwe kwaliteitsdecreet, is dat de patiënt, de hulpvrager, een stem krijgt in zijn behandelingstraject. Zijn hulpvraag wordt het uitgangspunt voor de zorgverstrekkende organisaties. Om dit mogelijk te maken worden aan de patiënt een aantal rechten gegeven, met op de eerste plaats 'recht op kwalitatieve dienstverlening' met daarbij recht op informatie – toestemming – klachtenbehandeling en inzage in zijn dossier.

Om deze nieuwe benadering, die bestaat uit een kanteling van aanbod naar vraaggestuurd werken, te realiseren heeft OPZC Rekem een ingrijpende herstructurering ingezet. Deze reorganisatie vindt plaats op het vlak van de klinische werking en is zuiver patiëntgericht. In het verlengde hiervan wordt ook een organisatorische kanteling doorgevoerd en kiezen wij voor een organisatie met zelfsturende teams.

OPZC Rekem richt zich met zorgprogramma's tot 3 doelgroepen: volwassenen, ouderen en forensische patiënten. Voor de zorgprogramma's zijn zorglijnen ontwikkeld op basis van de ziektebeelden. Deze zorglijnen volgen het pad dat de patiënt tijdens zijn opname doorloopt en zijn opgedeeld in behandelmodules. Elke zorglijn vertrekt steeds vanuit een module diagnose en indicatiestelling en gaat vervolgens over in behandelmodule(s) en resulteert tenslotte in de ontslagmodule.

Dit traject is reeds volledig uitgewerkt voor de volwassenenzorg die uit drie zorglijnen bestaat.

De nieuwbouw, waarin de volwassenenzorg gevestigd is, faciliteert deze manier van werken. Door het loskoppelen van het slaappedeelte en het doorbreken van het vroegere afdelingsconcept, kunnen de patiënten, onafhankelijk van het bed (de kamer) waarin ze verblijven, steeds de behandelmodule volgen die aansluit bij hun hulpvraag.

Om de kwaliteit van zorg te garanderen zijn de behandelmodules voor 60% opgebouwd met evidence based therapieën en behandelingen. Dit zijn behandelingen waarvan men uit ervaring geleerd heeft dat ze heilzaam zijn bij het betreffende ziektebeeld. De overige 40% van de therapietijd wordt, in overleg met de patiënt, samengesteld met value based therapieën. De hulpvraag van de patiënt is van bij het begin van de opname sturend en wordt continu geëvalueerd in functie van de vooropgestelde ontslagdatum.

Voor de doelgroepen ouderen en forensische patiënten zijn de zorglijnen uitgetekend en is men bezig met het uitwerken van de behandelmodules.

Het tweede luik van de herstructurering bestaat uit de kanteling op organisatieniveau.

Wij stappen af van een hiërarchisch model en installeren zelfsturende teams. Een innovatieve benadering in de gezondheidszorg in Vlaanderen.

Deze kanteling is geïnspireerd op het werken met patiënten in de psychiatrie. Het doel van de behandeling is immers de patiënten het stuur opnieuw in handen te geven om hun eigen leven op een, voor hen kwalitatieve manier, inhoud te geven en verantwoordelijkheden (terug) op te nemen.

Waarom dan niet het personeel, dat instaat voor de kerntaken en grotendeels bestaat uit hoog opgeleide artsen, therapeuten en verpleegkundigen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden geven, waardoor zij hun eigen zorglijn managen?

OPZC Rekem koos voor zelfsturende teams op niveau van de zorglijnen met een gezamenlijke bevoegdheid en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het afleveren van een kwaliteitsvol product, met name tevreden patiënten van wie de hulpvraag beantwoord is!

De zelfsturende teams leggen resultaatsverantwoording af via de maandelijkse Balanced Score Card (BSC) op gebied van: processen, klanten, financiën, innovatie en groei (personeel).

Alle leden van de zelfsturende teams nemen de verantwoordelijkheid op voor één van deze 4 domeinen.

Een aantal indicatoren die in het nieuwe kwaliteitsdecreet aanbevolen worden, zijn opgenomen in de BSC's.

De maandelijkse communicatie met het management wordt gevoerd aan de hand van de resultaten van de BSC, door de teamleden bevoegd voor de 4 domeinen.

Organisatiebreed zijn er 4 kwaliteitskringen; telkens een kwaliteitskring per domein van de BSC, namelijk: processen – klanten – financiën en middelen – innovatie en groei, waaraan de teamleden van de zorglijnen deelnemen. De kwaliteitskringen worden aangestuurd en ondersteund door stafleden, directie of deskundige medewerkers. In deze kwaliteitskringen wordt beleidsinfo gegeven betreffende de 4 domeinen, info verzameld, organisatiebrede kwaliteitsprojecten ontwikkeld,... De verantwoordelijke teamleden dienen deze informatie te delen met hun respectievelijke teams.

De BSC als managementinstrument dient meerdere doelen op verschillende niveaus binnen de organisatie:

- afleggen van resultaatsverantwoording door de zelfsturende teams;
- genereren van managementinformatie organisatiebreed; een aantal KPI's (Key Performance Indicators) zijn universeel en kunnen geaggregeerd worden op organisatieniveau;
- voortdurend de balans bewaken tussen de output en de ingezette middelen en mensen;
- basis voor communicatie tussen de zelfsturende teams en het management;
- sturingsinstrument voor de teams op basis van resultaten;
- de 4 domeinen zijn de structuur voor de kwaliteitskringen = mainstraeming kwaliteit.

Met deze reorganisatie zorgt het OPZC Rekem voor permanente optimalisering en vernieuwing van zijn dienstverlening op basis van actuele ontwikkelingen inzake kennis en expertise. Wij maken hierbij creatief gebruik van kwaliteitssystemen die hun deugdelijkheid bewezen hebben in andere sectoren, zoals bijvoorbeeld de BSC.



Procesmanagement

Zorgprogramma's en zorglijnen

OPZC Rekem bestaat uit een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis. Bij het ziekenhuis vonden verschillende verhuisbewegingen plaats. Een aantal zorgeenheden van de volwassenenzorg verhuisden in 2006 naar de nieuwe verblijven. De forensische zorg eenheid nam een stuk van een vrijgekomen infrastructuur in. Alle zorgeenheden waren betrokken bij de voorbereiding door middel van werkvergaderingen, plannings,...

Een gedeelte van het psychiatrisch verzorgingstehuis verhuisde in april 2007 naar het centrum van Lanaken. Hiervoor zijn allerlei voorbereidingen getroffen zoals: de buurt inlichten over de bewoners, deelnemen aan de braderie in Lanaken, de bewoners bekend maken aan de buurt en aan het nieuwe gebouw,...

Een gedeelte van de bewoners van het psychiatrisch verzorgingstehuis blijft op de campus in Rekem en neemt zijn intrek in de bestaande gebouwen op de campus van Rekem.

Het ziekenhuis is samengesteld uit 3 zorgprogramma's: volwassenenzorg, ouderenzorg en forensische zorg.

ZORGPROGRAMMA: VOLWASSENENZORG

Zorglijn: Neurosezorg

Opname en dagbehandeling

Het voorbije jaar onderging de neuroselijn een grondige verandering doordat op 10 januari 2006 de vroegere opname-eenheid Pinel en de dagbehandeling samensmolten tot één geheel. Dit veranderde de samenwerking grondig, die in april 2006 van start ging.

De neuroselijn biedt een behandeling aan voor volgende problematieken: depressie, angst, alcohol en medicatie-verslaving en persoonlijkheidsstoornissen.

De eigenlijke behandeling van deze psychiatrische problemen gebeurt in modules die toegankelijk zijn, zowel voor mensen die een residentiële behandeling nodig hebben, als voor mensen die opteren voor een dagbehandeling.

Dit brengt wel met zich mee dat er in onze werking een opsplitsing wordt gemaakt tussen het leefgroepgebeuren enerzijds en de eigenlijke behandeling van de psychiatrische problematiek anderzijds. Er wordt gewerkt met 5 modules.

De neurosezorg richt zich tot mensen die op één of andere manier in de knoop liggen met zichzelf en/of hun omgeving. Na de fase van observatie en probleeminventarisatie, die maximum 4 weken duurt, stellen wij een therapieprogramma voor, waardoor deelname aan één van de behandelmodules mogelijk wordt. Indien geoordeeld wordt dat er binnen dit zorgcentrum geen geschikt hulpaanbod is, gebeurt een gerichte doorverwijzing.

Therapie is deels gemeenschappelijk en deels individueel georiënteerd. Het behandelplan wordt opgesteld door het team samen met de patiënt, op basis van zijn hulpvraag en mogelijkheden.

De doelstellingen zijn crisisopvang (indien nodig), vermindering van klachten, vermijden van herval, versterking van de gezonde kanten van de persoonlijkheid, ontwikkelen van vaardigheden en interesses.

Naast het groepsprogramma is individuele behandeling mogelijk, bijvoorbeeld medicatie en/of individuele sessies bij één van de therapeuten.

Na de observatieperiode kan de patiënt overgaan naar één van de volgende behandelgroepen:

1. module depressie: voor mensen met depressieve klachten van welke aard ook;
2. module persoonlijkheidsproblematiek: voor mensen met angst en/of dwangstoornissen, alsook een lichte vorm van persoonlijkheidsproblemen;
3. module Linehan: voor mensen met een persoonlijkheidsproblematiek die een vaardigheidstraining nodig hebben;
4. module afhankelijkheid: voor mensen met een alcohol en/of medicatieafhankelijkheid;
5. module groei en ondersteuning: met enerzijds een groep waar de klemtoon ligt op het verbeteren van het functioneren en anderzijds een groep waar de nadruk meer ligt op ondersteuning en het in stand houden van de aanwezige vaardigheden.

OPNAME-EN ONTSLAGBELEID 2006

Uit onze gegevens van 2006 blijkt dat er 207 opnames waren, waarvan 48 heropnames bestaande uit 106 vrouwen en 101 mannen.

Dit is 51% vrouwen en 49% mannen met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar.

De jongste patiënt was 17 jaar en de oudste 74 jaar.

De gemiddelde opnameduur was 32 dagen.

	AANTAL OPNAMES	HER- OPNAMES	GEMIDDELTE LEEFTIJD	JONGSTE	OUDESTE	AANTAL MANNEN	AANTAL VROUWEN
1997	20	0	39,05	19	57	10	10
1998	85	22	41,88	17	77	34	51
1999	86	14	38,52	17	61	44	42
2000	111	28	39,74	13	79	53	58
2001	92	21	39,15	18	65	40	52
2002	144	33	39,76	16	71	65	79
2003	97	13	37,52	16	68	49	48
2004	109	20	41,96	13	68	46	63
2005	110	20	41,57	17	81	44	66
2006	207	48	41,35	17	74	101	106

GEMIDDELD VERBLIJF (DAGEN)	
1997	113,2
1998	54,84
1999	47,00
2000	41,20
2001	54,15
2002	48,69
2003	44,22
2004	41,90
2005	42,77
2006	31,85

DOELSTELLINGEN VOOR 2007

Deze omvatten:

- het verder uitwerken en op punt stellen van de verschillende modules met bijzondere aandacht voor de observatiemodule;
- de onderlinge communicatie verbeteren binnen de horizontale werking van de neuroselijn;
- de gemiddelde verblijfsduur per module verkorten en de opnames verhogen, evenals de informatie hieromtrent per module meer differentiëren;
- binnen de werking van de neurosezorg met patiëntgerichte doelstellingen werken.



Zorglijn: Psychosezorg

Opname

Het werkjaar 2005 kenmerkte zich als voorbereidingsjaar. Een voorbereidingsjaar om in een volledig nieuwe infrastructuur in te trekken en een voorbereidingsjaar op gebied van nieuwe werkhoudingen in een nieuwe werkorganisatie.

Op gebied van de nieuwe infrastructuur werden heel wat voorbereidingen getroffen voor de verhuis naar de nieuwbouw. Vanuit het werkveld werd eerst onderling overleg gepleegd hoe de gesloten opname-eenheid zo veilig mogelijk kon worden uitgerust. Na dit overleg werden de voorstellen, suggesties en bemerkingen aan de architecten en de directie voorgelegd. Een aantal suggesties werden weerhouden. Ook voor de interieurkeuzes (stoelen, tafels, zeteltjes...) werden adviezen gegeven aan de interieurarchitect.

Ook hoe iedereen in de gebouwen in de nieuwe infrastructuur wilden werken. Een aantal veiligheidsaspecten trokken speciale aandacht en werden bijgevolg met de architect en directie besproken. De aandacht ging in het bijzonder uit naar een veilige en professionele inrichting van de aparte crisisunit met daarin 6 afzonderingskamers.

Met het oog op een betere en nog meer patiëntgerichte crisisinterventie, ging een werkgroep aan de slag met een nieuw protocol voor diverse crisisinterventiesituaties.

Dit nieuw protocol kwam tot stand door literatuurstudie gevolgd door regelmatig overleg en discussie over verschillende zorgen (psychosezorg opname, ouderenzorg en de forensische zorgen) met behulp van een aantal leidinggevenden, verpleegkundigen en een referentieverpleegkundige.

In het tweede deel ging de meeste aandacht naar de naderende reorganisatie. Er werd nagedacht over de concrete plaats van psychosezorg opname binnen de psychosezorglijn. De detox-, motivatie-, observatiemodule en structurerende module kwamen tot stand. Het modulaire werken zorgt ervoor dat er in de toekomst op een doelgerichte manier in kleinere groepen gewerkt wordt.

Als laatste werkpunt was er de mentale voorbereiding naar een nieuw conceptueel denken, namelijk kwaliteitsvolle patiëntenzorg realiseren vanuit een gekantelde organisatie met zelfsturende teams. De kwaliteitscoördinator maakte ons de BSC-begrippen duidelijk en wij brainstormden om het BSC-principe concreet in kaart te brengen op de werkvloer. Als aanzet vulden alle personeelsleden de competentieprofielen in om te komen tot een herverdeling van de verantwoordelijkheden van alle teamleden.

In januari 2006 werd effectief verhuisd naar de nieuwbouw. De zorgen evolueerde van 18 naar 20 A bedden met een aparte crisisunit, met vier afzonderingskamers en twee opnamekamers met toegang via een aparte ambulancehal. Het was even wennen aan de nieuwe infrastructuur van de zorgen, maar uiteindelijk werden de voordelen duidelijker.

Voordelen nieuwbouw:

- aparte éénpersoonskamers met comfortabele uitrusting;
- meer aandacht voor privacy van de patiënt;
- beter uitgeruste therapieruimtes;
- afgesloten binnentuin;
- een verpleegpost met meer observatiemogelijkheden temidden van de patiënten;
- inkom, ontvangst en bureleninfrastructuur.

Nadelen nieuwbouw:

- oplopende temperaturen;
- verspreidheid van de lokalen maakt toezicht moeilijker.

De verschillende modules werden snel geïmplementeerd op de zorgen:

Observatiemodules:

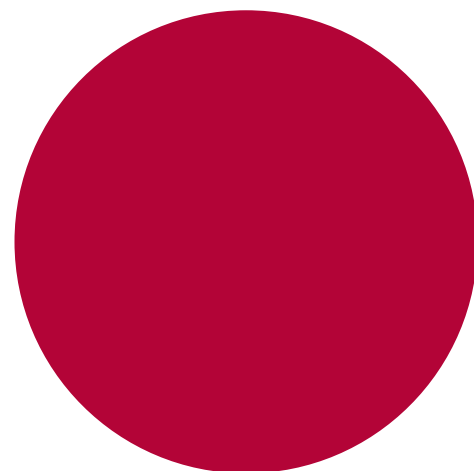
- crisismodule;
- detoxmodule;
- observatiemodule;
- observatiemodule neurose;
- observatiemodule/motivatie.

Behandelmodules:

- structurerende module;
- neurosemodule.

De implementatie van deze modules verliep zeer vlot. Er wordt meer doelgericht gewerkt, in kleinere groepjes, gericht op de pathologie van de patiënt en zijn hulpvraag.

Multidisciplinaire patiëntenbesprekingen verlopen beter georganiseerd. Drie weken na opname vindt een eerste patiëntenbespreking plaats waarin probleeminventarisatie, observatie en diagnosestelling centraal staan. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de gegevensverzameling volgens Gordon als aanleiding naar een multidisciplinaire probleem-analytische uiteenzetting volgens PESDIE. Nadien zijn er voor alle patiënten systematisch besprekingen.



Er is aandacht besteed aan het afstemmen van de verschillende zorgeenheden (opname en resocialisatie) binnen de zorglijn psychose. Dit resulteert in een vlottere doorstroom van patiënten en betere op elkaar afgestemde programma's. Er is ook een nauwere samenwerking tussen de verschillende teams in de voorbereidingsfase naar de volledige fusie tot één zorglijn. Momenteel worden er een aantal elektronische patiëntengegevens gedeeld zodat er geen informatie verloren gaat. In de loop van 2006 is er een belangrijke stijging geweest wat betreft de opnamecijfers en turnover.



Zorglijn: Psychosezorg *Resocialisatie*

In het eerste deel van 2005 ging de aandacht vooral uit naar het verder uitwerken van de behandelvisie en het behandelarsenaal van de twee leefgroepen op Artes, de oude benaming van psychosezorg resocialisatie, kaderend in een rehabilitatievisie.

Leefgroep 1 is gericht op mensen met een psychotische stoornis. Er wordt gewerkt met een ondersteuningsgerichte benadering. De patiënt wordt ondersteund om uiteindelijk zo optimaal mogelijk te functioneren binnen een zo normaal mogelijke maatschappelijke context. Om dit te verwezenlijken wordt de begeleiding afgestemd op maat van de patiënt. De patiënt wordt gestimuleerd om eigen keuzes te maken en te komen tot meer zelfbeschikking.

Leefgroep 2 is vooral bedoeld voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of aanverwante problematiek. De aanpak is ontwikkelingsgericht, inzichtgevend en zelfstandigheidsbevorderend van aard. Naast individuele begeleiding is er de groepswerking, waarbij men rekening houdt met de actuele mogelijkheden en beperkingen van het individu. De doelstelling die hier voorop staat, is de sociale zelfredzaamheid van de patiënt. Door hem te stimuleren bij het opnemen van eigen verantwoordelijkheden en het assertief innemen van zijn plaats in de groep wordt getracht dit te realiseren. Op deze manier wordt getracht hem te begeleiden bij het ontwikkelen van andere gedrag patronen. Het leren omgaan met (blijvende) beperkingen en onveranderlijke factoren en de hiermee gepaard gaande rouwverwerking, komen sterk naar voren. Vooral het groepsgebeuren komt uitgebreid aan bod en wordt gebruikt om de disfunctionele gedrag patronen te wijzigen. Zo wordt door gebruik te maken van alle beschikbare actoren op de zorgeenheid (leefgroep, begeleiding, patiënt zelf) gezocht naar (nieuwe) groei mogelijkheden.

In het tweede deel van 2005 werd deze werking verdergezet, maar ging een groot deel van de aandacht uit naar de naderende reorganisatie. Er werd nagedacht over de plaats die psychosezorg resocialisatie in de toekomst zou hebben binnen de psychosezorglijn en hoe dat er concreet uit zou zien. De psychotherapeutische module, de resocialisatiemodule en de resocialisatie Via-H module kwamen tot stand.

Via-H is een woonunit, onderdeel van de zorgeenheid psychosezorg resocialisatie, maar structureel gescheiden. Het biedt plaats aan vijf mensen, die tijdelijk samenwonen binnen het ziekenhuis. Men krijgt er de mogelijkheid om aangeleerde praktische en sociale vaardigheden van op de zorgeenheid verder intensief te trainen en te oefenen. Men leert om te gaan met toenemende vrijheid en verantwoordelijkheden. Doelstelling is om de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de bewoners te vergroten, zodat de overgang naar de maatschappij minder groot is.

In januari 2006 werd er effectief verhuisd naar de nieuwbouw.

De verschillende behandelmodules werden vlot geïmplementeerd op de zorgeenheid:

- psychotherapeutische module;
- resocialisatiemodule;
- resocialisatiemodule Via-H.

Deze modules maken het mogelijk meer gericht te werken, met kleinere patiëntengroepjes. Respectievelijk in een therapeutisch behandelprogramma psychosezorg, dan wel via het opbouwen van een resocialisatietraject. Patiënten zijn tevreden over deze modulaire werking en het aanbod in het centrale therapiegebouw.

In de loop van 2006 werd echter het project Via-H afgebouwd. Er worden nieuwe pistes overdacht en besprekingen met psychiatrische thuiszorg en Beschut Wonen 't Veer zijn lopende m.b.t. de ontwikkeling van een doorgangshuis.

Op vlak van opnamecijfers was in 2006 een belangrijke stijging te zien. Hierdoor was het noodzakelijk om een goede afstemming en overleg te organiseren met de opname-eenheid. Ook in functie van informatieoverdracht zijn er een aantal initiatieven genomen om dit georganiseerd en uniform te laten verlopen. In 2006 werd in het team gestart met regelmatige intervisies onder begeleiding van een stafid nursing. Deze intervisies worden als zinvol ervaren en bieden vaak nieuwe perspectieven in de mentorwerking t.a.v. de patiënt.

In cijfergegevens wordt de werking van psychosezorg resocialisatie als volgt uitgedrukt:

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2005

In het totaal gebeurden er 55 opnames, waarvan 22 via externe doorverwijzing of via rechtstreekse (her)opname en 33 via interne doorverwijzing (32 via psychosezorg opname en 1 via neurosezorg). Er waren 66 ontslagen, waarvan 29 via interne mutatie en 37 extern.

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2006

In het totaal gebeurden er 66 opnames, waarvan 19 via externe doorverwijzing of via rechtstreekse (her)opname en 47 via interne doorverwijzing (40 via Opname-eenheid, 2 vanuit dagbehandeling, 2 vanuit neurosezorg en 23 vanuit verslaafdenzorg). Er waren 63 ontslagen, waarvan 28 via interne mutatie en 35 extern.

Zorglijn: Psychosezorg

Rehabilitatie

Anno 2005 werd de infrastructuur op Habitas – de oude benaming van psychosezorg rehabilitatie – verder opgeknapt. Binnen de zorgeenheid van de longstay en de midstay werd de psychiatrische rehabilitatiemethodiek verder vertaald in het creëren van een thuisklimaat waarin de bewoner zich gewaardeerd voelt, waar tegemoet gekomen wordt aan zijn individuele zorgbehoeften en wensen. Dit resulteerde in individuele aankopen voor het interieur: decoratie en kleine meubels werden samen met de bewoners aangekocht en geïnstalleerd in hun eigen kamer.

Daarnaast ging er veel aandacht naar de verdere implementatie van het zorgplan volgens de 11 gezondheidspatronen van Gordon en opgemaakt volgens de PESDIE. De behandelplannen werden verder geïndividualiseerd, uitgaande van de hulpvraag en de mogelijkheden van de patiënt. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt in een triade en met een dialoog. Dit houdt in dat het zorgplan en de behandeling zoveel mogelijk besproken worden met alle betrokken partijen (hulpverlener, patiënt en familie of belangrijke derden).

Vervolgens werd het therapeutisch aanbod verder uitgewerkt. Op de eenheid werd het aanbod verder uitgebreid, zowel voor de groep als voor de individuele bewoner. Nadat in 2004 reeds een kleine aanzet werd gemaakt inzake het opzetten van een boerderijproject, heeft dit in 2005 een vervolg gekregen. Ook heeft de zorgeenheid getracht meer aandacht te schenken aan het bieden van een degelijke Realiteits- en OriëntatieTraining (ROT) en dit zowel op individueel vlak als naar de 24-uurs ROT.

Naar de invulling van de vrije tijd toe tracht de zorgeenheid zoveel mogelijk in te gaan op mogelijkheden geboden door het ziekenhuis. Daarbuiten worden op woensdagnamiddag en na het beëindigen van de therapieën allerlei activiteiten voorzien onder begeleiding van de verpleging. Er wordt steeds rekening gehouden met de mogelijkheden en wensen van de groep.

Stilaan bieden zich voor de bewoners van rehabilitatie ook meer vrijwilligers aan. De vrijwilligerswerking maakt dat het leven voor de bewoner weer een stuk draaglijker wordt, aangezien zij vaak een zeer geïsoleerd leven leiden.

Zeer vermeldenswaardig in de werking is het implementeren van het potomanieproject. Aangezien toch een redelijk hoog percentage van de bewoners aan waterzucht lijdt, is het van belang dit gegeven zo goed mogelijk onder controle te houden, daar dit anders ernstige gezondheidsproblemen kan veroorzaken. Het komt erop neer dat men door middel van zeer gerichte gewichtscontroles zicht heeft op de hoeveelheden water die worden ingenomen zodat de zorgeenheid dan de juiste maatregelen kan treffen.

Dynamisme en open communicatie waren en zijn de twee meest voornamelijkste werkpunten van het team. Op dit vlak is er zeker weer vooruitgang geboekt, maar het is eigen aan een team dat zij dit gegeven verder moeten blijven bewaken en trachten te optimaliseren. Door middel van maandelijks intervisies wordt hieraan gewerkt.

Ook op psychosezorg rehabilitatie werden er in 2006 twee modules geïmplementeerd:

- rehabilitatiemodule;
- PSG-module (Persistent Storend Gedrag).

Belangrijk uitgangspunt is om de individuele benadering t.a.v. de op rehabilitatie opgenomen patiënt te benadrukken. Er wordt veel aandacht besteed aan het verhogen van de kwaliteit van leven. De gehanteerde psychiatrische rehabilitatiemethodiek wordt telkens verder vertaald in het creëren van een thuisklimaat waarin de bewoner zich gewaardeerd voelt, waar tegemoet gekomen wordt aan zijn individuele zorgbehoeften en wensen. Het creëren van een normaliserende thuisomgeving, met het behoud van veel contactmomenten tussen begeleiding en patiënten, wordt nagestreefd.

Inzake therapeutisch handelen wordt veel aandacht besteed aan vrije tijd en ontspanning. Het aanbieden van een zinnige dagbesteding vormt vaak een waardevolle benadering die zich vaak ook weerspiegelt in het zelfbeeld van de patiënt. Er worden dan ook allerlei activiteiten georganiseerd onder begeleiding van het therapeutisch personeel, de activiteitenbegeleid(st)er of het verplegend personeel.

Er zijn ook een aantal patiënten ingeschakeld in het Proutyproject dat plaatsvindt in de manege. Daarnaast heeft ook het boerderijproject een plaats gekregen in het dagelijks leven op psychosezorg rehabilitatie. Dit project wordt zelf nog uitgebreid met een groententuin. Groenten, die zelf worden gekweekt, worden op hun beurt dan weer gebruikt voor de kooksessies op de zorgseenheid.

In 2006 werd ook gestart met een project familiewerking. Doelstelling is om de familieleden van patiënten meer te betrekken bij het behandelingsgebeuren. Het kan hierbij ook gaan om het herstellen van vroegere familiale contacten, familieleden uitnodigen voor een bezoek op de zorgseenheid, met de patiënt samen de vroegere thuisomgeving bezoeken in het kader van rehistorisering,...

Er werden brieven verstuurd naar familieleden om eventueel terug contact te nemen, of om hen uit te nodigen voor de familiefeesten die georganiseerd worden (o.a. kerstfeest en zomerbarbecue). Er wordt nu ook telkens geregistreerd wanneer een patiënt bezoek krijgt van een familielid. Verder wordt er nog nagedacht over het betrekken van familie en het organiseren van activiteiten voor familie.

Chronos is een euregionaal samenwerkingsproject gericht op de verbetering van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten in de Euregio met als doel, medewerkers op te leiden tot een nieuw beroep in de zorg, namelijk die van levensbegeleider. Vanuit Rehabilitatie startten twee medewerkers aan deze opleiding 'Levensbegeleider'. Wij hopen in 2007 de eerste afgestudeerde levensbegeleiders te mogen verwelkomen!

Zij verruimen de blik naar onze chronische bewoner en zodoende stelt het de zorgseenheid in staat deze te benaderen op de voor de hem/haar meest aangewezen manier.

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2005

In 2005 werden 6 patiënten opgenomen, waarvan 4 van psychosezorg resocialisatie en 2 van psychosezorg opname. Er werden 6 patiënten ontslagen, waarvan 3 naar het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), 1 naar de ouderenzorg, 1 naar een externe instantie en 1 naar huis. In 2005 is 1 bewoner overleden.

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2006

In 2006 werden 4 patiënten opgenomen, waarvan 1 van psychosezorg resocialisatie, 1 van psychosezorg opname en 2 van PVT Ter Bosch. Er werden 4 patiënten ontslagen, waarvan 3 naar het psychiatrisch verzorgingstehuis en 1 naar een externe instantie. In 2006 is 1 bewoner overleden.

Zorglijjn: Verslaafdenzorg dubbeldiagnose

De doelgroep van Verslaafdenzorg zijn patiënten met dubbeldiagnose: middelenaafhankelijke personen met een geassocieerde psychiatrische problematiek, met het accent op persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk cluster B). De zorgseenheid beschikt over 25 bedden verdeeld in Onthaal en PTG (Psychiatrisch Therapeutische Gemeenschap). Extramuraal is Verslaafdenzorg dubbeldiagnose partner in het LIZOM, het Limburgs Zorgcircuit Middelen en het BTFC (Belgische Vereniging van Therapeutische Gemeenschappen).

Het onthaal

In deze open unit worden patiënten met een dubbeldiagnoseproblematiek opgenomen. Zowel het afhankelijkheidsprobleem als de psychiatrische hulpvraag krijgen de nodige aandacht.

Bij opname wordt er gedurende de eerste zes weken een detoxificatie, en vervolgens een psychiatrische en psychodiagnostische op puntstelling doorgevoerd. Patiënten die een kort residentieel zorgtraject vragen, worden doorverwezen naar het behandelprogramma binnen deze unit. Patiënten die voldoende gestabiliseerd zijn en een langdurig volprogramma wensen, worden georiënteerd naar de PTG of naar algemene psychiatrie, beschut wonen, ambulante zorg in de CAD, CGG,...

PTG (Psychiatrisch Therapeutische Gemeenschap)

De werking binnen deze unit is gedeeltelijk gebaseerd op het principe van de zelfhulp binnen het hiërarchisch gestructureerd model van de leefgemeenschap, aangepast aan patiënten met een dubbeldiagnose. Dit model staat eerder voor een ondersteunende dan voor een confronterende aanpak, waarbij parallel aan het groepsgebeuren aandacht is voor het individuele proces door middel van psychiatrische opvolging en psychotherapie.

Time-out-mogelijkheden of crisisopvangstrategieën bij (dreigende) decompensatie (psychotische opstoot, suïcidaliteit, agressieve acting-out) zijn voorzien binnen de zorgseenheid. Bij ernstige decompensatie is er een samenwerking met de crisiseenheid van OPZC Rekem.

Het programma van de PTG duurt negen maanden en is opgebouwd uit drie opeenvolgende fasen met aangepaste doelstellingen. De fasen zijn initieel gericht op stabilisatie, een haalbare verandering, waarna de resocialisatie wordt voorbereid.

Elke fase is een module met specifieke doelstellingen. De overgang naar een module wordt beschouwd als een beslissingsmoment waarbij de patiënt telkens de keuze maakt om het programma te continueren en waarbij de staf samen met de patiënt evalueert of de vooropgestelde doelstellingen gerealiseerd zijn.

Na het afronden van het PTG-programma wordt een verwijzing naar een project voor beschut wonen aanbevolen.

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2005

In 2005 waren er 90 opnames. 41 patiënten kwamen op eigen initiatief, 5 personen via de gevangenis, 16 via interne verwijzing van een andere zorgseenheid, 14 van een ander ziekenhuis en 14 vanuit Hotel MIN/Katarsis/opvangcentra/OCMW/CAD/CGG/MSOC/de Sleutel/de Schuilplaats.

In 2005 waren er 101 ontslagen, waarvan 4 zonder advies, 52 tegen advies, 22 met advies (waarvan 6 naar 't Veer/de Schuilplaats/Katarsis). In totaal keerde geen enkele persoon terug naar de gevangenis, 9 muteerden intern naar een andere zorgseenheid. Er waren 6 ontvluchtingen, 8 patiënten gingen tijdens hun opname naar een ander ziekenhuis voor opname.

In 2005 waren er 39 personen die één of meerdere malen heropgenomen werden.

OPNAME- EN ONTSLAGBELEID 2006

In 2006 waren er 98 opnames. 30 patiënten kwamen op eigen initiatief, 8 personen via de gevangenis, 14 via interne verwijzing van een andere zorgseenheid, 17 van een ander ziekenhuis en 21 vanuit Hotel MIN/Katarsis/opvangcentra/OCMW/CAD/CGG/MSOC/De Sleutel/De Biehal/De Spiegel/Den Brand/ Het Kompas/De Maretak.

In 2006 waren er 101 ontslagen, waarvan 46 tegen advies, 27 met advies. In totaal keerde geen enkele persoon terug naar de gevangenis, 19 muteerden intern naar een andere zorgseenheid. Er waren 2 ontvluchtingen, 7 patiënten gingen tijdens hun opname naar een ander ziekenhuis voor opname.

In 2006 waren er 39 personen die één of meerdere malen heropgenomen werden.

DOELSTELLINGEN 2007

- continueren verbeterproject 'overdracht – tegenoverdracht';
- basisvisie implementeren en kwaliteitseisen verder uitwerken;
- gerichte individuele vorming voor teamleden.



ZORGPROGRAMMA: OUDERENZORG

De ouderenzorg biedt aangepaste zorg en behandeling aan voor twee doelgroepen, namelijk oudere patiënten met een algemene psychiatrische stoornis en oudere patiënten met psycho-organische stoornissen. Zowel ouderen die voor de eerste maal in hun leven een psychiatrisch probleem ontwikkelen, als ouderen met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis komen in aanmerking voor een opname binnen de ouderenzorg. De behandeling kan residentieel of ambulantly georganiseerd worden.

Omdat het gaat over twee aparte doelgroepen die een aangepaste benadering vragen, zijn er twee zorglijnen, namelijk een zorglijn voor functionele stoornissen en een zorglijn voor organische stoornissen. Binnen elk van deze zorglijnen is er een diagnostisch pad en een behandelingspad.

Ouderenzorg 1: opname- en behandeling van ouderen met functionele stoornissen.

Ouderenzorg 2 & 3: opname- en behandeling van ouderen met matig tot ernstige dementie met gedragsstoornissen en/of chronische ziektebeelden.

VERWEZENLIJKINGEN 2005

De raadpleging 'ouderenzorg' werd opgestart. Bedoeling is ouderen op korte tijd ambulant te evalueren, met als doel een diagnostisch traject uit te werken waarop dan aansluitend een aangepast behandelplan uitgewerkt kan worden. Na een eerste ambulante screening worden de diagnostische opportuniteiten binnen het volledige zorgcircuit (dagbesteding geriatrie en multidisciplinaire geheugenraadpleging) pathologie specifiek aangewend om tot snelle en adequate diagnostiek te komen. In functie van de diagnosestelling worden dan de verdere therapeutische opties geëxploreerd.

De ondersteuning aan rusthuizen door psycholoog en ouderenpsychiater werd verder gezet, enerzijds om de teamleden binnen de rusthuissetting te ondersteunen, door dynamische processen te kaderen en het bewonersgeoriënteerde beleid te optimaliseren.

Anderzijds wordt getracht om via individuele patiëntencontacten en aangepaste diagnostiek de zorg inhoudelijk te verdiepen en meer af te stemmen op de mogelijkheden van de bewoner.

Er werd een traject 'methodisch handelen' opgestart in het kader van patiënttoewijzing voor verpleegkundigen en verzorgenden van ouderenzorg 1. Door het geven van supervisies werd tegemoetgekomen aan de nood om op een gestructureerde manier tewerk te gaan rond het verpleegproces. Het doel hiervan was om geïntegreerde leermomenten te voorzien, aansluitend op het competentieniveau, met als resultaat een voorbereiding op de patiëntenbespreking.

In 2006 werd verder gewerkt aan het individualiseren van het therapeutisch aanbod en het introduceren van gerichte therapieën in functie van rehabilitatie. Het therapeutisch aanbod werd gereorganiseerd, waarbij voor elke oudere een individueel en aangepast therapieprogramma werd opgesteld, in functie van de vraag van het team en de oudere.

Tenslotte werd een eerste aanzet gegeven voor een reorganisatie van de ouderenzorg naar analogie van de reorganisatie van de volwassenenzorg. Er werden multidisciplinaire werkgroepen georganiseerd om het eerste denkwerk te verrichten.

DOELSTELLINGEN 2007

De supervisies in het kader van methodisch handelen op ouderenzorg 1 blijken na een eerste evaluatie erg zinvol. Een doelstelling in 2007 is het continueren van deze supervisies op ouderenzorg 1 en het uitbreiden van deze supervisies voor verplegend en verzorgend personeel van ouderenzorg 2 en 3.

In 2007 wordt gewerkt aan de implementatie in het verpleegkundig dossier van pijnschalen bij dementie, namelijk doloplus 2 schaal. Wanneer zelfrapportage van pijn onbetrouwbaar wordt door een ernstige cognitieve beperking en verminderde cognitieve vaardigheden, is het gebruik van goede pijnbeoordelingsmethoden belangrijk voor een adequate behandeling van pijn. Dit heeft vervolgens een positief effect op de relatie patiënt-zorgverlener.

ZORGPROGRAMMA: FORENSISCHE ZORG

Voor het forensisch cluster was 2005 een overgangsjaar. Het nieuws dat de financiering van de forensische projecten in 2006 vanuit het Ministerie van Justitie in vraag werd gesteld, zorgde voor heel wat onzekerheid. Van de financiering hing immers de personeelsbezetting af. Binnen deze context van onzekerheid moesten wij dan een reorganisatie voorbereiden die tot doel had onze werking te optimaliseren.

De reorganisatie werd in de praktijk op twee fronten voorbereid.

De psychologen werkten de zorgprogramma's uit voor de verschillende groepen. Een bredere werkgroep met de psychiaters, de psychologen en vertegenwoordigers van de verpleging en de therapeuten bereidden de volledige reorganisatie in al zijn facetten voor.

De dagdagelijkse werking van het forensisch cluster was in 2005 een voortzetting van 2004.

Het doorgangshuis heeft zijn deugdelijkheid bewezen in 2005. Deze tussenstap tussen de residentiële opname in het ziekenhuis en beschut wonen was mogelijk dankzij de intensieve samenwerking tussen het personeel van het ziekenhuis en dat van beschut wonen. Een 7-tal forensische patiënten werd in 2005 in het doorgangshuis opgenomen.

Het eerste half jaar van 2005 werd er maandelijks een klinisch overleg gehouden met vertegenwoordigers van de verschillende geledingen van het forensische circuit. Dit heeft tot doel om op klinisch vlak een meer gecoördineerde aanpak te realiseren.

De forensische eenheid voor psychotische stoornissen behield zijn structuur van 2004 en bestaat dus uit twee behandelgroepen.

De eerste behandelgroep is bedoeld voor de patiënten met een blijvende manifest psychotische problematiek. In deze groep wil men werken volgens de aanpak van Prouty, waarbij de nadruk ligt op het leggen van contact.

De tweede behandelgroep bestaat uit psychotisch kwetsbaren met vaak beperkte mogelijkheden. De nadruk ligt hierbij op ondersteuning. De groeiomogelijkheden worden vooral aangesproken door samen taken te doen met de patiënt.

Ook qua vorming werden de initiatieven van vorig jaar verdergezet. Hierbij vervult het boek van Johan Cullberg (Moderne Psychiatrie, 2003) een centrale rol.

De forensische eenheid voor persoonlijkheidsstoornissen omvat nog steeds twee aparte leefgroepen: een confronterende-exploratieve groep, waarin de groepsdynamiek het voornaamste therapeutisch middel is en een ondersteunende groep, waarin individueel gewerkt wordt en de rehabilitatiegedachte centraal staat.

In 2005 werden enerzijds een aantal nieuwe verwezenlijkingen geconsolideerd, maar anderzijds werd ook op hetzelfde elan verder gegaan in de kwalitatieve uitbouw van de behandelingen: het mentorschap, de implementatie van Gordon, een efficiënte behandelplanbespreking, het binnenbrengen van een aantal bijkomende specifiek forensische aspecten in het therapiegebeuren, de introductie van milieutherapie...

2006 is voor de forensische psychiatrie van enorme betekenis geweest. In het begin van het jaar was er nog heel wat onzekerheid over het voortbestaan van de forensische projecten in Vlaanderen, waar o.a. OPZC Rekem deel van uitmaakt. Uiteindelijk heeft de overheid een aanpak uitgewerkt waarbij de forensische ziekenhuisbedden op een permanente manier worden vergoed. Men is in de toekomst dus niet meer afhankelijk van een jaarlijkse goedkeuring van deze projecten. Naar de toekomst toe voorziet men nog een uitbreiding van een 60-tal forensische PVT-bedden in Rekem.

Daarnaast is er ook op inhoudelijk vlak heel wat veranderd. De zorglijn was voorheen opgesplitst in een zorgenheid voor psychotische problematiek en een zorglijn voor persoonlijkheidsstoornissen. Ruimtelijk won men aan meer mogelijkheden, omdat de vroegere zorgenheid van neurosezorg ter beschikking van de forensische zorgenheid werd gesteld. Dit was de aanzet om ook de inhoudelijke werking te wijzigen door een reorganisatie van de zorglijn. Deze reorganisatie werd reeds in 2005 intens voorbereid en in 2006 gerealiseerd.

Na de reorganisatie werd de zorglijn onderverdeeld in 5 zorgenheden:

- zorgenheid O bestaat uit verscheidene modulen:
 - crisis: is bedoeld om patiënten uit het eigen forensisch circuit op te vangen die zo ontwrichtend zijn voor het milieu waarin ze doorgaans verblijven, dat de crisis niet in eigen omgeving kan gehanteerd worden;
 - kamerprogramma's;
 - onthaal: opname van geïnterneerden VOP (voorlopig op proef) die rechtstreeks komen vanuit de strafinrichting of vanuit een andere zorginstelling;
 - observatie: na het onthaal kunnen hier de eerste observaties gebeuren.

Na het onthaal en de eerste observaties wordt de patiënt doorverwezen naar een zorgenheid die het best past bij zijn mogelijkheden en zijn pathologie. Daar wordt de patiënt verder geobserveerd om dan uiteindelijk in de behandelphase terecht te komen. Dit gebeurt dan in één van de volgende zorgenheden:

- zorgenheid A: bedoeld voor patiënten waarbij psychotische elementen in het psychisch functioneren sterk op de voorgrond staan. Deze mensen maken zeer moeilijk contact, zowel met anderen als met de realiteit;
- zorgenheid B: bedoeld voor patiënten met vaak beperkte intelligentie die weinig druk aankunnen. Zij zijn weinig of niet gesocialiseerd of betrokken bij hun omgeving;
- zorgenheid C: bedoeld voor patiënten met vaak beperkte intelligentie die wel wat druk aankunnen zonder in crisis te gaan. Zij kunnen in beperkte mate een sociale rol spelen in hun omgeving en naar zichzelf kijken;
- zorgenheid D: bedoeld voor patiënten die in staat zijn om in meer of mindere mate in groep te functioneren. Daarnaast bezitten ze enig introspectief vermogen en voldoende ik-sterkte die hen in staat stelt om enige ontregeling te verdragen.

Deze reorganisatie is ook wel gepaard gegaan met de nodige groeipijnen. Om deze zo goed mogelijk in kaart te brengen en op te vangen, werd er een bevraging gedaan bij het personeel en de patiënten.

De reorganisatie heeft echter niets gewijzigd op het vlak van onze uitgangspunten:

- de missie van het forensisch cluster:
 - delictpreventie;
 - behandelen van de pathologie;
 - resocialisatie;
- een dynamische inschatting van het terugvalrisico en de daaraan gekoppelde mogelijkheden en beperkingen zijn voortdurend een aandachtspunt;
- het leefklimaat is een belangrijk therapeutisch middel, met als basisprincipes:
 - respect voor jezelf en de ander;
 - afspraak is afspraak;
 - meer vrijheid voor meer verantwoordelijkheid, naar draagkracht;
- behandeling in groep waar mogelijk, maar elke patiënt is ook een individu met mogelijkheden en beperkingen;
- elke patiënt is meer dan zijn ziekte en/of zijn delict: ook wonen, werken, vrije tijd en ontspanning geven een betekenis aan het dagelijks leven. Naast de patiënt als individu is er ook de patiënt in relatie met de ander, met aspecten zoals intimiteit en seksualiteit;
- aan iedere opnamefase zijn specifieke (sub)doelen gekoppeld (onthaal, observatie, behandeling, ontslagvoorbereiding, nazorg, crisis en crisispreventie).

Gezien de snelle evolutie van de forensische psychiatrie in België moeten ook wij, als forensische zorgenheid binnen het OPZC Rekem en binnen het gehele forensische zorgcircuit, meedenken over welke rol wij hierin spelen:

- moeten wij evolueren naar een autonome forensische kliniek of blijven wij een geïntegreerd deel uitmaken van het psychiatrisch ziekenhuis?
- hoe en in welke mate kunnen wij samenwerken met de andere psychiatrische ziekenhuizen uit de regio?
- hoe geven wij gestalte aan de samenwerking met daderhulp Limburg?
- hoe pakken wij de uitbreiding van de forensische PVT-bedden aan?

HET PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (PVT)

In een activiteitenverslag van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis hoort in strikte zin geen thema PVT. Juridisch gaat het om 2 onderscheiden organisaties. Door hun gemeenschappelijke historische stam blijft de verwevenheid en wederzijdse beïnvloeding groot. Dit zijn voordelen in tijden waarin niets meer mogelijk lijkt zonder samenwerking, overleg of netwerkvorming.

De afwerking van PVT Residentie Rado in Lanaken, die al vertraging kende omwille van een budgettaire krapte, viel in 2005 helemaal stil. Administratief-juridische problemen bij de openbare aanbesteding blokkeerden alle activiteit. In 2006 kwam hierin terug beweging, waardoor de verhuis van 60 bewoners in april 2007 mogelijk werd.

De mondelinge toezegging van het politieke niveau om de nodige middelen vrij te maken voor de renovatie van Hotel MIN kreeg in 2005 geen schriftelijke bevestiging. Ook hier bracht 2006 weer groen licht. De verhuis en de start van de bouwwerken in Hotel MIN werden voorbereid. Er werd een overeenkomst afgesloten met het PC Sint-Amadeus Mortsel, zodat Hotel MIN hier in een leegstaande ziekenhuisvleugel begin 2007 zijn tijdelijke intrek kon nemen.

Toch was 2005 niet enkel een jaar van tevergeefs wachten.

Het concept forensisch PVT is verder uitgerijpt en is niet langer een particulariteit in Rekem.

Het politieke niveau waar men van een projectmatige naar een structurele financiering van het forensisch zorgaanbod wil gaan, erkent de voorname functie van een aangepast PVT voor die specifieke doelgroep. De praktijk ging hier de beleidsinzichten vooraf. In 2006 kregen we de goedkeuring voor een uitbreiding met 60 forensische PVT-bedden.

De organisatiestructuur van het PVT bleef – in afwachting van de verhuisbewegingen – ongewijzigd.

De 114 definitieve bedden realiseerden een bezettingsgraad van 102%.

Het aantal uitdovende bedden slonk van 66 naar 61 bedden.

Therapeutische diensten algemeen

THERAPIE

De exclusieve gerichtheid op de patiënt, zoals vermeld in de missie, hanteert een therapeutisch model. Waar mogelijk wordt met therapeutische einddoelen gewerkt. Het is evident dat een gepaste omgeving kan bijdragen tot het realiseren van de therapeutische doelstellingen. Immers, een geëigende omgeving geeft blijk van respect voor de patiënt en sluit aan op de nieuwe kijk op de intramurale sector zelf.

Qua bouw betekent dit: meer privacy, kleinschaligheid, mogelijkheden tot ontmoeting, maar ook individualisering.

Er is ook meer ruimte voor therapie op de zorgenheid zelf, wat belangrijk is binnen een gesloten eenheid. Gebouwen maken ook deel uit van de gestructureerde therapeutische, sociale, materiële en temporele kaders waarbinnen optimale mogelijkheden bestaan om behandeld te worden en zichzelf te exploreren. Deze kaders zijn coherent met het gekozen therapeutische model waarbij de activiteiten gedelokaliseerd worden en verbonden aan specifieke doelgroepen.

De kamers maken het verblijf comfortabel en huiselijk. Het geheel nodigt uit tot autonomie en zelfstandigheid.

In 2006 werden de nieuwe gebouwen voor het zorgprogramma volwassenenzorg in gebruik genomen.

De opdracht is nu duidelijk veranderd. Een ziekenhuisopname moet liefst zo kort mogelijk duren en resultaten opleveren.

Door een aangepast, op maat gesneden en geïndividualiseerd behandelplan wordt de patiënt, na observatie, gevolgd. Het afbakenen van doelgroepen, uitwerken van specifieke behandelplannen, meer individuele benadering en inspraak van de patiënt, correcte bejegening, overleg buiten het ziekenhuis en grotere betrokkenheid van externen in het ziekenhuis, zijn evoluties die ook binnen de therapie zichtbaar moeten zijn.

Denk maar aan arbeidstrajectbegeleiding, wandelclub, vrije tijd, opleiding door externen (informatica) en andere.

De therapeutische processen werden in kaart gebracht: doelgroep, doelstellingen, verblijfsduur en mogelijkheden (overzichten therapiesessies), overlegmomenten en eventueel het leefgroepgebeuren.

Ook de therapeuten werden bevraagd naar hun kennis, kunde en interesse voor de onderscheiden doelgroepen en dit

met het oog op de teamsamenstellingen en de realisatie van de kanteling zoals die in 2006 vorm en gestalte kreeg. Binnen de zorglijnen werden de zorgprogramma's uitgewerkt en gerealiseerd, specifiek voor de doelgroepen (modules, op evidence based basis), aangevuld met individuele vragen en noden.

Er werd nagedacht over de indicatoren die de zelfsturing op therapeutisch vlak leiden en corrigeren.

Op volgende gebieden werden kritische performantie-indicatoren weerhouden en gescoord: kwantitatieve analyse van de therapieën in de behandelmodules, doelgerichte en efficiënte diagnosestelling en doorverwijzing binnen de drie weken na opname.

Maandelijks worden deze gegevens kritisch bekeken op het overleg van de zorglijnen met de directie.

In 2005 zorgde T-jater, een activiteit binnen het gesubsidieerde kunstenproject De As, voor een geslaagde namiddag straattheater. Binnen de vakgroep was dit integrerend van opzet. Het volledig creatieve, kunstzinnige en ander arsenaal werd aangesproken voor dit totaalspektakel. Twee poppentheaters zorgden in 2005–2006 opnieuw met samenwerking van De As voor ludieke momenten. Als afsluiter was er na het tweede poppentheater een receptie ter gelegenheid van een nieuwe tentoonstelling met plastisch werk, waarvan een gedeelte ook extern getoond werd.

Binnen de podiumkunsten werd een tweede poëzieavond in 2005 en een derde poëzieavond in 2006 met werk van patiënten voorbereid.

De uitbouw van de persoonlijke trajecten (centraal therapiegebouw of open groepen) werd verdergezet en uitgebouwd. Allerhande leer-, bewegings- en werkvormen werden gerealiseerd (taakgerichtheid, sociale omgang, zelfwaardergevoel, resubjectivering, exploratie,...). Dit werk is nooit af.

Verdeling volgens modules (therapieprogramma's) heeft specialisatie als voordeel, maar de continuïteit kan erbij inboeten. Ook hiermee zal bij de zich ontwikkelende reorganisatie rekening gehouden worden. Centrale ateliers moeten bemand blijven.

Afstemming op en samenwerking met de andere initiatieven dringt zich op: voorbereiding wonen, activiteitencentrum, jobtraining, psychiatrische zorg in de thuissituatie,...

PSYCHOLOGISCHE DIENST

De vakgroep psychologie telt 17 leden (15,1 voltijdse equivalenten) die vast verbonden zijn aan een zorgeenheid of cluster (eigen PVT en PVT Hotel MIN inbegrepen).

Zowel het zorgprogramma van de volwassenenzorg als het forensisch cluster hebben een reorganisatie gerealiseerd. Het cluster ouderenzorg is volop een reorganisatie aan het voorbereiden. De psychologen van deze respectievelijke zorgprogramma's spelen hierin een centrale rol. Zij zorgden voor de uitwerking van de modules binnen de verschillende zorglijnen.

De vakgroep komt maandelijks samen en dient vooral om informatie aan elkaar door te geven. Gevolgde studiedagen worden uitgebreid belicht en mogelijke studiedagen worden voorgesteld.

De volgende onderwerpen zijn aan bod gekomen:

- de interpretatie van de intelligentietest WAIS-III (met zijn nieuwe normen);
- de ART (Agressie Replacement Training) van Goldstein;
- contextuele hulpverlening.

De artikels uit het tijdschrift Diagnostiekwijzer worden systematisch besproken in de vakgroep, weliswaar minder gedetailleerd dan voorheen.

Het is ook de bedoeling om over prangende problemen, die zich in het ziekenhuis voordoen, een stelling in te nemen en te communiceren naar de directie. Binnen deze vergadering van onze vakgroep kan, op vraag van een lid, over een concreet probleem een intervisie georganiseerd worden. Wij hebben ook kunnen vaststellen dat de directie de maandelijks vakgroep, indien nodig, hanteert om een rechtstreekse dialoog met onze vakgroep te realiseren.

In de loop van 2005 en 2006 hebben stagiairs van de universiteit van Maastricht weer hun weg gevonden naar OPZC Rekem. Wij hebben een overleg gehad met de stagecoördinator van de opleiding 'Geestelijke Gezondheidskunde' aan de universiteit van Maastricht om de begeleiding van deze stagiairs te optimaliseren. De Vrije Universiteit van Brussel had zich ook kandidaat gesteld om in ons ziekenhuis hun studenten van de faculteit Psychologie stage te laten lopen. Tot nu toe heeft er zich echter nog niemand aangemeld. Vanaf volgend (academie)jaar kunnen wij ook studenten verwachten van de KULeuven.

DOELSTELLINGEN VOOR 2007

- de maandelijks bijeenkomst van de vakgroep blijft naar inhoud en vorm zijn verloop kennen;
- elke psycholoog zal op zijn domein (volwassenenzorg, forensische zorg en ouderenzorg), als zorglijncoördinator, het therapeutisch kader en de zorgprogrammering verder uitwerken en concreet gestalte geven. Dit gebeurt in overleg met de verschillende disciplines. De vakgroep kan hierbij het forum zijn om elkaar bij te staan en kan het hoofd van de therapie en de directeur patiëntenzorg betrekken ter ondersteuning;
- jaarlijks opvangen van 4 à 5 stagiairs;
- een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier.

SOCIALE DIENST

De hulpverlening van de maatschappelijk assistent situeert zich op sociaaladministratief en psychosociaal niveau. Dit bij problemen die zich stellen bij de opname en behandeling van de patiënt in het ziekenhuis en zijn veranderde toekomstperspectieven en levenssituatie.

In 2005 waren er op de sociale dienst 5 voltijdse maatschappelijk assistenten en 2 administratieve medewerkers (1 voltijdse – 1 halftijdse) in dienst.

Op de sociale dienst waren in 2006 6 maatschappelijk assistenten (5 voltijdse en 1 halftijdse) en 2 administratieve medewerkers (1 voltijdse – 1 halftijdse) in dienst. Vanaf november 2005 tot februari 2006 was er een tweedejaarsstage vanuit de Xios Hogeschool Limburg.

Elke maatschappelijk assistent is verbonden aan een zorgprogramma en één of meerdere zorglijnen en participeert in het multidisciplinair team van de zorglijn bij de realisatie van het behandelplan van de patiënten. Actuele thema's als ontslagmanagement, psychiatrische thuiszorg en patiëntenrechten kregen een plaats binnen de werking van de dienst.

Intern werkt de sociale dienst samen met alle diensten van de afdeling patiëntenzorg en de administratieve en logistieke diensten.

Extern zijn er contacten met verwijzers, diensten, instellingen en familieleden die in functie van het uitvoeren van het behandelplan van de patiënt worden gecontacteerd. De maatschappelijk assistenten zijn de bevoorrechte partners bij het onderhouden en het uitbouwen van de netwerken.

Het kantoor van de maatschappelijk assistenten is centraal gelegen in het hoofdgebouw, vlot bereikbaar voor patiënten, familieleden en bezoekers.

ERGOTHERAPIE

De vakgroep ergotherapie is in 2005 een bonte verzameling van 28 gezichten: 16 ergotherapeuten waarvan 6 halftijds werkzaam en 1 80%, een muziektherapeut, 1 kunstzinnig therapeut, 6 therapieassistenten en 4 startbaners.

Voornameelijk dankzij de therapieassistenten komt de genderverdeling op 22 vrouwen en 6 mannen.

3 ergotherapeuten kunnen AMPS (assessment of motor and proces skills) testen afnemen, 2 ergotherapeuten zijn houder van een opleiding creatieve therapie en 1 ergotherapeut heeft zich in psychodrama verdiept.

Zo is er de mogelijkheid voor een aantal medewerkers om volledig centraal werkzaam te zijn, een aantal exclusief aan een zorglijn te verbinden en een aantal deels centraal te laten werken. Wij merken evenwel dat de ergotherapeuten steeds meer aan een zorglijn verbonden worden.

Een therapeut die nauw verbonden is aan een zorglijn kan beter meegroeien met de evolutie van het team en vergemakkelijkt de communicatie. Deze sterkte kent ook zijn zwakte. Het om één of andere reden wegvallen van deze specialist is niet zo vanzelfsprekend op te vangen.

Een groep centrale medewerkers kan zorgen voor een grote variatie aan activiteiten en situaties, zo zorgend voor een grotere keuzemogelijkheid en een makkelijker opvangen van afwezigheid.

In de ateliers kunstambachtelijke, computer, boekbinderij, assemblage en houtbewerking zijn voornamelijk de therapieassistenten actief. Zij zijn verantwoordelijk voor de goede uitbouw van hun atelier en trachten verschillende keuzemogelijkheden voor de patiënt te creëren. Zo kan één patiënt bezig zijn met werkgerelateerde activiteiten, een andere met hobbygerelateerde en nog een andere met het zoeken naar interesses. Therapie is voor sommige patiënten een sterk gestructureerd scenario, voor anderen bezorgt het de patiënt een confronterende spiegel. Er komen ook begeleidde groepen naar de ateliers.

De deeltijds coördinator ontspanning slaagt erin centrale therapeuten en het engagement van vele andere disciplines en patiënten in goede banen te leiden door ensceneringen te scheppen waar iedereen een rol vindt en kansen bestaan om enthousiast samen te werken. Dit resulteert in verschillende zeer gesmaakte evenementen. Belangrijk is dat de patiënten participeren aan deze evenementen, een podium krijgen om hun engagement, vaardigheden en talenten te tonen en te ontwikkelen.

In dit experimenteel veld kan iedereen, zowel personeel als patiënten, van elkaar leren, eigen mogelijkheden verkennen, respectvol samenwerken naar een gezamenlijke verwezenlijking.

De Werkwijzer heeft als belangrijkste verwezenlijking het invoeren van een soort van interne jobs, werk- en/of stage-momenten voor patiënten in en buiten de ateliers. Veroveren of behouden van arbeidsattitude krijgt hier de klemtoon. Met deze vacaturebank worden er zo een 40-tal gecreëerde plaatsen ingevuld. Het gaat om zich sociaal in te voegen, werk in opdracht van derden te verrichten en hierin een zo groot mogelijke zelfstandigheid, kwaliteit en samenwerking te bereiken. Ook buiten de ateliers worden coaches en werkplekken gezocht. Zo zijn er regelmatige contacten met ATB (arbeidstrajectbegeleiding) en de begeleiders van 't Veer (Beschut Wonen).

Hoewel ergotherapie meestal beschouwd wordt als een non-verbale therapie mogen we in het taalgebruik niet achterblijven, temeer omdat taal en onderhandelen steeds belangrijker wordt in onze samenleving. Concreet merkten wij bij onze gedichtendagen op dat sommige patiënten bang waren om eigen of andermans gedicht voor te dragen. Hoewel sommigen zich kandidaat stelden, haakten ze op het laatste moment af. Zo ontstond het idee om een project rond

podiumkunsten te lanceren. Een podium, poppenkast, poppen en een werkgroep leiden tot een paar gesmaakte vertoningen. Vanuit de hier opgedane succeservaringen zouden wij dit gegeven in de toekomst in een meer geprogrammeerd kader willen aanbieden. Eerste-, tweede- en derdejaars ergotherapiestudenten lopen bij ons stage, alsook laatstejaars creatief therapeuten. Humaniorastudenten komen een week de werksfeer opsnuiven en verschillende organisaties en scholen kregen een rondleiding.

WEGWIJZER WONEN

DOELSTELLINGEN

Wegwijzer Wonen is een resocialisatieprogramma voor patiënten van alle zorgeenheden met als voornaamste doelstelling het observeren en/of testen, het aanleren, bevorderen en het onderhouden van de sociale en maatschappijgerichte vaardigheden. De patiënt heeft dit nodig om na zijn ontslag hetzij zelfstandig, hetzij met een minimum aan begeleiding te kunnen functioneren.

In 2005 werd er verdergegaan op de ingeslagen weg. Daarbij werden onze diensten ter beschikking gesteld om ze mee te kaders in de nieuwe kanteling.

Naast de reeds bestaande patiëntenjob logistieke dienst, werd in 2005 ook van start gegaan met een extra arbeidsplaats wassen en strijken in het kader van de arbeidsrehabilitatie voor patiënten binnen het ziekenhuis. Daarnaast werd er in het forensische doorgangshuis een aanbod uitgewerkt rond een maandelijks thema. Dit hield een concrete toepassing en eventuele bijsturing in van hun eerder opgedane kennis rond zelfstandig wonen.

In 2006 evolueerde het programma mee in kader van de kanteling. Het variabele 'www-programma' werd aangepast met vaste sessiemomenten voor de resocialisatiemodule van de zorglijjn psychosezorg. Onder andere een sessie resocialisatie en een praktische kooksessie als vervolg op de sessie energie, die op de zorgeenheid gegeven wordt. Er kwam een grotere vraag vanuit de forensische zorgeenheid naar een ruimer therapieaanbod op de zorglijjn zelf, waardoor een lichte personeelsverschuiving plaatsvond.

De bestaande patiëntenjobs 'logistieke dienst' en 'wassen en strijken' bleven in 2006 behouden ondanks de afschaffing van de financiële vergoeding hiervoor.

In de loop van 2006 vond de verhuis naar het vernieuwde therapiegebouw plaats, met een meer aangepaste infrastructuur. Naar aanleiding hiervan werd er voor het personeel en de patiënten een interne opendeurdag georganiseerd. Samen met deze verhuis is de vroegere naam 'villa' officieel gewijzigd in 'Wegwijzer Wonen' (WWW). Deze benaming geeft de inhoud weer, namelijk een steun in de rug bieden aan patiënten die de overgang maken van de psychiatrische instelling naar het wonen buiten.

PLANNING EN DOELSTELLINGEN IN 2007

In 2007 willen wij de ingeslagen weg verderzetten, waarbij wij trachten onze therapieën specifiekier af te stemmen op vraag van de verschillende modules.

Ook willen wij, tijdens de groepsessies, meer tijd investeren in het observeren van de individuele motorische en procesmatige mogelijkheden van patiënten tijdens het uitvoeren van huishoudelijke vaardigheden.

DEELNEMERS AAN HET RESOCIALISATIEPROGRAMMA

In 2005 namen 71 patiënten deel aan het programma, waarvan er 36 ontslagen werden naar één of andere vorm van Beschut of Zelfstandig Wonen, 5 patiënten zijn overgegaan naar een andere dagbesteding, 3 patiënten wilden of konden niet langer deelnemen; 4 patiënten werden terug naar de gevangenis gestuurd of verplicht ontslagen. Er zijn 2 patiënten doorverwezen naar PVT en 21 patiënten nemen momenteel nog steeds deel aan ons programma.

Ten opzichte van andere jaren was er een groter verloop van patiënten.

In 2006 namen 40 patiënten deel aan het programma waarvan 15 naar één of andere vorm van beschut wonen, naar huis of naar een andere dagbesteding gingen. 8 patiënten stopten met het programma.

De patiënten kwamen hoofdzakelijk van de forensische zorgeenheid en de resocialisatiegroep van de psychosezorg die meer nood hebben aan een langdurige training.

Op één mei zijn er vaste sessies voor de resocialisatiemodule gestart waar 19 patiënten aan deelnamen. 6 patiënten hebben kooksessies gevolgd in het kader van de sessies energie.

MUZIEKTHERAPIE

In de kunst gaat het altijd om het hoe, nooit om het wat. Dat Brueghel een winterlandschap schilderde, is niet zo van belang, wel hoe hij het deed. Je zou kunnen zeggen dat in de kunst de vorm de eigenlijke inhoud is.

In de muziek bestaat er geen wat, enkel hoe. Je kan bijvoorbeeld geen winterlandschap of liggend naakt musiceren. Muziek is daarom de meest onstoffelijke, ontastbare, abstracte kunstvorm en misschien daarom ook wel de hoogste der kunsten.

Enkele eigenschappen van muziek:

Muziek is eigenlijk een reeks van geluiden die ons als bij wonder kunnen ontroeren, kunnen aanzetten tot dansen,... tegelijkertijd zo abstract en alledaags.

Muziek beschikt over een aantal eigenschappen die therapeutisch kunnen gehanteerd worden, of anders gezegd, waarvan gedacht wordt dat ze voor mensen een hulp kunnen zijn. Het eerste wat je over muziek kan zeggen is dat er haast niets is dat zo een rechtstreekse invloed heeft op onze emoties. Zelfs in het Louvre in Parijs zie je zelden mensen huilen van ontroering voor een schilderij van Rubens, noch zie je mensen dansend en springend uit het Prado van Madrid komen. Muziek doet dat dus wel.

Musiceren gebeurt met heel ons zijn. Het is zowel een rationeel, een lichamelijk, een emotioneel als een intuïtief handelen. Niets kan iemand zo rechtstreeks emotioneren als muziek. Dat maakt muziek als therapeutische werkvorm zo bijzonder. Het verbale pad kan verlaten worden om op muzikale wijze emotionele inhoud tot uitdrukking te brengen. Muziek gaat ook verder dan het verbale. Wat niet of moeilijk gezegd kan worden, kan muzikaal verklankt worden. Via muziek wordt getracht om mensen te helpen om het contact met hun innerlijke belevingswereld te versterken.

Muziektherapeuten trachten derhalve ook op een methodische manier van deze eigenschap gebruik te maken.

Via muziek wordt getracht om mensen te helpen om het contact met hun innerlijke belevingswereld te versterken.

Muziek is gestructureerd. Zonder structuur blijft er enkel een kakofonie over. Door elementen van ritme, melodie, dynamiek, harmonie en intensiteit aan elkaar te koppelen wordt er aan muziek vormgegeven.

Als je vijf mensen een trommel geeft, en hen één minuut laat doen, is de kans groot dat er vanzelf een ritmepatroon binnen éénzelfde cadans ontstaat. Dit zou het structurerende karakter van muziek genoemd kunnen worden.

In psychiatrische ziekenhuizen kom je regelmatig mensen tegen die verward en angstig zijn, bij wie chaos in hun hoofd en in hun gedrag heerst.

Via structurerende muzikale activiteiten wordt geprobeerd om hen terug een gevoel van veiligheid en orde te geven, hen te helpen in het structureren.

Muziek maken kan je alleen doen, maar meestal wordt het samen met anderen gedaan. Musiceren is toch voornamelijk samenspelen. De interactie tussen patiënten wordt een belangrijk werkterrein. Het gaat dan over termen als afstemming, contactname, op elkaar gericht zijn, communicatie.

De patiënten kunnen zo tijdens de muziektherapie oefenen in het omgaan met anderen en met zichzelf in groep.

DE MOGELIJKHEDEN

De muziektherapeut heeft zijn lokaal in het centrale therapiegebouw. In het muzieklokaal staan conga's, djembés, gitaren, een xylofoon, een aantal keyboards, een piano, een drum, een Chinese gong, tempelblokken, staafklokken, te veel om op te noemen. Daarenboven is er een speciale akoestische isolatie voorzien.

De doelstellingen van de muziektherapie verschillen van zorgenheid tot zorgeloosheid, afhankelijk van de problematiek. Met de groep mensen met een verslaving, wordt geprobeerd de verschuiving te maken van individueel, passief ondergaan, aan de hand van receptieve activiteiten (muziek beluisteren) naar groepsgericht, actief doen of zelf muziek maken en zelf uitdrukking geven aan de innerlijke belevingswereld in interactie met anderen. Op die manier loopt het aanbod muziektherapie parallel met de psychische ontwikkeling die de patiënten moeten doorlopen om drugvrij te worden.

Voor groepen uit de psychose zorg wordt gezocht hoe patiënten via muziek contact kunnen krijgen met de realiteit. Voor weer een andere groep zoals de neurose zorg gaat het over thema's als emoties herkennen bij jezelf en anderen, muzikale expressie van je binnenkant, of non-verbale interactie aangaan.

Soms zijn de groepsessies ernstig, soms zijn ze speels. Per slot van rekening wordt muziek toch ook altijd gespeeld. Toch is het musiceren voor velen wat eng, misschien wel juist omdat ze je heel direct aanzet je emoties te uiten.

Een aantal jaar geleden werd de eigen ziekenhuisband opgericht. Een bont allegaartje van personeel (muziektherapeut, ergotherapeuten, elektriciens, psychiater, verplegers) en verschillende patiënten, dat regelmatig samenkomt voor erg groovy and funky repetities. Regelmatig wordt opgetreden voor eigen publiek, zoals Rock Rekem, nieuwjaarsrecepties, Similesfeestjes, en soms gaat de hele band met de bus, inclusief piano en gitaren, op verplaatsing spelen.

Ludwig Wittgenstein schreef:

'Waarover niet gesproken kan worden, moet men zwijgen.'

Muziektherapeuten denken:

'Waarover niet gesproken kan worden, moet men verklanken.'

KUNSTZINNIGE THERAPIE

Kunstzinnige therapie is een beeldende therapie. Beeldend omdat technieken uit de beeldende kunst worden gebruikt. Hiermee onderscheidt de kunstzinnige therapie zich van andere therapieën. De problematiek wordt niet rechtstreeks aangepakt, maar wel door mensen te laten werken aan kunstzinnige opdrachten.

De kunstzinnige therapie is ontwikkeld vanuit een mensbeeld. Dit mensbeeld ziet de mens als een geheel van lichamelijke, psychische en individueel-biografische aspecten. Het kunstzinnige werk maakt problemen zichtbaar voor de therapeut maar vaak ook voor de patiënt zelf. De therapeut bedenkt oefeningen die de patiënt op een positieve manier beïnvloeden. De oefeningen herstellen het evenwicht tussen de verschillende gebieden in de mens. Hierbij zet de therapeut de beeldende middelen, zoals kleur, lijn en vorm, gericht in.

De therapeut bedenkt oefeningen die aansluiten bij de problematiek van de patiënt. Zo zal bijvoorbeeld iemand die te druk is, oefeningen krijgen die rustig maken; iemand die eerder teruggetrokken is zal juist gestimuleerd worden om naar buiten te treden, om gevoelens te uiten.

De therapeut werkt hoofdzakelijk met schilderen, tekenen en boetseren, maar soms komen ook andere technieken aan bod. De basisprincipes blijven dezelfde. Het uitgangspunt is steeds de therapeutische of ondersteunende werking van de beeldende middelen. Een voordeel van deze therapie is dat er niet altijd een gesprek over de problemen nodig is. Mensen kunnen communiceren via het werk dat ze maken. Veranderingen en ontwikkelingen kunnen via deze weg in gang gezet worden.

Soms gebruikt de therapeut ook een verhaal waarin de patiënt zichzelf kan herkennen, zonder de patiënt direct aan te spreken. Indien de therapeut zelf een proces in eigen kunstzinnig werk heeft doorgemaakt en goed observeert, kan er veel informatie uit het werk van patiënten voortvloeien. Er is altijd iets tastbaars waarnaar gekeken en waarover gepraat kan worden. Het werk van ieder mens is uniek en ieder volgend werk kan een stap verder zijn in het therapeutisch proces.

Naast de therapeutische opdrachten kan ook kunstzinnige begeleiding geboden worden aan mensen die reeds een therapeutisch proces achter de rug hebben en zich persoonlijk wat meer willen specialiseren in bijvoorbeeld schilderen met olieverf, (pen)tekenen of boetseren.

Wat het therapeutisch werk betreft, wordt er gestreefd naar steeds meer specialisme en samenwerking met de andere disciplines. In het jaar 2006 is er gewerkt aan het project podiumkunsten, in het kader hiervan is er ook meegewerkt aan een tentoonstelling.

In 2007 gaan wij ons zichtbaar inschrijven in de modulaire werking en ons verder bekwamen in de aanpak van de verschillende doelgroepen.

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE EN KINESITHERAPIE (PMT)

Psychomotorische therapie als non-verbale therapievorm, is een manier om via het lichaam en door middel van bewegingsvormen in te grijpen op de psyche van de mens.

Binnen een therapeutische setting wordt er gestreefd naar een positieve ontwikkeling in de emotionele, sociale en gedragsmatige relaties.

In 2005 werden volgende projecten gerealiseerd: de Finse piste die nu operationeel is en het therapieprogramma voor verslaafdenzorg dat werd uitgebreid en aangepast; de start van de reorganisatie forensische structuur met als gevolg een meer adequaat PMT-aanbod voor deze doelgroep.

Tevens vermeldenswaardig is de opsmukbeurt van onze sporthal! Deze werd in een nieuw kleurtje gestoken en dit werd zowel door de patiënten als door het personeel gewaardeerd.

Het afgelopen jaar 2006 was voor onze dienst een overgangsjaar naar een nieuwe vorm van werken, waarbij de patiënt met zijn behandelingsvraag, een centrale positie inneemt.

De werking van de PMT werd op een kritische, zelfreflecterende en evaluerende manier doorgelicht door middel van het Kwadrant evaluatie instrument. Als uitgangspunt namen wij het vraaggestuurd werken.

Deze evaluatie was een voorbereiding op de modulaire werking, waarbij onze bijdrage als psychomotorische therapeuten beter afgestemd werd op de noden van de zorglijnen enerzijds en de hulpvraag van de patiënten anderzijds.

Vanuit de dienst PMT participeert elk lid aan het multidisciplinaire team waaraan men verbonden is en ondersteunt op deze manier de processen die nodig zijn om tot een optimale zorgverstrekking te komen.

Deze kanteling (patiënt centraal) is ongetwijfeld een dynamisch gegeven, waarbij een regelmatige bijsturing en zelf-evaluatie nodig is om dit proces tot een goed einde te brengen.

De dienst kinesitherapie werkt altijd op een vraaggestuurde manier: de behandelende arts schrijft de sessies voor en via onderlinge communicatie tussen arts en behandelaar wordt de evolutie van de behandeling nauwkeurig opgevolgd. In 2006 zal de vraaggestuurde en modulaire werking van de PMT verder geoptimaliseerd worden via participatie in de multidisciplinaire teams.

MANEGEPROJECT

Een belangrijk doel dat voor 2005 werd vooropgesteld was het verder differentiëren van het therapeutische aanbod binnen de drie pijlers van het manegeproject. Dit om tot een vraaggestuurde werking in verschillende subgroepen per zorgenheid te komen.

In 2006 werd een werkschema uitgewerkt dat het modulair werken mogelijk maakte, maar dat ook ruimte liet voor individuele en module-overschrijdende sessies.

De uitbreiding van het therapieaanbod binnen de pijler hippotherapie werd praktisch mogelijk gemaakt door een extra piste aan te leggen. Deze bevindt zich achter de boerderij, is 20m op 40m en is voorzien van een opstapzone met aangepaste trap. Een tweede buitenpiste zorgt ervoor dat twee doelgroepen of één doelgroep en een individuele patiënt gelijklopend een sessie hippotherapie kunnen volgen. Zo ontstaat er meer ruimte om aan de grote vraag naar het werken aan specifieke doelstellingen en de vraag naar individuele therapie te voldoen. Op elke vraag probeert het manegeteam zo goed mogelijk in te gaan, rekening houdende met het personeelsbestand.

Na het volgen van een interne bijscholing startte het manegeteam met een nieuwe vorm van hippotherapie, aangepast aan de noden en doelstellingen van psychotische patiënten. Waarnemen via het paard is gebaseerd op waarnemings-training, de pretherapie van Prouty en Natural Horsemanship. Bij een eerste groepje van vier patiënten van de zorgenheid psychosezorg rehabilitatie werden deze sessies succesvol afgerond. Een tweede groepje van dezelfde zorgenheid ging van start.

Ook het spiegelen werd als nieuwe therapievorm toegepast. Hierbij bevinden paard en patiënt zich binnen een afgebaand terrein en probeert de patiënt met behulp van lichaamstaal, namelijk juiste en bewuste houdingen en bewegingen, het paard te beïnvloeden. Het paard doet wat de patiënt van het paard vraagt zonder woorden en zonder aanraking. Bewust worden van eigen houding, eigen lichaamstaal en eigen manier van zijn is hierbij belangrijk.

Na jarenlange deelname van enkele patiënten aan dressuurwedstrijden voor ruiters met een handicap, organiseerde het manegeteam op 22 september 2005 een eerste Gymkana op de nieuwe piste. Deze dressuurproef met behendigheids-oefeningen vond plaats op de nieuwe piste. Aan de Gymkana namen 44 personen met een handicap uit 5 verschillende instellingen deel.



De tweede Gymkana op 14 september 2006 telde 72 deelnemers, waarvan 40 ruiters uit eigen huis en 32 van andere instellingen. Dankzij de inzet van de vele vaste vrijwilligers binnen het manegeproject, de inzet van de ondersteunende diensten van het OPZC, de inzet van de patiënten uit het zorgtraject en de inzet van de weergoden werden dit prachtige dagen binnen de Kustershoeve. De jurering gebeurde door studenten van de paardenhumaniora van Bilzen. Elke deelnemer ging naar huis met een leuke ervaring en een aantal mooie aandenkens.

De pijler zorgtraject mag nog steeds rekenen op de inzet van patiënten uit verscheidene doelgroepen. Elk individu kan een aantal vaardigheden leren en nadien op eigen niveau en op eigen tempo helpen bij het uitvoeren van de verschillende taken die bij de manege horen. De inhoud van de zorgtrajectsessies wordt ook aangepast aan de doelstellingen die het behandelende team vooropstelt.

Het huifbed en de huifkar bleven hun vaste ritten doen. Het huifbed werd drie halve dagen per week ingespannen, de huifkar deed ongeveer zes ritten per week. Voor de vele huifkartochten zocht het manegeteam een tweede trekpaard.

DOELSTELLINGEN VOOR 2007

- het spiegelen specifiek uitwerken en bij meerdere modules uitwerken;
- waarnemen via het paard opstarten bij de psychotische patiënten van de forensische zorg;
- uitwerken van een sponsordossier voor de aankoop van een nieuwe rolstoelhuifkar.





ONTSPANNING EN VRIJE TIJD

Het jaarverslag van 2004 eindigde met de woorden: 'De werkgroep kon terugkijken op een heel mooi in- en ontspannend, vrijetijdsvol jaar. Bedoeling is om deze trend verder te zetten.'

Met enige fierheid is vastgesteld dat zowel de werkgroep van patiënten als personeel, in samenwerking met talrijke helpende handen van andere diensten, deze trend knap hebben verdergezet in 2005 en 2006. Samenwerking speelde hierin een rode leidraad!

Elke eerste maandag van de maand vond er een sportactiviteit plaats. Volleybal, voetbal en badminton wisselden elkaar af. Ook honkbal werd er gespeeld, maar door het slechte weer vond het slechts éénmaal plaats.

Voor de ouderenzorg werden verschillende ontspanningsnamiddagen georganiseerd. Zo zorgden de Melando's, een accordeo- duo, voor de nodige ambiance. En de werkgroep in samenwerking met de therapeuten van de zorgheden organiseerden het rad van muziek. Een afwisselende mix van liedjes zingen, melodieuze raden en samen dansen. Het leek wel een Swingpaleis voor senioren. Dat de familieleden dit initiatief waardeerden, merkten wij aan de steeds stijgende opkomst. Patiënten en hun familie genoten van deze namiddag. Even de ziekenhuissfeer vergeten en proberen te genieten van die momenten samen.

Karaokeavonden vallen erg in de smaak in het OPZC. Telkens zijn er een 130-tal patiënten aanwezig. De avonden staan elke keer in het teken van een thema. Voor de karaoke 'in the snow' werkten enkele zorgheden tijdens hun sessie aan de decorstukken

voor deze gelegenheid. Het waren steeds geslaagde avonden.

Een nieuwkomer in het programma en tegelijk ook een topper: het Spel Zonder Grenzen.

Neurosezorg, Psychosezorg, Forensische zorg, Verslaafdenzorg, Dagbehandeling en Ter Bosch namen deel aan deze activiteit. Dit alles vond plaats op het sportveld aan de sporthal. Die dag werd de werkgroep bijgestaan door de vrijwilligersgroep en door de mensen van de PMT. Een paar dagen vóór de eigenlijke activiteit kon men al enkele spelen uitproberen. Elke groep bestond uit tien deelnemers en één coach. Zij moesten een eigen naam en originele joker hebben. De vrijwilligers zorgden ervoor dat elke zorgheden een andere kleur van T-shirt had en dat maakte het helemaal echt. Het waren fijne spelen, voor de ene groep al iets makkelijker dan voor de andere. De winnaars werden door een buggyteam naar het trefcentrum gereden. Daar werd een heerlijke barbecue voorzien. Die dag waren er 306 eters!

Rock Rekem is een activiteit waar vele patiënten die hier langer verblijven enorm naar uitkijken. Er was heel veel lof over deze dag in 2005. Dat zoiets mag en kan in een ziekenhuis kan alleen maar worden toegejuicht! Er waren optredens van Mieke, Sylver, Frans Bauer imitator, de winnaar van de interne idool 2005-wedstrijd en als afsluiter de coverband The Buzz.

Voor Rock Rekem 2006 heeft Katerine (winnares van Star Academy) wat tijd kunnen vrijmaken om enkele van haar meest bekende liedjes te brengen. Misschien niet zo gekend maar wel een groot opkomend talent, Elke Smeets, sloot samen met haar groep Garden of Eden het muziekfestival op gepaste wijze af.

Opvallend is dat er de laatste tijd meer bezoekers aanwezig zijn tijdens de avondactiviteiten. Dit is alleen maar positief, want zo wordt de kloof tussen de buitenwereld en psychiatrie toch een beetje kleiner.

Verder waren er nog: enkele themafuiven, de idool 2005-wedstrijd waarbij sommige patiënten bleven verrassen, de paaseierenzoektocht in samenwerking met de Kas van Sport en Spel, de kerstmarkt waar zowel OPZC als PVT werkstukken van patiënten verkochten, de traditionele carnavalsstoet en bijhorend bal, het swingpaleis, de Halloween-fuif, de toneelvoorstelling in Maasmechelen en natuurlijk niet te vergeten voor de 17^{de} keer de lentefeesten met op vrijdag de spelnamiddag en op zaterdag en zondag de wandeltochten, met 2333 wandelaars!

De werkgroep mag dan wel ontspanning en vrije tijd heten maar voor vele patiënten is het vaak een inspanning. Zich engageren voor een taak tijdens een activiteit en deze naar behoren ook uitvoeren en tot een goed einde brengen is niet alleen ontspanning maar ook therapie.

Medewerkersmanagement

	2005			2006		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Dienst patiëntenzorg (*)	67	153	220	65	154	219
– Licentiaten in de psychologie	3	7	10	4	7	11
– Licentiaten in de lichamelijke opvoeding of kinesitherapie	2	3	5	2	3	5
– Maatschappelijk assistenten	0	4	4	0	5	5
– Gegradueerden in de psychologie	1	6	7	0	6	6
– Gegradueerden in de ergotherapie	1	14	15	1	16	17
– Gegradueerden in de kinesitherapie	2	0	2	2	0	2
– Therapieassistenten	3	5	8	3	5	8
– Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen	48	82	130	46	82	128
– Verpleegassistenten	0	3	3	0	3	3
– Verzorgend personeel	4	22	26	4	20	24
– Licentiaten in de medisch-sociale wetenschappen	2	0	2	2	0	2
– Opvoeder A2/B2	1	5	6	1	5	6
– Criminologen	0	2	2	0	1	1
– Gegradueerde orthopedagogie	0	0	0	0	1	1
Afdeling administratie en logistiek	50	32	82	48	36	84
– Administratief personeel	15	26	41	15	27	42
– Technisch en logistiek personeel	35	6	41	33	9	42

* De cijfers zijn niet van toepassing op het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Op 31 december 2005 werkten er 397 personeelsleden (257 vrouwen en 140 mannen) in het ziekenhuis. In de loop van dat jaar traden 42 personen in dienst (36 vrouwen en 6 mannen) en gingen 50 personeelsleden uit dienst (39 vrouwen en 11 mannen).

Op 31 december 2006 werkten in het ziekenhuis 390 personeelsleden (255 vrouwen en 135 mannen), 38 personeelsleden werkten in het IBF-stelsel (35 vrouwen en 3 mannen), 15 personeelsleden werkten in het kader van de Sociale Maribel (11 vrouwen en 4 mannen), 2 personen werkten met een startbaanovereenkomst (1 vrouw en 1 man).

In de loop van het jaar 2006 kwamen 58 personen in dienst (49 vrouwen en 9 mannen) en gingen 75 personeelsleden uit dienst (58 vrouwen en 17 mannen).

Personeelsbeleid

Het belang van een goed personeelsbeleid voor het succes van een organisatie wordt algemeen erkend; hierdoor wordt ook meer geïnvesteerd in het menselijk potentieel.

De patiënt staat centraal. De behandeling en begeleiding wordt echter uitgevoerd door het personeel. Dit moet zo optimaal mogelijk gebeuren. De opdracht aan de dienst personeelsbeheer bestaat er dan ook in elk personeelslid te begeleiden naar grotere professionalisering o.a. via opleidingen en vorming. Een tweede opdracht bestaat erin een bijdrage te leveren aan het creëren van een positief werkklimaat.

De waarde van een dienst personeelsbeheer mag zich niet beperken tot technieken en planning, maar dient tevens een toegevoegde waarde te bieden wat betreft het managen van de medewerker als mens en de ontwikkeling van de organisatie in zijn geheel. Dit managen wordt gerealiseerd binnen het kader van integriteits- en diversiteitsdenken. Wat betreft het personeelsbeleid 2005 en 2006 wordt beknopt een aantal realisaties toegelicht en hierbij een aantal kengetallen gegeven.

Diversiteitsbeleid

In de selectie en werving wordt het gelijke kansenbeleid van de Vlaamse regering geïntegreerd. Zo wordt beleidsmatig de eis gesteld dat de startbaancontracten voornamelijk voorbehouden zijn aan laaggeschoolden (lager secundair onderwijs of hoger secundair geen 7^{de} jaar). Op die manier wordt in de regio ieder jaar aan zo'n 20-tal laaggeschoolden de kans gegeven op een werkervaring van één jaar. Deze werkervaring resulteert vaak in het vinden van een andere job,

het terug gaan naar de schoolbanken voor het behalen van een diploma of een vervangingscontract in het OPZC Rekem. Wat betreft de samenstelling van de teams binnen de zorglijnen, wordt met het beleid een multiculturele samenstelling nagestreefd. Dit is immers een weergave van de maatschappij en het is belangrijk ditzelfde beeld terug te vinden in de personeelsbestaffing. Onderstaand enkele cijfers die het diversiteitsbeleid op een bijkomende manier kunnen toelichten.

	M	V	TOTAAL
Aantal vrouwen op 31/12/06	/	363	363
Aantal personen met een allochtone afkomst op 31/12/06	1	9	10
Aantal personen met een arbeidshandicap	0	1	1
Aantal personeelsleden op niveau D	39	112	151
Aantal personeelsleden ouder dan 45j	65	74	139

Selectie en werving

Vanuit het oogpunt van objectivering en advisering neemt de dienst personeelsbeheer deel aan elke selectie. In onderstaande tabel een overzicht van de selecties in 2005 en 2006. Elke selectie heeft voldoende kandidaten aangebracht zodat steeds de vacatures met heel wat potentieel gevuld werden. Toch leert de ervaring dat beroepen zoals apotheker en psychiatrisch verpleegkundigen nog steeds knelpuntberoepen zijn. Deze selecties vragen meer investering om te komen tot aanwerving van goede kandidaten.

2005	KANDIDATEN			WEERHOUDEN		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Maatschappelijk assistent	5	34	39	0	4	4
Psychologisch assistent	0	8	8	0	3	3
Logistiek assistent PVT	0	17	17	0	7	7
Logistiek assistent PZ	0	5	5	0	2	2
Psycholoog ouderenzorg	2	12	14	0	3	3
Verpleegkundige	1	5	6	1	3	4
Logistieke hulp (startbanen)	0	6	6	0	3	3
Verpleegkundigen (laatstejaarsstudenten)	2	11	13	2	4	6
Logistiek medewerker keuken	18	2	20	3	0	3
Aankoper	7	8	15	0	3	3
Wervingsreserve ziekenhuishelper	2	38	40	1	26	27
Criminoloog	2	11	13	0	1	1
Ergotherapeut	0	4	4	0	4	4
Activiteitenbegeleider (startbanen)	5	12	17	2	6	8
Activiteitenbegeleider MIN (startbaan)	1	7	8	0	4	4
Administratief medewerker MIN (startbaan)	4	19	23	2	6	8
Logistieke hulp (startbaan)	7	23	30	4	14	18
Technisch assistent trefcentrum (startbanen)	1	7	8	0	2	2
Administratief medewerker sociale dienst	1	5	6	0	3	3
Ziekenhuisapotheker	1	1	2	0	1	1
Psycholoog	3	28	31	0	3	3
Totaal	62	263	325	15	102	117

2006	KANDIDATEN			WEERHOUDEN		
	M	V	TOTAAL	M	V	TOTAAL
Hoofd aankoopdienst	4	2	6	1	1	2
Verpleegkundigen (vervangingscontracten)	3	13	16	2	5	7
Arts-psychiater	1	0	1	0	0	0
Verpleegkundigen (vervangingscontracten)	5	13	18	4	6	10
Medewerker keuken	11	5	16	2	0	2
Medewerker magazijn	14	7	21	1	1	2
Medewerker nachtdienst Hotel MIN	9	6	15	2	0	2
Psycholoog	5	20	25	2	3	5
Logistiek assistent PVT	0	2	2	0	2	2
Ergotherapeut	0	4	4	0	4	4
Arts-psychiater	0	1	1	0	1	1
Medewerker trefcentrum	8	24	32	0	5	5
Aankoper	11	14	25	0	2	2
Logistiek assistent PVT	0	6	6	0	1	1
Ziekenhuishelpers	3	47	50	1	12	13
Ergotherapeut	0	1	1	0	1	1
Activiteitenbegeleider (startbanen)	4	16	20	0	7	7
Medewerker dienst aankoop (startbaan)	2	13	15	1	1	2
Administratief medewerker MIN (startbaan)	11	20	31	0	3	3
Logistiek assistent in de verzorging (startbaan)	2	17	19	1	13	14
Assistent trefcentrum + keuken (startbanen)	1	5	6	0	2	2
Medewerker manegeproject (startbaan)	2	6	8	0	1	1
Assistent plantsoendienst (startbaan)	5	0	5	2	0	2
Totaal	101	242	343	19	71	90

Functie- en competentieprofielen

In het kader van de kanteling en reorganisatie van de zorg voor de patiënt deed zich de noodzaak voor om te sleutelen aan de huidige functieprofielen en via deze opstap te komen tot competentieprofielen.

Knelpunten bij de huidige profielen:

- geen diversificatie tussen de functies verpleegkunde A1, A2, verzorgende en logistieke hulp;
- geen duidelijk onderscheid in de paramedische functies;
- geen duidelijk onderscheid tussen diploma – loon – taken;
- geen coherente samenhang tussen de functies;
- de huidige functies zijn hoofdzakelijk vanuit de praktijk ingevuld, niet vanuit kwaliteitseisen of vragen;
- taken worden vaag omschreven; deze functieprofielen zijn moeilijk te gebruiken bij indiensttreding, bij selecties, bij evaluaties (vertaling van het algemeen verpleging- en verzorgingsconcept naar het concrete concept van de eenheid, kwaliteit van de kernactiviteit, kwaliteit van eigen functie-uitoefening);
- het opstellen van een vormingsplan, coaching, begeleiding, functioneringsgesprekken... wordt moeilijk indien geen duidelijk omschreven functie- en competentievereisten zijn.

In de loop van het werkjaar 2005 werd reeds gestart met de aanpak van de functieprofielen voor het verpleegkundig en verzorgend departement. Het gaat hier over het grootste aantal personeelsleden en het kleinste aantal verschillende functies. De materialen/bronnen die gebruikt werden zijn o.a. patiënttoewijzing als model, het beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige, het competentiewoordenboek en competentiewiel van de Vlaamse Overheid.

De methode die gevolgd werd:

- vertrekkende van een willekeurige onderwerpenlijst, aangevuld met elementen uit patiënttoewijzing, werden deelnemers per discipline en per onderwijsniveau (of per functie) samengebracht in werkgroepen;
- tijdens deze bijeenkomst werd hen gevraagd om bij elk onderwerp een kruisje te zetten in één van volgende categorieën:
 - basis niet vakspecifiek: deze onderwerpen worden gescoord indien ze deel uitmaken van het werken (met psychiatrische patiënten) in OPZC Rekem, zonder dat ze (exclusief) onder te brengen zijn bij één of andere discipline (of functie);
 - basis vakspecifiek: deze onderwerpen worden gescoord indien ze deel uitmaken van het werken met psychiatrische patiënten in OPZC Rekem en aangeleerd werden tijdens (of horen bij) een opleiding of vak;
 - extra opdracht: deze onderwerpen worden gescoord indien ze bovenop de basis (wel en niet vakspecifiek) deel kunnen uitmaken of gaan uitmaken van het werken met psychiatrische patiënten in OPZC Rekem;
- de deelnemers scoorden individueel eerst op papier en daarna werden de gegevens ingegeven in de PC in een spreadsheet die per tabblad/deelnemer achtereenvolgens gescoord werd;

- de resultaten werden onmiddellijk gesommeerd en afgeprint;
- de deelnemers bespraken dan de resultaten en dienden te komen (consensus) tot één kruisje per onderwerp (voor één van de 5 categorieën);
- de resultaten werden samengebracht en besproken met de betrokkenen in het project. Hierna gebeurden de aggregaties, de opsplitsing van basis vakspecifiek en basis niet vakspecifiek en afbakening van de extra opdrachten;
- gefaseerd kwamen eerst de verpleegkundigen, verzorgenden, de ziekenhuishelpers en de logistiek assistenten aan bod.

Vorming

Wat de interne vormingen betreft lag de klemtoon vooral op onderstaande opleidingen:

- brandpreventie en evacuatie;
- omgaan met agressie;
- omgaan met beschermende maatregelen;
- patiëntenrechten;
- opfrissing EHBO;
- comfortzorg bij ouderen en mentaal gehandicapten;
- vorming met betrekking tot de kwaliteit van zorg, de nieuwe zorgorganisatie van aanbod naar een vraaggestuurde werking.

2005 betekende een voortzetting van de tendens die in 2004 werd ingezet. Vooral veel grote vormingen met het doel een langdurig effect te bekomen en vooral gegeven door interne lesgevers (vormen van vakspecialisten). Onderstaande tabel geeft enkele kengetallen weer van de inspanningen die geleverd zijn in het kader van de personeelsontwikkeling voor het werkjaar 2005 en 2006.

1. Kengetallen volgens geslacht

	M	V	TOTAAL
Aantal personeelsleden die in 2005 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	127	330	457
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	9.936,20	19.294,78	29.230,98
Aantal personeelsleden die in 2006 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	110	338	448
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	12.169	9.416	21.585

2. Kengetallen volgens niveau

	A	B	C	D	TOTAAL
Aantal personeelsleden die in 2005 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	45	113	147	152	457
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	7.694,02	6.990,14	8.428,32	6.118,50	29.230,98
Aantal personeelsleden die in 2006 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	45	133	144	126	448
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	7.572	7.231	4.422	2.360	21.585

3. Kengetallen volgens leeftijd

	<= 34 J	35-44 J	45-54 J	>= 55 J	TOTAAL
Aantal personeelsleden die in 2005 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	211	139	74	33	457
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	16.738,12	7.572,27	2.739,06	2.181,53	29.230,98
Aantal personeelsleden die in 2006 hebben deelgenomen aan minstens 1 vormingsactiviteit	167	145	106	30	448
Kostprijs van de gevolgde vormingsactiviteit in euro	6.340	8.017	3.429	3.799	21.585

Middelenmanagement

Concept en visie van de architecten



TIJD

...

Tijd is de voortgang en opvolging van de gebeurtenissen en verschijnselen als een zelfstandige en ononderbroken eenheid beschouwd (... De tand des tijds... De tijd vliegt...)... Tijd is een punt of plaats, niet als duur beschouwd, in de opvolging van verschijnselen (... Tijdstip... Moment...)... Tijd is een deel van de algemene opvolging van gebeurtenissen en verschijnselen waarover een werking of een toestand zich uitstrekt (... Tijdsduur... Tijdsverloop... Het zal mijn tijd wel duren...)... Tijd is het geheel van voorbijgaande, het leven beheersende omstandigheden of toestanden (... Toen was het een tijd!... De tijden zijn veranderd... Is het in die tijd?...)... Tijd is een geregeld terugkerende tijdruimte of geregeld terugkerend tijdstip waarin bepaalde natuurverschijnselen optreden of zekere werkzaamheden verricht worden (... Seizoen... Oogsttijd...)

...

(Frans van der Kolff; 'Wat is tijd?', De Boekerij, jg. 4, no. 3-1999)

Na de goedkeuring van het Masterplan voor OPZC Rekem door de voogdijminister in 1997, konden wij als ontwerpers aan het werk begin 1998. Het onthaalgebouw met dagbehandeling werd in gebruik genomen midden 2004, de verblijven voor volwassenenzorg begin 2006. Daarmee is de eerste fase van het globale masterplan gerealiseerd binnen de tijdsspanne van een decennium. Er zijn nog vier fasen in uitvoering, in voorbereiding of gepland.

Wij kennen allemaal de problematiek van de lange doorlooptijden voor bouwprojecten in de zorgsector; toch is dit niet de reden waarom wij het verhaal van het OPZC hier in een tijdsperspectief proberen te plaatsen.

Terzijde en misschien ter vertroosting vooraf nog dit: wij kennen projecten in de (psychiatrische) zorgverstrekking, die ongeveer gelijktijdig opgestart zijn en waar op vandaag nog de eerste steen geplaatst moet worden.

Negentienhonderdachtennegentig is de twintigste eeuw, het jaar van Monica Lewinsky en de luchtaanvallen op Irak door Clinton, het einde van de Agusta-zaak. Frankrijk wordt wereldkampioen voetbal en in de Tour wordt de Festinaploeg eruit gezet. 1998 is in België ook het jaar van getuige X1 en de werkgroep Morkhoven.

Beleidsplan en Bouwplan

In de (mooie) zomer van 1998 hebben wij, tijdens de brainstormingsessies met de directie en medewerkers, menige aangename dagen doorgemaakt op de site van het OPZC. Daarbij stond één vraag centraal: 'Hoe kunnen de nieuwe tendensen in de GGZ maximale ontplooiingskansen krijgen door een re-engineering van de site van het OPZC?'

Wat viel daarbij op? De meeste – toenmalig gedefinieerde – tendensen spreken zich niet uit over één gecentraliseerde campus, maar net omgekeerd: '... grotere openheid, transmuraal werken, uitbouwen van zorgcircuits, samenwerking met andere voorzieningen...' Bovendien staan deze inzichten vrij diametraal tegenover de uitgangspunten bij de oorspronkelijke uitbouw van de campus in de periode 1965–1975. De campus werd toen ontwikkeld als een autonome, vrij autarkische, afgezonderde en op interne groei gerichte leefwereld.

Deze inzichten leidden tot twee belangrijke conclusies: het OPZC als klinische organisatie kon niet meer vereenzelvigd worden met de campus te Rekem en voor de campus diende eerder een krimp- dan een groeiscenario uitgewerkt te worden.

De verandering van de organisatie kan – naast de bouwwerken op de site te Rekem – evengoed of beter afgelezen worden uit de initiatieven die de laatste jaren 'off-campus' uitgewerkt werden, zoals Hotel MIN in Antwerpen en het PVT en het Activiteitscentrum te Lanaken enerzijds en de verschillende samenwerkingsverbanden en projecten anderzijds. Voor de hoofdcampus leidde dit tot de prominente plaatsing van het onthaalgebouw met dagbehandeling enerzijds en tot een belangrijk herbebossingsprogramma, aansluitend op het natuureservaat.

Het OPZC heeft in zijn beleidsplan extra aandacht voor de zeer ernstige en zware problematieken (o.a. forensische medium-risk) en beschouwt dit als een blijvende taak. Vanuit de wens tot openheid en drempelverlaging enerzijds en de aandacht voor zware problematieken anderzijds, werd de campus gestructureerd in verschillende veiligheidszones, volgens open of gesloten karakter en verwachte bezoekersaantallen van de zorgeenheden.

Nieuwe technologieën – Duurzaam Bouwen

In 1998 gaven bouwheer (VIPA) en opdrachtgever (OPZC) aan de architecten de expliciete opdracht om een technisch innoverend project te realiseren, met specifieke aandacht voor duurzaam bouwen. Het strekt bouwheer en opdrachtgever tot eer reeds in die periode het thema van duurzaamheid zo expliciet naar voor geschoven te hebben.



Waar duurzaam bouwen op vandaag – minstens formeel – bij iedere opdracht als specifiek thema gesteld wordt, was dit eind jaren negentig nog niet zo evident. De 'evaluatiecriteria ecologisch bouwen' van VIPA werden pas halfweg 2002 gepubliceerd. Ook op een ander niveau was het project OPZC bij de Vlaamse overheid een voorloper; het was één der eerste projecten dat geadviseerd werd door de toenmalig pas aangestelde eerste Vlaamse bouwmeester.

Duurzaam Bouwen – Duurzaam Leven – Therapeutisch Concept

Het is de verdienste van de directie van het OPZC en meer specifiek van de administrateur-generaal dr. R. Kusters, die ons uitdaagde om de thematiek van innoverend en duurzaam bouwen niet als een louter technische aangelegenheid te bekijken, maar ons te verplichten deze technische componenten in te passen in het therapeutisch gebeuren van de instelling. Algemene organisatie van de site, gebruik van de natuurlijke omgeving, de cabrio-serres, inrichting van de tuinen, opbouw van de leef- en therapieruimtes... werden telkens zowel bouwtechnisch als therapeutisch onderbouwd.

2006 en verder...

Het verhaal van (deze eerste fase van) het masterplan in 'perspectief' plaatsen roept een aantal vragen op: Wat is er in die kleine tien jaar veranderd, algemeen maatschappelijk en in de psychiatrische zorgverlening? Hebben wij deze evoluties juist ingeschat tijdens de ontwerperperiode? Beantwoorden de net in gebruik genomen gebouwen aan deze evoluties?

Als het zo zou zijn dat er in een tijdsspanne van nog geen tien jaar significante veranderingen zijn opgetreden – waardoor bepaalde omgevingselementen anders geapprecieerd worden –, kunnen wij dan een inschatting maken voor de volgende decennia, d.w.z. voor de normale gebruiksduur van de nu nieuwe gebouwen?

Kunnen de basisprincipes vastgelegd in deze gebouwen de zogenaamde 'tand des tijds' doorstaan?

Dienen de basisprincipes van het Masterplan vastgelegd in 1998 geamendeerd, aangepast, versterkt te worden?

Het lijkt ons duidelijk dat de in het Beleidsplan gestelde evoluties in de GGZ (transmuraal werken, zorgcircuits, samenwerking...) steeds meer vorm krijgen en bestendigd worden. Voor het OPZC zullen de openstelling van het PVT in Lanaken en de realisatie van het Hotel MIN de infrastructurele omkadering bieden om deze beleidsopties optimaler in te vullen. Het PVT te Lanaken wordt een verzorgingstehuis waarbij de integratiegedachte zeer ver is uitgewerkt door het samenspel met het dagactiviteitencentrum enerzijds en de gemeentelijke bibliotheek, het VVV-kantoor en de gezamenlijke binnentuin anderzijds.



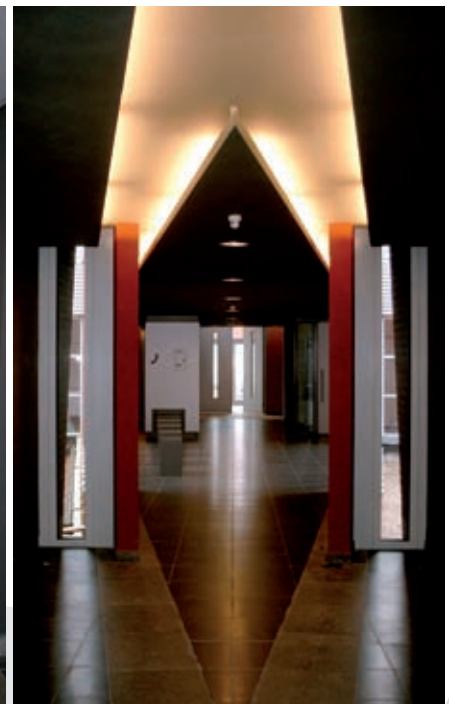
De maatschappelijke gebeurtenissen en evoluties in het voorbije decennium hebben niet altijd de gewenste grotere openheid met betrekking tot de GGZ vergemakkelijkt, zeker niet voor de zwaardere problematieken (o.a. forensische zorg). Het OPZC staat voor verdere omvangrijke bouwprojecten om het Masterplan van zijn hoofdcampus te realiseren. De drempelverlaging kan versterkt worden door de bouw van de ouderenzorg. De sporthal, de hippotherapie en de boerderij blijven mogelijkheden bieden om de site ook voor derden bruikbaar te maken en zo de integratie te bevorderen.

De in gebruik genomen gebouwen en tuinen zullen voor patiënten, bewoners en zorgverleners hopelijk een ruimtelijke omgeving bieden die stimulerend werkt. Na bijna tien jaar van conceptvorming, ontwerp en realisatie worden deze gebouwen aan hen overgedragen en door hen in bezit genomen. Zij zullen hun kinderziektes hebben, hun nukken en buien. Aan jullie om ze toe te eigenen, om ze naar je hand te zetten, om ze te temmen.



...
On ne connaît que les choses qu'on apprivoise...
Qu'est-ce-qui signifie 'apprivoiser'?
C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Cela signifie 'créer des liens'
...
(uit: Antoine de Saint-Exupéry; 'Le Petit Prince')

BRUSSEL, 1 AUGUSTUS 2006
WILLY AZOU – ARCHITECT
CONCEPTVORMING EN MASTERPLANNING OPENBAAR PSYCHIATRISCH ZORGCENTRUM REKEM



Masterplan

De start van het Masterplan vloeit voort uit het algemeen beleidsplan, dat uitgewerkt werd voor en door OPZC Rekem. Hierbij ligt het accent op de reorganisatie van de klinische diensten. De kerngedachte achter deze reorganisatie is het centraal stellen van de patiënt.

Deze inhoudelijke, beleidsmatige inzichten (beleidsplan), moesten ook vertaald worden naar een bouwkundig concept, dat gebaseerd is op een moderne visie op de psychiatrie en op nieuwe managementinzichten.

Bovendien dient het Masterplan flexibel te zijn om vlot te kunnen inspelen op toekomstige ontwikkelingen in de psychiatrie.

Voorgeschiedenis bouwplan: Masterplan

De directe aanleiding voor het Masterplan lag in het feit dat de bestaande gebouwen niet aangepast zijn aan de nieuwe visie op de psychiatrie en bovendien ouder zijn dan 20 jaar. De vaststelling dat de verbouwing duurder was dan 75% van een nieuwbouw, leidde dan ook tot de beslissing het merendeel van het zorgaanbod in een nieuwbouw te realiseren. Na een langdurig proces van onderzoek, studie en reflectie werd het geactualiseerd Masterplan ingediend in augustus 1998, het voorontwerp in december 1999 en de bouwaanvraag in juni 2000.

Het oorspronkelijk concept van het Masterplan werd opgemaakt door het studiebureel PSK. OPZC stootte echter op enkele technische problemen binnen dit eerste concept. Zo werd er geen rekening gehouden met de niveauverschillen op het terrein en de tussentijdse verhuisproblemen. Tevens had PSK bezuinigd op de reguliere bedden om het forensisch project mogelijk te maken. Dit was echter niet de afspraak en OPZC kon zich hiermee dan ook niet akkoord verklaren; OPZC wilde immers voor alle patiënten een volwaardig verblijf voorzien.

Binnen de stuurgroep Masterplan leidde dit tot fundamentele nieuwe beslissingen, namelijk het volledig herzien van de inplanting en locatie op de campus, een herziening van de fasering en het verlaten van het eerste concept PSK.

Uiteindelijk werd de uitvoering van het Masterplan toegekend aan de Tijdelijke Vereniging van architectenbureaus De Vloed, Van Kerckhove en Verstraeten. Gezien deze wijziging van ontwerpers werd er een extra studieperiode ingelast. Tijdens deze studieperiode werd het proces rond de nieuwe organisatie van de psychiatrie een belangrijk nieuw element waarmee moest worden rekening gehouden. Tussen de architecten, de directie, de geneesheren en de hoofden van de zorgeenheden werd intens overleg gepleegd met de bedoeling de gewijzigde inzichten te vertalen naar een nieuw bouwkundig concept.

De premisse en de algemene doelstellingen op medisch-psychiatrisch, infrastructureel, economisch en organisatorisch vlak, zoals oorspronkelijk geformuleerd in het Masterplan, bleven echter quasi volledig onaangeroerd.

De nieuwe tendensen in de sector van Geestelijke Gezondheidszorg leggen de nadruk op grotere openheid, transmuraal werken, uitbouwen van zorgcircuits en samenwerking met andere voorzieningen.

De zeer ernstige en zware problematiek krijgt in deze nieuwe visie extra aandacht: de patiënt komt effectief centraal te staan in het hele behandelproces en niet meer de instelling. De opnameduur zal zoveel mogelijk ingekort worden en thuisbehandeling wint aan belang.

Algemeen opzet en belangrijkste principes

Bij het opstellen van het nieuwe bouwplan stonden een aantal belangrijke thema's voorop.

Op **functioneel** gebied is er uitgegaan van:

Gebundelde deconcentratie

Omwille van de bestaande toestand op de campus stond de problematiek concentratie-deconcentratie voorop. De uitgestrektheid van het terrein en de – althans op het eerste zicht – toevallige spreiding van de paviljoenen, leidden begrijpelijk tot een reactie van ordenen en concentreren.

Het werken in veiligheidszones

De situering van de verschillende zorgeenheden is bepaald door het open of gesloten karakter ervan en door de te verwachten bezoekersaantallen. Zo zal de ouderenzorg in een latere fase vooraan op het terrein gesitueerd worden, terwijl de forensische zorg helemaal achteraan, voorbij de boerderij en het vernieuwde therapiegebouw, ingeplant zal worden.

De centrale en prominente plaatsing van het onthaal, de medische diensten en de dagbehandeling

Het onthaalgebouw springt bij het betreden van het terrein in het oog door enerzijds zijn frontale en prominente ligging, en anderzijds door zijn opmerkelijke architectuur; het is het centrale punt voor iedere patiënt en bezoeker en functioneert in deze context als een aantrekkingspool.

Het centraliseren van administratieve en logistieke diensten

De niet-patiëntgebonden administratie zoals de financiële diensten, de aankoopdienst, personeelsrefter en het algemeen magazijn worden gecentraliseerd in één zone aan de overkant van de dreef en te bereiken via een achterliggende dienstweg.

De dienst onderhoud en techniek blijft (o.a. omwille van akoestische redenen) behouden op zijn huidige plaats tegenover de boerderij.

Het vermijden van ingewikkelde verhuisbewegingen tijdens de uitvoering van het bouwplan

Voor het realiseren van het bouwplan hoeft geen enkele entiteit voorafgaandelijk afgebroken te worden. Een bestaande zorgeenheid hoeft slechts éénmaal en definitief te verhuizen.

De gelokaliseerde werven en de dubbele ontsluiting van het terrein vergemakkelijken de operationaliteit van het ziekenhuis tijdens de opeenvolgende bouwfasen.

Technisch gezien is het project gebaseerd op volgende principes:

Duurzaamheid

De aangewende materialen zijn met de grootste zorg gekozen uit het oogpunt van enerzijds een minimum aan onderhoudskosten (onderhoudsvriendelijke materialen) en anderzijds hun natuurlijke oorsprong waarbij het hergebruik van de bouwmaterialen centraal staat.

De belangrijkste materialen buiten zijn baksteen, glas. Binnen werden rubber, linoleum, inlands hout, gipspleisters op natuurlijke basis, verven op waterbasis... consequent aangewend.

Ook de aangewende technieken zoals buitenzonweringen door o.a. grote luifels en kantelbare lamellen, zonnepanelen, natuurlijke ventilatie via hoogtechnologische verluchtingsroosters en verluchtingsschouwen, het voorzien van groendaken, het recupereren van het regenwater voor toiletspoeling van de hele campus... maken integraal deel uit van deze ontwerpvisie en architectuur. Hierbij staat de zorg voor het milieu en de kwaliteit van het leven en beleven centraal. Het gebruik van materialen en technieken draagt bij tot rationeel energieverbruik en een minimale milieubelasting.

Hergebruik van de bestaande infrastructuur en uitrusting

In het bouwplan is getracht zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande wegeninfrastructuur.

Ruimtelijk-architecturaal is gekozen voor:

Schaalproject

In het Masterplan is rekening gehouden met het creëren van een soort microkosmos, waarbij grootschaligheid bewust is geweest. Op het terrein is geopteerd om niet één grootschalig gebouw te ontwerpen, maar waar mogelijk te opteren voor losstaande gebouwen. Het doel hiervan is het creëren van een soort dorp op de campus waarbij vooral de bewoners uit de open zorgeenheid, maar ook het personeel en bezoekers deelnemen aan de buitenomgeving.

Een duidelijke en klare lay-out van functies en circulaties

Op het niveau van de campus onderscheiden zich duidelijk verschillende entiteiten: zorgeenheden, onthaal en medische diensten met dagbehandeling, logistieke diensten en administratie, therapie...

Een geoptimaliseerd gebruik van de natuurlijke omgeving

De ligging van de campus midden in het groen – typisch voor de benadering in de 60-er jaren – is als een kwaliteit uitgewerkt.

Belangrijk hierbij is het al te open, soms desolate karakter van de site te corrigeren en te herstructureren.

Een ruimtebepalende plaatsing van de bouwvolumes, het behouden en versterken van bestaande groenmassieven op de campus en een herbebossingsprogramma (in samenspraak met Bos en Groen), aansluitend op het natuurreservaat, kunnen van het OPZC Rekem een unieke site maken.

Aandacht en respect voor de bestaande structurende elementen en de historisch-morfologische gelaagdheid van het terrein

Het huidige bouwplan wil op een inclusieve manier bestaande elementen behouden en revaloriseren. Zo wordt het belang erkend van de reeds bestaande dreef met zijn aanpalende constructies. Ook de overlappende patronen van wegenis en paden worden behouden. Op die manier is dit plan eerder een voortbouwen op een historische structuur niettegenstaande het feit dat het om een praktisch volledige nieuwbouw gaat.

Openheid naar de buitenwereld

Aan de straatzijde wordt de huidige bomenrij verwijderd, zodat de instelling meer zichtbaar wordt.

Ook de inplanting van de open zorgeenheden dicht bij de straat, leunt aan bij de visie van het OPZC om het instituut dicht bij de buitenwereld te betrekken, niet alleen letterlijk, maar ook figuurlijk. Door zich fysisch zichtbaar op te stellen wil men de openheid en ontvankelijkheid van het instituut benadrukken.

Imagobevorderende architectuur

Door zijn ontvankelijke, duidelijk leesbare architectuur wil OPZC zich ook naar de buitenwereld profileren als een instituut dat inspeelt op de vernieuwende tendensen binnen de psychiatrie.

Van nieuwe technologieën – duurzaam bouwen – naar een therapeutisch concept

In het Masterplan werd uitdrukkelijk gesteld: 'Het is de uitgesproken wens van de bouwheer (VIPA) en de opdrachtgever (OPZC) om een technisch innoverend project te realiseren, met aandacht voor duurzaam bouwen.'

Specifiek voor OPZC als psychiatrisch zorgcentrum werd nagegaan welke de leefomstandigheden kunnen zijn voor de patiënten. Historisch zoekt de psychiatrische architectuur aansluiting bij penitentiaire en/of medische bouwtypologieën. Deze connotaties worden in het Masterplan zoveel mogelijk vermeden.

Er is een tendens om in de gewone woon- en werkomgeving opnieuw op een zo natuurlijk mogelijke manier te bouwen en te leven en kunstmatige, egaliserende binnencondities te weren waar mogelijk.

In plaats van een kunstmatige ziekenhuisatmosfeer te creëren, waar het mogelijk is om ononderbroken te leven in een geklimatiseerde binnenomgeving en waar praktisch alle natuurlijke elementen (warmte en koude, regen en wind...) buitengesloten worden, is getracht een zeer gedifferentieerde woon- en leefomgeving aan te bieden. Uiteraard binnen de noodzakelijke behandelings- en veiligheidsnormen. De patiënt – ook deze van de gesloten zorgeenheden – kan leven binnen een omgeving die niet artificieel wordt bepaald, maar waarin seizoenen en dag-nachtcyclussen voelbaar en tastbaar aanwezig zijn.

De serre of wintertuin in de nieuwe verblijven speelt daar een essentiële rol in. Zij laten door hun basisbeschutting de goede werking van de eenheden toe. Voor de patiënt is zij het centrum van zijn leefwereld. Hij moet zich voor elke andere activiteit verplaatsen: 's morgens vanuit zijn slaapkamer naar het ontbijt, later als hij therapie wil volgen en opnieuw als hij zich wil terugtrekken in de zithoek. Daarbij kunnen de activiteiten die plaatsvinden in de serre zelf variëren van 's morgens tot 's avonds in functie van de stand van de zon en van de seizoenen in functie van de temperatuur.

Kunstwerk

In dit nieuwbouwproject zijn er een aantal elementen die een rode draad vormen doorheen het hele bouwtraject. Zo staan re-integratie, rehabilitatie en resocialisatie centraal. De infrastructuur wordt eerder gezien als deel van het therapeutisch proces en het is dan ook de bedoeling dat de architectuur het contact, de dialoog en de integratie bevordert.

Ook werd er aandacht besteed aan ecologie en niet alleen in de zin van duurzaam bouwen (vb. groendaken, grijs-watercircuit) maar ook in de zin van behandeling, dus eerder duurzaam leven.

Met deze gedachte in het achterhoofd werd er voor de geïntegreerde kunstopdracht uitgegaan van het netwerkconcept waarin de mens en zijn omgeving centraal staan.

Zo wil OPZC haar werking naar de buitenwereld opentrekken en tegelijkertijd beroep doen op de netwerken van de patiënten zelf.

Een externe jury onder begeleiding van de Kunstcel maakte een selectie van een aantal kunstenaars die een basisconcept hebben uitgewerkt.

Voor de site te Rekem werd o.a. Jef Geys geselecteerd. Hij heeft een monumentale fries uitgewerkt. Jef Geys heeft doorheen de jaren een groot archief aan documentatiemateriaal bijgehouden en houdt zich al sinds 1992 bezig met het kasteel in Oud-Rekem. Hier leefden de psychiatrische patiënten voordat ze naar dit domein zijn verhuisd in de jaren 70. Jef Geys heeft foto's genomen van de kasteelmuren waarop de patiënten allerlei mededelingen, tekeningen en persoonlijke ervaringen hebben gekrast.

De kunstenaar werd hierdoor gefascineerd en wilde dit vastleggen. Hierbij stelde hij zich een aantal vragen zoals: wat moet zichtbaar blijven van al dat leed en hoe kunnen wij respectvol omgaan met die herinnering? Het is dus eerder een hommage aan de patiënt.

Op die manier wordt er ook een link gelegd tussen het verleden en de toekomst, tussen het oude kasteel en de nieuwbouw.

De monumentale fries hangt in een vergaderzaal aan het onthaalgebouw. In deze vergaderruimte komen ook regelmatig externen, hetgeen uitstekend past in het netwerkidee want op die manier wordt de wereld van de patiënt naar buiten gebracht.

Beschrijving van de reeds gerealiseerde projecten

Onthaalgebouw met dagbehandeling en verblijven volwassenenzorg

Het onthaalgebouw is de blikvanger bij het betreden van het domein; het laat de bezoeker een eerste kennismaking met de campus toe zonder de campus echt te betreden. Dit gebouw met speciale architecturale vorm nl. dubbel boogvormig is representatief voor het hele project: vernieuwend en begeistert met aandacht voor Duurzaam Bouwen. Dit laatste uit zich onder andere in de voorzetgevel met glaslamellen, waarop fotovoltaïsche cellen zijn aangebracht. Anderzijds werd hier ook geopteerd voor nachtkoeling, zodat airco vermeden wordt (het project heeft immers een zuid-oriëntatie).

In het onthaalgebouw werden op het gelijkvloers een aantal publieksgerichte functies ondergebracht zoals de sociale dienst, de patiëntenadministratie en de medisch-technisch lokalen. Op de verdieping zijn er poliklinische faciliteiten voor

de geneesheren-psychiaters zodat ook naar buiten toe de kliniek haar diensten kan aanbieden. Verder zijn er op de verdieping nog enkele administratieve voorzieningen, gelinkt aan de geneesheren en de apotheek. In de doorgang naar de dagbehandeling zijn er twee vergaderzalen.

Vlak achter het onthaalgebouw ligt de dagbehandeling die dienst doet als in- en uitstroom. Patiënten die via de dagbehandeling geholpen worden, hoeven niet opgenomen te worden en patiënten die nog ondersteuning nodig hebben bij het verlaten van het ziekenhuis, kunnen hier ook terecht. In totaal zijn dat een 50-tal dagpatiënten voor verschillende soorten therapieën; zo zijn de ruimtes volledig uitgerust om kooktherapie en creatieve therapie te geven.

De verblijven liggen zijdelings van het onthaalgebouw in een rechte lijn met het vernieuwde therapiegebouw. In dit gebouw zijn er 70 bedden voor de volwassenenzorg, verdeeld over 2 x 35 bedden bedoeld voor de zorglijn neurose en de zorglijn psychose.

Het centrale gegeven in de verblijven zijn de 2 grote serres die de verschillende gebouwen met elkaar verbinden. Een cabrioserre heeft een dak dat naargelang de seizoenen geopend of gesloten kan worden zodat patiënten de seizoenen bewust kunnen aanvoelen en beleven.

Er zijn 4 verschillende types van gebouwen opgetrokken rond de serre: nachtverblijf met individuele kamers, dagverblijf met eetkamer, tv-hoek en rokersruimte, therapielokalen en dienstlokalen voor verpleging, dokters, individuele gesprekken, bezoekerslokalen e.d. Men moet telkens door de serre om naar een lokaal te gaan. Zo wordt de serre ook een soort van ontmoetingsruimte waar allerhande activiteiten georganiseerd kunnen worden.

Naast de opname- en behandelmodules is er in de zorglijn psychose ook een crisisunit met een ambulancehal. Deze unit bestaat uit een 6-tal volledig uitgeruste kamers zodanig dat een crisisinterventie mogelijk is.

Grootkeuken

De grootkeuken situeert zich achteraan op het domein. Deze inplanting kwam tot stand in samenspraak met de diensten van Stedenbouw. Belangrijke uitgangspunten voor de ligging waren o.a. beperking van de geurhinder voor de zorggeenheden, aparte toegang voor leveringen met minimale hinder voor de patiënten, gelegen in de dienstzone en onderdeel van de bufferzone met de toekomstige forensische zone.

Voorheen werden de maaltijden in het OPZC bereid volgens de principes van de warme lijn. Hierbij werden de maaltijden gekookt in de centrale keuken en onmiddellijk na het koken in bulk via isoleerketels naar de verschillende zorggeenheden gebracht. Volgens de strenge normen inzake hygiëne moet een warme maaltijd tot op het bord van de patiënt steeds minimum 65 °C halen wat geen sinecure was.

In de nieuwe grootkeuken hanteert men het principe van de koude lijn keukens. De koude lijn koken of het ontkoppeld koken betekent dat het kookproces en het nuttigen van de maaltijd niet meer aan elkaar gekoppeld zijn. M.a.w. de gerechten worden bereid, afgekoeld en op genormeerde temperatuur koud bewaard en nadien opgewarmd voor consumptie. Het hele proces wordt uiteraard volgens de strengste hygiënische normen bewaakt. Op deze manier kan men efficiënter werken (minder productiedagen), behouden de gerechten een betere smaak en is de bacteriologische kwaliteit constanter en makkelijker te controleren. Bovendien is het een zeer flexibel systeem; via de regeneratiewagens kan men de maaltijd opwarmen op het moment dat men wil eten. Zo betekent een uitgelopen activiteit of uitstap geen koud middagmaal.

Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) - Residentie Rado

Het project Residentie Rado te Lanaken, kadert in een totaalproject bestaande uit enerzijds de gemeentelijke bibliotheek met het VVV-kantoor en anderzijds op het achterliggend terrein de gemeenschapswoningen bedoeld voor 60 bewoners uit het psychiatrisch verzorgingstehuis.

De bewoners verblijven in kleine leefgroepen van telkens 6 + 14 bewoners. De 3 wooneenheden hebben een eigen toegang en aan de achterkant een eigen private binnentuin en hebben allen zicht op het gemeenschappelijk gecreëerde binnenplein met de gemeentelijke bibliotheek en het VVV-kantoor. Toch staan de leefgroepen ook onderling in verbinding met elkaar en met het voorgebouw.

Op het gelijkvloers liggen overwegend de woonruimtes bestaande uit een zithoek, eethoek, keuken, sanitair en de slaapruidtes voor eventuele rolstoelbewoners. Belangrijk hierbij is dat alle ruimtes zo veel mogelijk rechtstreeks daglicht krijgen. Op de verdiepingen zijn de slaapruidtes, badkamers en linnenbergingen voorzien.

Door de opdeling van 6 + 14 bewoners zijn er mogelijkheden tot meer zelfstandig wonen naargelang de zelfredzaamheid van de bewoners.

Een aantal functies zoals de burelen van de sociaal assistent, de geneesheer, de kinesist, de vergaderzaal... werden gegroepeerd langs de meer publieke zijde van het gebied, nl. aan de voorkant langs de Koning Albertlaan. Ook het dagactiviteitencentrum ligt aan deze publieke zijde. Hier worden overdag een aantal sociale activiteiten georganiseerd voor de mensen buiten het PVT, die al dan niet in een beschutte woonvorm verblijven. Deelname aan deze activiteiten door de bewoners van PVT, zou gelet op de locatie, drempelverlagend werken.

Aan de achterzijde, op het einde van de parkeerzone, werden de tuinberging, de fietsenberging en de garage ingeplant.

Door het groeperen van de gebouwen van de gemeente en het PVT ontstaat er een vrije ruimte tussen beide complexen. Deze vrije ruimte werd ingericht als een aangename binnentuin.

Ook in dit project werden de principes van Duurzaam Bouwen maximaal toegepast. Zo wordt het regenwater hergebruikt voor de watertoevoer van de toiletten, het onderhoud van de patio's... Tevens werden op het hellend dakvlak zonnecollectoren geplaatst die zorgen voor de productie van warm water en werden er waar mogelijk groendaken voorzien. De ramen van de leefruimtes gericht op het zuiden werden voorzien van een vaste structurele luifel zodat oververhitting van deze lokalen op een natuurlijke manier vermeden wordt. Men trachtte zo veel mogelijk natuurlijke materialen te gebruiken zowel binnen als buiten en er werd rekening gehouden met een minimale hergebruikcoëfficiënt van de aangewende materialen.

De ingebruikname vond plaats midden april 2007, na aanleg van de buiteninfrastructuur en de levering van de losse inrichting.

PVT – Hotel MIN

Het Psychiatrisch Verzorgingstehuis Hotel MIN te Antwerpen is verantwoordelijk voor de opvang en de begeleiding van forensische bewoners die psychisch voldoende gestabiliseerd zijn om zich te re-integreren in de samenleving via een resocialisatieprogramma. Hotel MIN maakt deel uit van een netwerk van Antwerpse voorzieningen die personen met zorg begeleiden via beschut wonen en ondersteunen via dienstencentra.

In 2004 is de studie afgerond, wat resulteert in een aanbestedingsdossier en een veiligheids- en gezondheidsplan voor de realisatie van het Hotel MIN.

Hierbij is rekening gehouden met de principes van de verschillende beleidsbrieven betreffende duurzaam en energie-vriendelijk bouwen. Ook werd in het ontwerp rekening gehouden met de regelgeving inzake legionella, asbest, water, en de (Europese) richtlijnen inzake klimaat in het gebouw.

Het resultaat is een gebouw dat minimaal gebruik maakt van fossiele brandstoffen, maximaal inspeelt op de natuurlijke energievoorraad (dag-nachtopslag, seizoensopslag), maximaal inspeelt op natuurlijke ventilatie, toelaat een energieboekhouding te voeren en een gebouwenbeheersysteem bevat. Daarnaast beantwoordt het gebouw aan de principes van duurzaamheid in de zin dat het ook bruikbaar kan zijn voor andere doelgroepen dan het huidig forensisch publiek.

In maart 2007 verhuisde Hotel MIN tijdelijk naar St-Amadeus te Morstel, waardoor de werken kunnen aanvangen.

Waardering door klanten

Primaire klanten: de patiënten

CONSULENTEN

De diversiteit van het patiëntenbestand in het OPZC Rekem wordt weerspiegeld in de aanvragen van de patiënten om bezoek te ontvangen van een consulent die aansluit bij hun religieuze of levensbeschouwelijke visie.

Het bezoek van een consulent naar keuze is voor de patiënt een recht waarvan hij kosteloos gebruik kan maken.

Het OPZC Rekem wenst als openbare instelling de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging van de patiënten te waarborgen.

De patiënten kunnen elke werkdag beroep doen op een vertegenwoordiger van de rooms-katholieke godsdienst. Daarnaast is hij ook bijna 24 uur op 24 bereikbaar voor dringende gevallen. Verder kunnen de patiënten beroep doen op een consulent van elke erkende godsdienst of op een vrijzinnig moreel consulent.

Naast de katholieke aalmoezenier wordt door de patiënten van het OPZC Rekem regelmatig beroep gedaan op de vrijzinnig moreel consulent en de moslimconsulent.

In 2005–2006 werd gemiddeld 35 uur per maand beroep gedaan op de vrijzinnig moreel consulent.

De moslimconsulent was gemiddeld 23 uur per maand actief in het OPZC Rekem.

Ook op de protestantse aalmoezenier werd enkele malen per maand beroep gedaan.

PASTORALE DIENST

De leuze van de pastorale dienst is: 'Er zijn voor anderen, hoe dan ook.' Dag in dag uit probeert de pastor vanuit zijn zending met mensen die dat willen een stukje op tocht te gaan. In die zin wil hij iemand zijn die de tijd neemt om te luisteren naar het verhaal van mensen, zonder te oordelen of te veroordelen. Geen grote woorden of verwijtende vinger, gewoon luisteren en bemoedigen. Een schouderklopje, een glimlach, een losse babbel... het kan wonderen doen. Het doet mensen weer ervaren dat ze iemand zijn. Het is één van de uitdagingen van de pastor om mensen te bevestigen in hun zijn, dat zij – hoe dan ook – belangrijk zijn en hun kwaliteiten hebben.

Zo klopt ook regelmatig familie aan, omdat ze het moeilijk hebben met de opname van één van hun ouders, van een partner, een kind, een broer of zus... Gewoon om hun verhaal, dat zij elders moeilijk kwijt kunnen, te kunnen doen. Ook personeelsleden, worstelend met persoonlijke of beroepsmatige vragen, doen beroep op de pastor.

Helaas hebben wij ook te maken met de eindigheid van het leven. Ook in die periode wil de pastorale dienst er zijn om patiënt en familie proberen op te vangen en te begeleiden in deze ingrijpende periode. Elk jaar opnieuw overlijden er patiënten/bewoners die geen familie meer hebben, of waarbij alle contacten verbroken zijn. Ook zij verdienen de nodige aandacht en een waardige begrafenis, voorbereid samen met enkele mensen van de zorgeenheid.

Elk weekend en op feestdagen biedt de pastorale dienst een eucharistieviering aan. Steeds meer zorgeenheden schenken speciale aandacht aan de grote kerkelijke feesten. Zo worden de paas- en kerstvieringen meer en meer mee voorbereid door het personeel en worden de bewoners actief bij de viering betrokken.

Voor de pastorale dienst is het geen zaak van zeltjes winnen en wordt dus ook ieders geloofsovertuiging gerespecteerd. Iemand die aangeeft geen bezoek te willen van de pastor wordt ook hierin gerespecteerd. En iemand die in contact wil komen met een vertegenwoordiger van een andere godsdienst of levensovertuiging wordt hierbij graag geholpen.

TRANSCULTURELE PSYCHIATRIE

Sinds het vertrek van de vorige voorzitter was de werkgroep transculturele psychiatrie doodgebloed. Aangezien er in het ziekenhuis 30% allochtone patiënten verblijven, vinden wij het nodig om de verpleegkundigen en anderen te sensibiliseren voor de specifieke noden van deze patiëntenpopulatie. De werkgroep nieuw leven inblazen is aangewezen. Om te zorgen dat het hele ziekenhuis betrokken wordt binnen deze werkgroep werd gevraagd of er van elke zorg-eenheid een vertegenwoordiger aanwezig is op de samenkomsten. De doelstelling van de werkgroep is het uitwisselen van ervaringen, het leren begrijpen en leren kennen van psychische aandoeningen bij allochtonen, alsook het leren toepassen van de opgedane kennis.

Als openbare instelling probeert OPZC Rekem in de benadering van de patiënten maximaal rekening te houden met de waarden, de gevoelens en de overtuiging van de patiënten. Patiënten kunnen afhankelijk van hun geloofsovertuiging een beroep doen op diverse consulenten; er wordt samengewerkt met interculturele bemiddelaars en er is een werk-

groep transculturele psychiatrie. Deze werkgroep draagt via haar kennis en inzichten bij tot het vergroten en verbeteren van de hulpverlening aan allochtone patiënten.

Eén van de realisaties van de werkgroep in 2005 was het uitbouwen van een moslimmortuarium binnen het bestaande ziekenhuismortuarium. Zo kunnen overleden patiënten met een islamgeloof volgens hun voorschriften gewassen worden en kunnen de familieleden volgens de eigen geplogenheden afscheid nemen van de overledenen.

Omdat de werkgroep beter op de hoogte wil zijn van de ervaringen van allochtone patiënten tijdens hun verblijf en behandeling, werd in 2004 besloten hen hierover zelf uitvoerig te bevragen. Daarvoor ontwierp de werkgroep een aangepaste vragenlijst die via verschillende medewerkers rechtstreeks bij allochtone patiënten werd afgenomen. Om de resultaten van deze bevraging te interpreteren, werd dezelfde vragenlijst eveneens aan een controlegroep (van niet allochtone patiënten) aangeboden.

De resultaten van deze bevraging zijn in 2005 verwerkt; meer dan 50% van de opgenomen allochtone patiënten namen deel aan het onderzoek. Dit komt neer op 53 patiënten, waarvan 41 patiënten uit het ziekenhuis en 13 patiënten uit het verzorgingstehuis.

Enkele opvallende conclusies:

de allochtone patiënten zijn afkomstig uit 16 verschillende landen: 10 van hen zijn in België geboren, 15 hebben de Belgische nationaliteit, bij 14 wordt er thuis Nederlands gesproken. Typisch voor de doelgroep is de sterke aanwezigheid van moslims. In beide groepen (doelgroep + controlegroep) treffen wij heel veel patiënten aan die zich gelovig noemen. In tegenstelling tot de controlegroep zijn er in de doelgroep veel meer patiënten voor wie de godsdienst voor henzelf en de familie zeer veel betekent. In beide groepen vindt een even grote meerderheid dat zij in het ziekenhuis hun godsdienst kunnen beleven zoals ze dat willen.

In tegenstelling tot wat soms verondersteld wordt, is in de resultaten geen bevestiging te vinden van het feit dat allochtone patiënten minder goed behandeld worden dan niet-allochtone patiënten.

Het OPZC werd gevraagd om zijn steentje bij te dragen aan het derde Vlaamse Geestelijk Gezondheids Congres te Etterbeek. Dit vond plaats op 22 september 2006. Eén van de workshops door ons verzorgd was 'psychiatrische verpleegkunde voor Marokkaanse psychotici vergt specifieke aanpak'. De informatie hierover werd gehaald uit een project gerealiseerd door laatstejaarsstudenten van de Katholieke Hogeschool Limburg, Departement Gezondheidszorg. Zij hebben op basis van literatuur en contacten met deskundigen enkele standaard verpleegplannen opgesteld. Deze gegevens werden aangevuld door een ervaren Marokkaanse verpleegkundige van ons ziekenhuis. Het doel was om het multidisciplinair publiek te betrekken aan de hand van dialoog. De aanwezige deelnemers evalueerden dit als zeer zinvol.

Op 3 mei 2007 werden alle personeelsleden van het ziekenhuis uitgenodigd op een multiculturele receptie om het werkjaar feestelijk in te zetten. Het jaarprogramma transculturele psychiatrie werd voorgesteld en op die manier worden personeelsleden rond dit thema gesensibiliseerd.

KLACHTENBEMIDDELING

Het sluitstuk van de rechten van de patiënt is het klachtrecht. De ombudsfunctie moet het klachtrecht waarborgen. Sinds 22 augustus 2002 heeft België een wet op de patiëntenrechten. Elke patiënt heeft voortaan een aantal duidelijk omschreven rechten, met name:

- het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening;
- het recht op vrije keuze van de zorgverlener;
- het recht op informatie over de gezondheidstoestand;
- het recht op voorafgaandelijk vrije toestemming;
- het recht op inzage van het patiëntendossier;
- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- het recht om klacht neer te leggen bij een ombudsfunctie.

Sinds 1 november 2003 moet elk ziekenhuis een ombudsfunctie hebben. Alle Limburgse psychiatrische ziekenhuizen hebben ervoor gekozen om beroep te doen op de externe ombudsfunctie van het SPIL, het provinciaal samenwerkingsplatform geestelijke gezondheidszorg van Limburg. De ombudsfunctie in het kader van de wet op de rechten van de patiënt heeft de volgende taken:

- het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
- het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;
- het inlichten van de patiënt op het gebied van de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing;
- het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
- het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

De ombudsfunctie in OPZC Rekem wordt waargenomen door een persoon die geen werknemer is van het ziekenhuis maar wel van het provinciaal overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. Zij is dus extern verbonden aan het zieken-

huis, wat meer garanties inbouwt voor onafhankelijkheid. De ombudspersoon in ons ziekenhuis is mevr. Anita Duprez. U kan haar bereiken:

- Administratief gebouw – bovenverdieping, op vrijdag van 11.00 tot 12.00 uur of na afspraak
- Telefonisch via GSM 0494 30 48 33 of via het gratis nummer 0800 99 395 of op vrijdag tijdens het spreekuur via 089 84 70 07
- Schriftelijk via de brievenbus aan het onthaal of via vzw SPIL, Provinciehuis, 2^{de} directie – afdeling 4, Universiteitslaan 1 – 3500 Hasselt
- Via e-mail anita.duprez@pandora.be of anita.duprez@opzrekem.be.

PATIËNTENPARTICIPATIE

Patiëntenparticipatie is een project waarbij naar mogelijkheden gezocht wordt om de inbreng van de patiënten in het reilen en zeilen op de campus te verhogen. Dat gebeurt in eerste instantie op niveau van de zorgseenheid, omdat dit de wereld is waar het leven van de patiënt zich tijdens hun verblijf voornamelijk afspeelt. Maar ook op het niveau van de voorziening zelf wordt naar maximale participatie gestreefd. De werkvorm is op beide niveaus gelijklopend: patiënten kunnen er in open vergaderingen en onder externe begeleiding vrij alle onderwerpen aansnijden die hen aanbelangen. Samen met hen wordt gezocht hoe hun verzuchtingen een volwaardig element kunnen zijn bij het vastleggen van afspraken met de zorgseenheid of het nemen van beleidsbeslissingen.

Door de traditie die op dit vlak de afgelopen jaren reeds werd opgebouwd, ontstond in 2005 voor het eerst echt tweerichtingsverkeer. Zo werd vanuit het beleid een beroep gedaan op de patiënten- en cliëntenraden om bijvoorbeeld de kinderziekten van de nieuwe keukenlijn onder controle te krijgen. Ook in het kader van de rookpreventie was er een stevige samenwerking met de patiënten.

De nieuwbouw heeft ook op het project patiëntenparticipatie een behoorlijke weerslag gehad. Enerzijds werd tijdens de patiëntenraden duidelijk dat een nieuwbouw naast grote verwachtingen ook een groot onzekerheidsgevoel veroorzaakt. De vrees voor het onbekende is ook de patiënten niet vreemd. Maar patiëntenraden bleken op dat vlak juist een goed forum te zijn om door middel van gerichte informatie veel vragen weg te nemen.

Anderzijds verhoogde de verhuis naar de nieuwbouw de acceptatiegraad ten opzichte van de nadelen in de oude bouw. Men kan zich immers makkelijker met een ongemak verzoenen, als het einde ervan in zicht is.

Tot slot gaf het nieuwe concept van de nieuwbouw vaak stof tot reflectie over nieuwe mogelijkheden op het vlak van behandelingsconcepten. Met nieuwe stenen bouwen aan nieuwe psychiatrische zorgverlening... is dat niet de kern van het hele project?

Secundaire klanten: doorverwijzers en partners uit de zorgcircuits

PSYCHIATRISCHE THUISZORG MOSAïek

MOSAïek heeft tot doel een experiment te voeren om inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden van psychiatrische thuiszorg binnen de door haar afgebakende regio. Het samenwerkingsverband mag alle activiteiten ondernemen die de realisatie van dit doel kunnen bevorderen.

De partners die het experimenteel project opzetten willen de mogelijkheden van psychiatrische thuiszorg onderzoeken en zijn daarom actief op 4 domeinen: sensibilisering, vorming, oriëntering in de GGZ en specialistische begeleiding en ondersteuning.

Sensibilisering

Het betreft hier het sensibiliseren van de samenleving, en van de 1^{ste}-lijnshulpverlener in het bijzonder, ten opzichte van een psychiatrische behandeling en een psychiatrische patiënt. Hierdoor wordt getracht de patiënt te helpen ontdoen van zijn stigma en een grotere openheid te creëren met het oog op het vergroten van de toegankelijkheid van de verschillende vormen van hulpverlening voor de psychiatrische patiënt.

Vorming

Een belangrijk aandeel gaat naar educatie van 'niet GGZ-hulpverleners'. Dit gebeurt bij middel van het geven van informatie over diagnose en verloop van de aandoening, mogelijke oorzaken en gevolgen, en het benadrukken van het belang van behandeling, begeleiding en verzorging. Op deze manier wordt getracht de hulpverlener te helpen bij het zo correct mogelijk omgaan met de aandoening en de levenskwaliteit van de deelnemer hierdoor verhogen.

Oriëntering in de GGZ

Regelmatig stelt zich de vraag of is het onduidelijk waar mensen zich toe kunnen wenden voor hulpverlening met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg. Nog steeds zijn slechts weinig mensen hiervan voldoende op de hoogte. MOSAïek stelt zich als doel, door het aanbieden van een centraal nummer, een ontsluiting te creëren van de mogelijkheden van de geestelijke gezondheidszorg in de regio. Een hulpvraag kan gericht worden aan het initiatief, waarbij de ondersteuningsteams fungeert als forum waarin de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg uit de regio participeren. Van hieruit kan ook een direct antwoord geformuleerd worden zonder dat de patiënt een heel systeem van doorverwijzingen moet volgen (cfr. zorgcircuits – netwerking).

Specialistische begeleiding en ondersteuning aan huis

- Aan het sociaal en professioneel netwerk rond de psychiatrische patiënt:
Het betreft hier enerzijds het bieden van psychiatrische expertise door middel van supervisie, begeleiding en informatieverstrekking aan betrokkenen die geconfronteerd worden met een patiënt met een psychische problematiek. Anderzijds wordt getracht de communicatie en het multidisciplinair overleg tussen de verschillende actoren in de zorg rond een specifieke patiënt te bevorderen. Vooral informatie-uitwisseling en coördineren van het zorgplan staan hier centraal. Vaak zal dit resulteren in een aanpak die gericht is op netwerkondersteuning. Een belangrijk aspect hierbij is de draagdracht van de mantelzorg ontwikkelen, ondersteunen en vergroten.
- Aan de psychiatrische patiënt:
Het doel is hier in de eerste plaats het detecteren en opvangen van leemtes in de begeleiding. Daar waar de reeds bestaande hulpverleningsorganisaties geen hulp kunnen bieden, om welke reden ook, zal door MOSAïek tijdelijk de psychiatrische begeleiding van de patiënt opgenomen worden. Dit gebeurt enkel waar de bestaande initiatieven geen antwoord kunnen bieden op de hulpvraag van de patiënt. De duur van deze begeleiding is zo kort mogelijk, maar zo lang als nodig. Wanneer de mogelijkheid ontstaat om de zorg naar een andere dienst over te dragen, dan zal dit zo spoedig mogelijk en met de nodige ondersteuning naar de nieuwe zorgverlener gebeuren. De patiëntenzorg die hier aan huis geleverd wordt is gebaseerd op een ACT-model met elementen uit het casemanagement. De psychiatrische zorg in de thuissituatie stelt zich complementair, subsidiair en intermediair op ten opzichte van de bestaande dienstverlening, zowel in de thuiszorg als in de geestelijke gezondheidszorg.

De meest in het oog springende verwezenlijking van MOSAïek is het concretiseren van een regio-uitbreiding door samenwerking van de bestaande partners (IBW 't Veer vzw, LISTEL, GDT-SIT Maasmechelen, GDT-SIT Lanaken, GDT-SIT Maaseik, CGG/litp, campus Maasmechelen, CGG/DAGG Campus Maaseik, OPZC Rekem (ziekenhuis en PVT), met nieuwe partners uit Genk, meer bepaald het ZOL Genk, het CGG/litp, campus Genk en GDT-SIT Genk. Deze samenwerking ging officieel van start op 1 mei 2005. MOSAïek Maasland-Genk was ook vanaf dan één van de door de overheid goedgekeurde en deels gefinancierde pilootprojecten psychiatrische thuiszorg. Een belangrijk deel van de werking van MOSAïek wordt evenwel nog steeds gefinancierd door de betrokken partners.

Vanaf nu bereikt MOSAïek 9 gemeentes, meer bepaald Lanaken, Maasmechelen, Dilsen-Stokkem, Maaseik, Kinrooi, Genk, Zutendaal, Opglabbeek en As, samen goed voor 201.671 inwoners.

In 2005 ging het merendeel van de aandacht en tijd naar de specialistische begeleiding en ondersteuning van de patiënt in de thuissituatie en de equipe van hulpverleners rond deze patiënt. MOSAïek bereikte hierbij een aanzienlijke caseload van gemiddeld 40 dossiers per week.

Het betreft zowel mannen als vrouwen in een min of meer gelijke verdeling. De gemiddelde leeftijd bedraagt 46 jaar. De grootste groep van patiënten is alleenstaand. De drie voornaamste diagnostische groepen binnen de thuiszorg zijn in de eerste plaats stemmingsstoornissen gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen.

Een belangrijk deel van de geïnvesteerde tijd ging het eerste half jaar ook naar de bekendmaking van het project bij de eerste lijn in de regio Genk.

Daarnaast werden er in het kader van de opdracht sensibilisering en vorming in 2005 ook een aantal vormingsavonden en interviews georganiseerd voor hulpverleners. In 2006 werd dit verder uitgebreid.

SAMENWERKINGSVERBANDEN

Bij de uitvoering van de missie kan het OPZC Rekem rekenen op ondersteuning door het overkoepelend Verbond van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) en het VCSP (Vlaamse Confederatie van Social-Profit Ondernemingen) als nationaal overkoepelend werkgeversverbond.

Daarnaast is het ziekenhuis ook lid van de VVGG (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid). Dankzij een samenwerking met het VVGG loopt in Rekem sinds 2002 het project patiëntenparticipatie. Op Limburgs vlak wordt het ziekenhuis vertegenwoordigd in het samenwerkingsverband van psychiatrische initiatieven Limburg (SPIL). Formele samenwerkingsakkoorden bestaan met het Centrum van Geestelijke Gezondheid Maasland, nu opgenomen in het grotere geheel LITP (Limburgs Initiatief voor Toegepaste Psychologie) en met de Dienst voor Adviserende Geestelijke Gezondheidszorg van Maaseik (DAGG).

Een psychiater verzorgt de liaisonfunctie met het ziekenhuis Maas en Kempen te Maaseik.

Binnen de ouderenzorg sluiten wij aan bij het zorgcircuit ouderen en is er een intense samenwerking met de gerontopsychiatrie en geriatrie van het ZOL, campus Waterschei.

Er is een outreaching project opgestart met de rusthuizen, waarin zowel een psychiater als een psycholoog betrokken is.

Bovendien heeft het ziekenhuis nauwe banden met het Openbaar Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch, dat onder dezelfde raad van bestuur ressorteert en met Beschut Wonen 't Veer en Beschut Wonen MIN, waarin het ziekenhuis een sterke vertegenwoordiging heeft. Het activiteitencentrum 't Locomotiefje te Lanaken wordt uitgbaat door een samenwerkingsverband met de regionale actoren.

Op vlak van specialistische somatische zorgverlening voor onze patiënten doen wij beroep op de diensten van het ziekenhuis ZOL te Genk.

OPZC Rekem participeert in de vzw Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC) als volwaardig lid.

Familieleden van patiënten kunnen voor opvang en begeleiding terecht bij de plaatselijke Simileskring, die deel uitmaakt van de Federatie van Vlaamse Simileskringen.

Vertegenwoordigers van deze familiekeren en van het personeel vormen samen de voorlopige bewindvoerder de vzw beheer patiëntengoederen.

Als openbare instelling maakt OPZC Rekem ook deel uit van de vzw MOVI (Management in de Vlaamse Openbare Instellingen) waarin alle openbare instellingen in een netwerk verenigd zijn met voornamelijk als doel het uitwisselen van kennis te bevorderen.

Ten slotte zijn diverse extramurale activiteiten van patiënten mogelijk dankzij de steun van en de samenwerking met Psylos, dat op regionaal niveau ontspanning en sportmogelijkheden aan de psychiatrische patiënten biedt. Ook de aansluiting van de wandelclub van de psychiatrische patiënten bij de Vlaamse Wandelfederatie biedt in dat verband heel wat mogelijkheden.

Waardering door medewerkers

KINDEROPVANG

De kinderopvang van het OPZC Rekem is gegroeid vanuit het emancipatiebeleid en maakt deel uit van een gender-neutraal personeelsbeleid. De opvang wordt georganiseerd tijdens alle schoolvakanties van minimum één week en dient enkel voor de opvang van de kinderen van personeelsleden en patiënten in dagbehandeling. Alle kinderen van 2,5 jaar tot 14 jaar zijn welkom. Door het aanbieden van deze opvangmogelijkheden kunnen personeelsleden hun verlof gemakkelijker spreiden over het hele jaar en dit komt dan weer ten goede van de patiënten.

De opvang wordt aangeboden van 07.00 tot 17.00 uur van maandag tot vrijdag, uitgezonderd feestdagen.

Dit alles wordt aangeboden tegen zeer democratische prijzen. Ouders betalen zes euro per volledige dag per kind, voor tweede of volgende kind slechts twee euro per dag.

In de prijs zijn een middagmaal en dranken inbegrepen. Indien men de kinderen slechts een halve dag brengt, betaalt men drie euro voor het eerste kind en één euro voor volgende kinderen.

In 2005 waren er 288,5 opvangenheden. In 2006 werden reeds 480 opvangenheden genoteerd. Eén opvangeneheid vertegenwoordigt de opvang van 1 kind tijdens 1 volledige dag. Er waren 26 personeelsleden/patiënten die in 2005 gebruik maakten van de kinderopvang, met in 2006 een stijging naar 39 personeelsleden/patiënten.

Gezien het groeiend aantal nieuwe kleuters die voor de eerste maal onze kinderopvang bezoeken, kunnen wij nog steeds spreken van een succesformule.

De vele zwangerschappen van het afgelopen jaar bewijzen het nut van het voortbestaan van onze opvang. Het aantal opvangenheden zal waarschijnlijk nog groeien.

Je kinderen meebrengen naar je werk en vervolgens achterlaten in een speciaal georganiseerde kinderopvang wordt vandaag de dag nog steeds ervaren als een luxe, een extra voordeel aangeboden door je werkgever. De werkgever kan vervolgens een hogere aanwezigheid van personeel tijdens de vakantiemaanden noteren.





OPVANGTEAM NA KRITISCHE INCIDENTEN

‘In het leven komt het er steeds op aan hoe men het voelt, en niet hoe het is.’

Louis Paul Boon

Het opvangteam werkte een procedure uit voor de opvang van slachtoffers van kritische incidenten of traumatische gebeurtenissen bij personeelsleden en ging in juni 2004 officieel van start.

De voorbije jaren heeft het opvangteam zijn plaats gevonden in de organisatie. In elk team is er na een incident al eens gebruik gemaakt van het opvangteam. Uit de talrijke evaluaties blijkt een grote tevredenheid over de aanpak en beschikbaarheid van het opvangteam. Het begrepen worden, een luisterend oor, zich gezien weten in zijn moeilijke situatie is van fundamenteel belang. Van mens tot mens, van collega tot collega.

‘Wie je bent is oneindig belangrijker dan wat je hebt.’

Phil Bosmans

Welke ervaringen en belevingen roepen een kritisch incident bij je op en hoe ga je daar mee om? Kan je de ervaring integreren zodat het je ontwikkeling als mens positief beïnvloedt? Een kritisch incident raakt je als hulpverlener in de idealen en verwachtingen die je koestert. Het opvangteam is getuige van dit proces en probeert daar respectvol mee om te gaan. De leden van het opvangteam ontmoeten de persoon in het zijn, het gaat erom wie men is. Aanvaard worden door zijn omgeving zoals men is, is een diepe factor van geestelijke gezondheid.

‘Maar tussen droom en werkelijkheid staan wetten in de weg en praktische bezwaren en ook weemoedigheid die niemand kan verklaren en die des avonds komt wanneer men slapen.’

Willem Elsschot

In 2005 werden 20 aanmeldingen genoteerd en in 2006 waren er 14 aanmeldingen.

Bij 48 dossiers (totaal aantal dossiers in drie jaar) hebben begeleidingsgesprekken plaatsgevonden. Gemiddeld vinden 2 begeleidingsgesprekken plaats. Dit houdt in dat men voor 2006 bij 49 medewerkers (totaal aantal slachtoffers over de verschillende dossiers) individuele gesprekken deed, wat een totaal van ongeveer 98 gesprekken geeft.

Een gemiddeld gesprek duurt een uur tot anderhalf uur.

Debriefing is het in groep bespreken van de situatie met de rechtstreeks betrokken slachtoffers. Dit gebeurde in 19 dossiers waarbij meerdere slachtoffers betrokken waren.

Counseling is het bespreken van het voorval en de verwerking ervan met het ruimere team. Het gaat hier enkel over belevings- en verwerkingsaspecten. Het is niet de bedoeling dat dit de plaats inneemt van een intervisie of werkvergadering om de werking van de zorgenheid door te lichten. Dit werd bij 5 dossiers gedaan.

In onderstaande tabel worden de aanmeldingen over 2,5 jaar werking vermeld.

	2004	2005	2006	TOTAAL
Januari	/	5	0	5
Februari	/	0	0	0
Maart	/	0	2	2
April	/	0	2	2
Mei	/	3	0	3
Juni	/	3	2	5
Juli	9	0	0	9
Augustus	0	2	1	3
September	2	0	1	3
Oktober	2	1	3	6
November	0	3	1	4
December	2	3	2	7

TABAKSPREVENTIE

Als psychiatrisch ziekenhuis is het OPZC Rekem ook een gezondheidsinstelling waar een gezondheidsbeleid gevoerd wordt. Zij wil de gezondheid bevorderen van zowel patiënten als personeel door gezonde voeding op het werk te promoten, het gratis ter beschikking stellen van de eigen sportinfrastructuur, gratis griepvaccinatie... alsook gezonde lucht voor alle werknemers. Dit laatste punt was de aanleiding om een werkgroep op te richten binnen het OPZC. Het startsein werd gegeven op 31 mei 2003, de werelddag antitabak. Een werkgroep van een 10-tal personen met zowel vertegenwoordigers van het personeel, arbeidsgeneeskundige dienst, cliëntenraad, als LOGO Maasland werd samengesteld. Zowel rokers als niet-rokers maken deel uit van de werkgroep.

In een eerste fase, die liep van 2003 tot september 2004, was het vooral de bedoeling om zowel personeel als patiënten te informeren, alsook de afspraken met betrekking tot roken te inventariseren over heel de campus. Er werd een uitgebreide enquête georganiseerd met volgende resultaten:

	BELGIË*	OPZC REKEM
% rokers		
Man	33,7%	28,2%
Vrouw	23,6%	32,5%
Totaal	28,5%	31,1%
% niet-rokers		
Man	66,3%	71,8%
Vrouw	76,4%	67,5%
Totaal	71,5%	68,9%

*Onderzoek Belgische bevolkingsenquête van 2001.

Wat zeker opvalt, is het relatief groot aantal rokers (bijna één op drie) bij de vrouwelijke personeelsleden. Deze cijfers vergelijken met andere ziekenhuizen geeft ons echter dezelfde resultaten. Onder impuls van de werkgroep werden er sessies georganiseerd over de schadelijke effecten van (passief) roken. Deze sessies waren verplicht voor alle medewerkers. Dit bleef niet zonder gevolg, een 13-tal personeelsleden stopten op eigen kracht! Een 14-tal anderen had professionele hulp nodig om hun doel te bereiken.

Een aangepaste enquête werd ook uitgevoerd bij de patiënten. Hier waren de resultaten nog opmerkelijker: bijna drie patiënten op vier is roker! Het spreekt voor zich dat de werkgroep diende te streven naar een compromis tussen de grote groep rokers bij de patiënten enerzijds en anderzijds bij de grote groep niet-rokers langs personeelszijde.

In fase 2, die liep van september 2004 tot december 2005, ijverde de werkgroep dan ook naar afgebakende, afsluitbare en goed geventileerde rookzones per gebouw (administratie) of per zorgenheid. Dit leek niet zo'n simpele opdracht om te realiseren.

In overleg met directie werden de nodige fondsen en middelen beschikbaar gesteld om het voorstel uit te voeren.

Om geld te besparen werden de werkzaamheden uitgevoerd door de eigen dienst onderhoud en techniek.

Met de hulp van personeel en patiënten in het centraal therapiegebouw werden, tijdens de computersessies, pictogrammen ontwikkeld om de rookzones aan te duiden. Deze duidelijke signalisatie werd aangebracht aan de voordeur van elk gebouw en elke zorgenheid, alsook aan de rookruimtes.

De verhuis naar de nieuwbouw alsook de nieuwe wetgeving van 1 januari 2006 werd door de werkgroep duidelijk voorbereid. Wat de verhuis naar de nieuwe vertrekken betreft, waren de vooropgestelde afspraken duidelijk. De directie opteerde voor een strikt rookverbod omdat het gebouw geconcipieerd werd onder de noemer duurzaam bouwen. Naast de constructie van zoveel mogelijk aardse materialen, werd ook gekozen voor een natuurlijke ventilatie. Roken binnen bepaalde delen van het gebouw kan ervoor zorgen dat de sigarettenrook zich ontwikkelt door het volledige gebouw. In het onthaalgebouw geldt een strikt rookverbod. Per (nieuwe) zorgeenheid is er slechts één kleine afgesloten rookruimte aangeduid en voorzien van een ultramoderne rookafzuiging.

Het nieuwe decreet met een tabaksverbod in alle openbare gebouwen en op alle werkplaatsen vanaf 1 januari 2006 was voor de werkgroep een signaal dat de inspanningen van de laatste jaren zeker zeer waardevol waren. Het OPZC behoort als psychiatrisch ziekenhuis tot de uitzonderingen en mag dan ook afwijken van het decreet. Het vooropgestelde doel van één rookruimte per gebouw of zorgeenheid werd dan ook bekrachtigd door de directie. Vanaf 2007 worden alle gebouwen, waar patiënten naar buiten kunnen, rookvrij.

Het gevoerde tabakspreventiebeleid verloopt zoals gepland en tot ieders tevredenheid. De niet-rokers zijn erg tevreden omdat zij haast niet meer in aanraking komen met sigarettenrook, maar ook de rokers (personeelsleden en patiënten) krijgen door het gevoerde tabakspreventiebeleid de nodige erkenning om te blijven roken als zij dat zelf wensen enerzijds, en hulp en steun om hun roken te matigen en te beperken anderzijds.

Zo wordt steeds de werelddag antitabak gebruikt om alle personeelsleden en patiënten attent te maken op de mogelijke gevolgen van roken, alsook op de realisaties van de werkgroep. Naast een uitgebreide affichecampagne op de campus, zoekt de werkgroep steeds naar een kleine attentie om aan te bieden. Binnen het kader van het gezondheidsbeleid leek het aanbieden van een tandenborstel een goed initiatief voor zowel de rokers als de niet-rokers.

De werkgroep wordt regelmatig gevraagd bij de opstart van soortgelijke initiatieven. Zo zijn we in 2006 nog uitgenodigd door ZOL Genk om daar actief mee te werken aan de samenstelling van hun werkgroep en bij het opstellen van de verschillende fases.

Op termijn wil de werkgroep streven naar een rookstopcursus voor de patiënten: ontwikkeling en uitvoering door eigen personeelsleden. Om de effectieve resultaten van de werkgroep te kunnen meten, zou een herhaling van de enquête van 2003 wenselijk zijn.

INTERNE DIENST PREVENTIE EN BESCHERMING (IDPB)

De interne dienst voor preventie en bescherming, kortweg IDPB, staat de werkgever bij inzake de toepassing van de maatregelen bedoeld in de welzijnswet. De werknemer van deze IDPB wordt de preventieadviseur genoemd en zoals de naam het al doet vermoeden heeft deze persoon een adviserende functie ten opzichte van de werkgever en de werknemer i.v.m. hun welzijn. De term welzijn moet hier zeer breed worden opgevat. Men bedoelt hiermee een reeks aspecten die betrekking hebben op de arbeidsveiligheid, de bescherming van de gezondheid, de psychosociale belasting, de ergonomie...

Verwezenlijkingen in 2006:

- een aankoopprocedure voor arbeidsmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen uitgewerkt volgens het principe van 'de drie groene lichten';
- er werden evacuatieoefeningen voorzien in verschillende zorgeenheden;
- op verschillende administratieve diensten werd een beeldschermwerkpostanalyse uitgevoerd;
- het personeel van de eerste interventieploeg kreeg een toelichting over brandpreventie;
- er werd een tweede interventieploeg opgericht voor de campus van Rekem;
- het FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents – bijna ongevallen)-registratieformulier werd aangepast (gebruiks-vriendelijker) en het luik van de agressieregistratie werd in een apart registratieprogramma verwerkt;
- opstellen van een interventiedossier van de campus in Rekem;
- opstellen van een intern rampenplan voor Hotel MIN te Antwerpen.

Waardering door maatschappij

VRIJWILLIGERSWERKING VRIENDENDIENST REKEM

Eind 1999 werd de vrijwilligerswerking Vriendendienst Rekem opgericht met als doel de eenzaamheid en de maatschappelijke isolatie van psychiatrische patiënten en volwassenen met een mentale handicap te doorbreken. Het aantal vrijwilligers blijft jaarlijks stijgen. In 2005 waren 62 vrijwilligers actief in OPZC Rekem, dit aantal steeg tot 74 in 2006.

Zij realiseerden 82 vrijwilligerscontacten wat wil zeggen dat 8 personen een dubbel engagement aangingen.

De 43 bezoeken vrijwilligers komen bij een patiënt of bewoner op regelmatige tijdstippen op bezoek of nemen de patiënt of bewoner mee voor een uitstapje. De bezoeken vrijwilligers zijn actief in 6 zorg- en verblijfseenheden. De taakvrijwilligers zijn voornamelijk actief in de manege, de ouderenzorg en het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Vrijwilligers kunnen ook gevraagd worden als extra begeleiders/helpers: zoals begeleiding bij uitstappen of activiteiten die door de eenheden, therapie of dienst ontspanning... georganiseerd worden.

In september 2006 vond het PVT-feest plaats. Dit werd georganiseerd op Ter Bosch 1&2. Enkele vrijwilligers boden hun hulp aan om dit feest te begeleiden en een optreden te verzorgen.

Ook heeft een vrijwilligster op Ter Bosch 4 met een koor opgetreden. Daarnaast regelde zij een optreden van een kinderkoor op Ouderenzorg en Ter Bosch 1&2.

Wat de herkomst van de vrijwilligers betreft, zijn 46 vrijwilligers afkomstig uit de eigen regio (Lanaken, Maasmechelen, Zutendaal). Daarnaast zijn er 7 vrijwilligers afkomstig van Genk. De 18 overigen komen uit Niel-bij-As, Dilsen-Stokkem, Maaseik, Tongeren, Riemst, Hoeselt, Bilzen, Bree, Overpelt, Ham en Sittard.

Het maken van publiciteit via diverse kanalen leverde ook in 2005 weer succes op. Zo werden folders en affiches verspreid via de wachtkamers van de huisartsen, bij mutualiteiten, OCMW's, culturele centra en bibliotheken in Lanaken, Maasmechelen en Zutendaal. Ook werd de vrijwilligerswerking via TV Limburg en de kranten in de aandacht gebracht. Tevens werden oproepen gedaan via de website van OPZC Rekem.

Personen die elektronisch contact opnemen en vragen om informatie via mail te sturen, is een nieuwe trend in 2006.

Er komt ook meer reactie van vrijwilligers die via internet hun weg naar ons vinden. Ofwel nemen ze een kijkje op de website van het OPZC Rekem, of ze nemen een kijkje op de website: www.vrijwilligerswerk.be. Deze site is een samenwerkingsverband tussen de Provinciale Steunpunten, Vrijwilligerswerk, Het Punt VZW (Steunpunt Brussel) en het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk met financiële steun van de Koning Boudewijnstichting. Daar heeft Vriendendienst een vacature aangemaakt waarin informatie rond onze dienst terug te vinden is. Kandidaat-vrijwilligers vinden in de databank een overzicht van de aanbiedingen en zoeken daarin hun weg.

In functie van de begeleiding van de vrijwilligers zijn er op regelmatige basis vergaderingen en vinden individuele gesprekken plaats. Dit heeft betrekking op infogesprekken (telefonisch en persoonlijk contact), intakegesprekken, klikevaluaties en opvolgingsgesprekken. Vrijwilligers kunnen ook altijd binnenspringen in het lokaal van Vriendendienst (administratief gebouw – bovenverdieping) op woensdagnamiddag vanaf 13.30 uur.

Het coördinatieteam is een direct contact tussen de coördinatoren. Dit gebeurt in een tweewekelijks overleg en daarnaast is er regelmatig telefonisch en elektronisch contact.

Om het 5-jarig bestaan van de vrijwilligerswerking in 2005 te vieren werd samen met de vrijwilligers en de dienst ontspanning en vrije tijd een spel zonder grenzen georganiseerd. Heel wat zorgenheden namen deel en kwamen supporteren.

De provincie Limburg startte op 13 mei 2006 een mediacampagne voor het werven van vrijwilligers in de zorgsector. De wervingscampagne loopt onder de slogan: 'WORD VRIJWILLIGER IN DE ZORG: je krijgt er veel voor terug!'

Om de werving van vrijwilligers te stimuleren hebben het Steunpunt Vrijwilligerswerk van de provincie Limburg en de Provinciale Dienst Volksgezondheid een wervingscampagne uitgewerkt. Ook biedt de provincie de mogelijkheid een introductie cursus voor nieuwe vrijwilligers te volgen. Zo ondersteunt het provinciebestuur de meer dan 120.000 Limburgse vrijwilligers en hun organisatie in het algemeen. Deze wervingscampagne moet de bewoners van Limburg motiveren om zich in te zetten als vrijwilliger binnen de zorgsector. Aansluitend op de werving is het ook belangrijk dat (vooral nieuwe) vrijwilligers een minimum aan kennis hebben over het vrijwilligerswerk in de zorgsector. Zij stelden een informatiebrochure en -folder op, waar verdere informatie in opgenomen is en waar je de datums van de introductie cursussen kunt terugvinden.

SAMENWERKING MET SCHOLEN

Professionele stages

Stagiairs 2005–2006

STUDIES	AANTAL	RICHTING
Universitair onderwijs	7	psychologie, geestelijke gezondheidkunde (NL), informatica, communicatiewetenschappen
Hoger Onderwijs	37	bachelor verpleegkunde
Secundair Onderwijs	187	gebrevetteerde verpleegkunde
VDAB-opleidingen	3	logistiek assistent
Volwassenenonderwijs	1	
Totaal	235	

Inleefdagen

Jaarlijks vragen diverse scholen een halve of hele inleefdag in OPZC Rekem aan. De dienst communicatie werkt een programma uit, dat zoveel mogelijk aan de wensen van de bezoekers beantwoordt, rekeninghoudend met de privacy van onze patiënten en bewoners.

Het programma is samengesteld uit: een algemene voorstelling van de organisatie, mogelijkheid tot het stellen van vragen, een rondleiding op het domein met mogelijkheid tot bezoek aan de manege of het centraal therapiegebouw en deelname aan één of meerdere therapieessies, al dan niet met patiënten en bewoners.

In het totaal kregen we in 2006 zo'n 127 leerlingen en een aantal leerkrachten per school over de vloer van de Humaniora Dilsen, St. Augustinus Bree, Kindheids Jesu Hasselt, Don Bosco Hechtel en van Mariaburcht Stevoort.



EXTERNE BEZOEKEN, OFFICIËLE OPENING NIEUWBOW EN BEZOEKERSCENTRUM

Naast de scholen worden op woensdag- of vrijdagmiddag ook rondleidingen gegeven voor diverse groepen. Zij maken tijdens een halve dag kennis met de organisatie, het centraal therapiegebouw en de manege. In 2006 kwamen via deze weg 94 bezoekers over de vloer, zijnde oud-leerkrachten van het H. Graf Bilzen, architecten met medewerkers van psychiatrische afdeling Gasthuisberg Leuven, Markant Diepenbeek, afgevaardigden van de vakbond uit Chili, Landelijke Gilde Mopertingen en oud-leerkrachten van TISJ Bilzen.

Op 25/03/2006 vond de officiële opening van de nieuwbouw, door onze voogdijminister Inge Vervotte, plaats. Na de academische zitting kregen de genodigden in groepjes een uitgebreide rondleiding met de nodige uitleg.

Aanvullend bij de externe bezoeken is de uitbouw van een bezoekerscentrum. In 2004 werd in het kader van onze historiek gezocht naar een mogelijke locatie om waardevolle en nog beschikbare informatie en voorwerpen samen te brengen en tentoon te stellen. De bovenverdieping van de boerderij werd samen met patiënten opgeknapt en doet sindsdien dienst als permanente tentoonstellingsruimte.

In samenwerking met vrijwilligers worden interviews voorbereid en afgenomen van gepensioneerden en familieleden, de bestaande informatie en elementen worden geïnventariseerd...

In 2006 werden vooral interviews van gepensioneerden afgenomen. Daarnaast werd samen met therapeuten, psychologen en patiënten nagedacht over een uitbreiding van het museum naar een bezoekerscentrum. Een bezoekerscentrum dat laagdrempelig en taboeverlagend werkt. In korte overzichten zouden de verschillende ziektebeelden en therapieën aan bod komen en zo de bezoeker een beeld geven van de huidige psychiatrie. Anderzijds zou ook het volledige netwerk met een schema in kaart gebracht worden en een infotafel met folders voorzien worden.

Voor dit nieuwe concept werden heel wat contacten gelegd met mensen op de werkvloer, met patiënten, externe partners... Het concept zal in 2007 verder uitgewerkt worden tot een totaalproject. In 2007 zal ook het historisch gedeelte verder uitgewerkt worden met tekst- en fotomateriaal.

NIEUWE HUISSTIJL

Door de reorganisatie (intern de kanteling en extern Beter Bestuurlijk Beleid), door het masterplan en omdat het bestaande logo niet meer voldeed, werd in 2005 een project nieuwe huisstijl opgestart. Er werd eerst een prijsvraag voor onderhandelingsprocedure opgesteld, goedgekeurd door de directie en raad van bestuur en daarna werden 7 huisstijlbureaus aangeschreven. Na jurering kwam Lemento n.v. als beste uit de bus.

In 2005 werd gestart met de implementatiefase: oprichten van een werkgroep en een stuurgroep. De werkgroep bestond uit mensen van verschillende werkvelden (psychologen, therapeuten, verpleegkundigen, secretaresses, leden van Prima-Go...), de stuurgroep bestond uit de directie. Na een drietal workshops werd door de raad van bestuur het logo gekozen.

Tijdens de interne nieuwjaarsreceptie van 2006 werd het logo bekend gemaakt aan het personeel. In de loop van de volgende maanden werden alle dragers conform de richtlijnen van het huisstijlbureau door de dienst communicatie gebruiksklaar gemaakt en het drukwerk aan de drukker uitbesteed. In de maanden mei en juni werden tijdens de teamvergaderingen alle personeelsleden wegwijs gemaakt in het waarom, en het hoe van de nieuwe huisstijl, de nieuwe gebruiksregels, de nieuwe werkwijze met sjablonen... Tijdens de officiële opening van de nieuwbouw door de minister werden de media en de externen op de hoogte gebracht van de nieuwe huisstijl. Op 01/07/06 was alle drukwerk klaar en ging het gebruik van de nieuwe huisstijl van start. Ook de website werd conform deze nieuwe huisstijl aangepast.



Eindresultaten

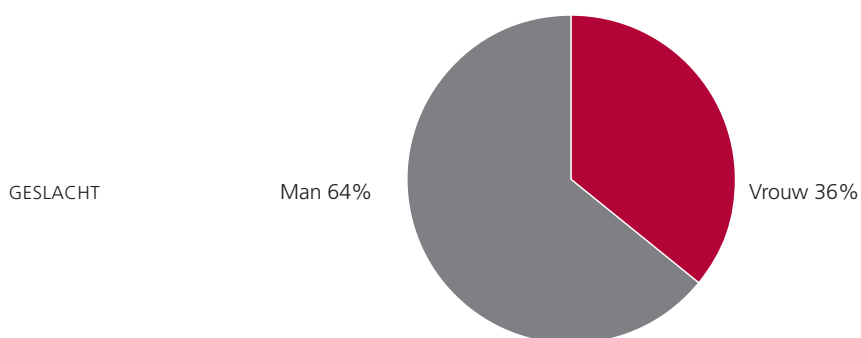
Minimale psychiatrische gegevens (MPG): enkele cijfergegevens van 2005–2006

In 2005 waren er 412 medische opnames, in 2006 steeg dit aantal tot 603. In 2005 bedroeg het aantal medische ontslagen 418 t.o.v. 567 in 2006.

Op 31 december 2005 waren er 292 patiënten aanwezig en op 31 december 2006 waren er 325 patiënten.

OPNAMES OF INSTROOM

Opgenomen patiënten naar geslacht



Uit de cijfergegevens per geslacht blijkt de meerderheid van onze populatie uit mannen te bestaan. Toch stellen wij de laatste jaren een lichte stijging van het aantal vrouwen vast. Wij evolueren van 34% in 2004, naar 35% in 2005 en 36% in 2006.

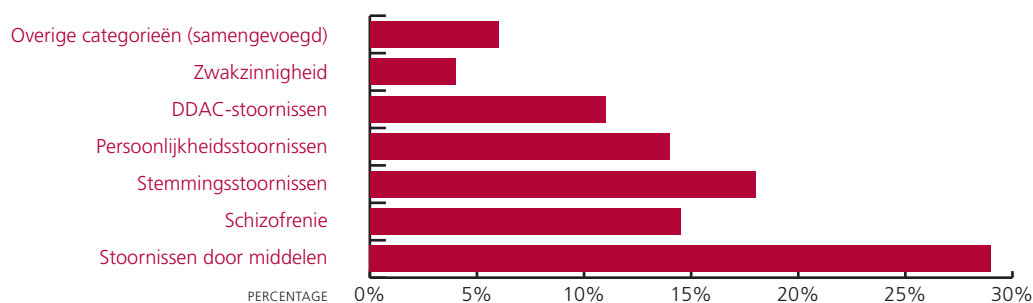
Opgenomen patiënten naar leeftijd

LEEFTIJD	AANTAL	PERCENT
14–24 jaar	86	14,3%
25–34 jaar	123	20,4%
35–44 jaar	131	21,7%
45–54 jaar	115	19,1%
55–64 jaar	56	9,3%
65–74 jaar	34	5,6%
> = 75 jaar	58	9,6%
Totaal	603	100%

De grootste groep van opgenomen patiënten is ook in 2006 in de leeftijdsgroep 35–44 jaar terug te vinden.

Hoofddiagnose van de opgenomen patiënt

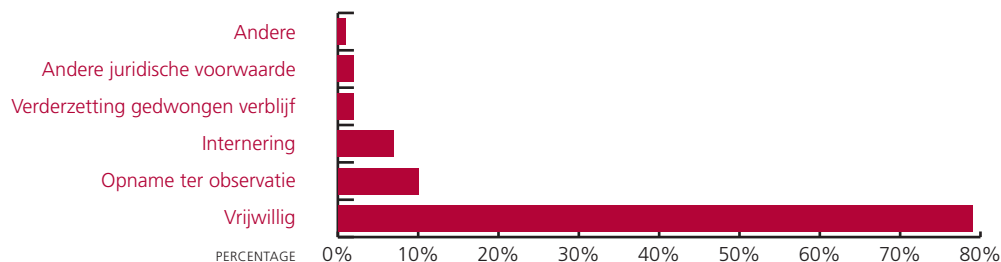
HOOFDDIAGNOSE OPGENOMEN PATIËNTEN 2006



De trend van de laatste jaren blijft zich verderzetten. De stoornissen ten gevolge van middelen blijft de grootste groep. De tweede grootste groep is in 2006 terug de groep van stemmingsstoornissen, terwijl de groep van schizofrenie afneemt ten opzichte van 2005.

Wijze van opname

WIJZE VAN OPNAME 2006



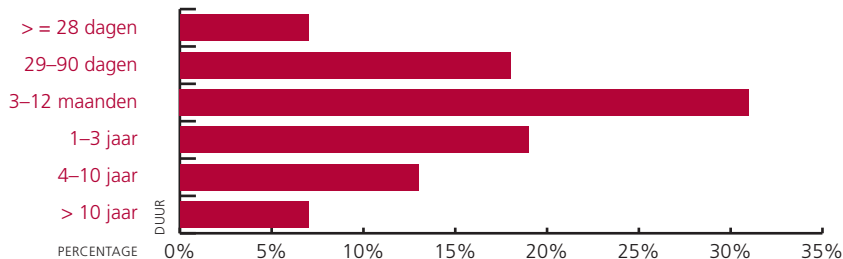
De meerderheid van de opnames gebeurt, net zoals voorgaande jaren, op vrijwillige basis. Sinds 1999 ligt dit aantal steeds boven 70%. Procentueel gezien zijn er in 2006 evenveel vrijwillige opnames als in 2005, meer bepaald 78,6%.

2006 lijkt ook een scharnierjaar: de andere psychiatrische ziekenhuizen hadden altijd meer heropnames dan opnames in hun ziekenhuis. OPZC had altijd meer eerste opnames, dan heropnames. En dit jaar is het voor het eerst 50/50. Dit wil zeggen: praktisch evenveel eerste opnames (302) als heropnames (301). Indien deze tendens zich verderzet, is in 2007 voor het eerst een omkering vast te stellen!

AANWEZIGE PATIËNTEN

Duur van het medisch verblijf

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN 2006

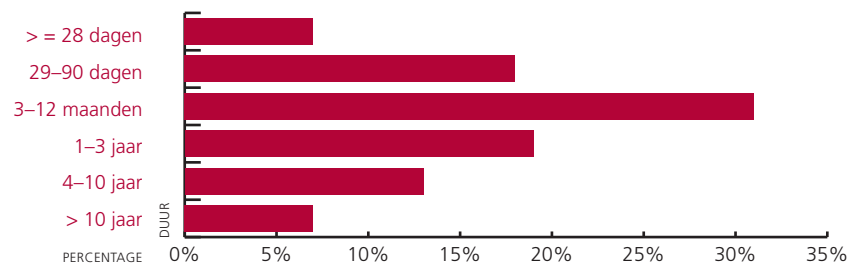


Het aantal kortdurende verblijven stijgt. In 2005 verbleef 12,3% van de patiënten in ons ziekenhuis tussen 1 en 3 maanden, in 2006 is dit 18,8%.

ONTSLAGEN PATIËNTEN

Ontslagen patiënten naar leeftijd

DUUR MEDISCH VERBLIJF AANWEZIGEN 2006

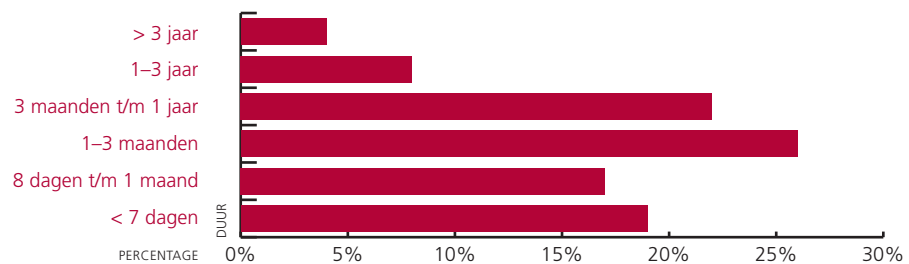


Het aantal ontslagen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar scoort net als in 2005 ook in 2006 weer het hoogst (21,2%).

Verblijfsduur van de ontslagen patiënten

VERBLIJFSDUUR	AANTAL	PERCENT
< 7 dagen	112	19,8%
8 dagen t/m 1 maand	100	17,6%
1-3 maanden	151	26,6%
3 maanden t/m 1 jaar	130	22,9%
1-3 jaar	51	9,0%
> 3 jaar	23	4,1%
Totaal	567	100%

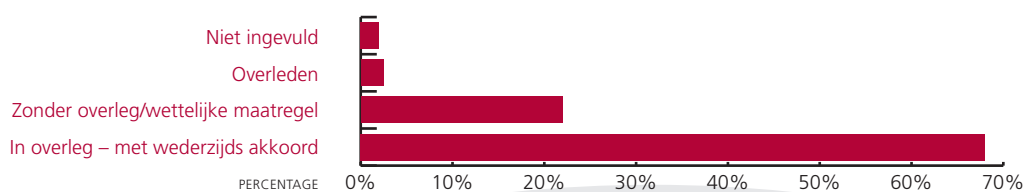
VERBLIJFSDUUR VAN DE ONTSLAGEN PATIËNTEN 2006



Het aantal ontslagen met een korte verblijfsduur (< 7dagen) is gestegen: 19,8% in 2006 ten opzichte van 11% in 2005.

Wijze van ontslag

WIJZE VAN ONTSLAG 2005



De laatste jaren stijgt het aantal ontslagen met wederzijds akkoord.

Het aantal patiënten dat het ziekenhuis verlaat met wederzijds akkoord stijgt in 2006 tot 81,8% ten opzichte van 67,7% in 2005.



Samenstelling en coördinatie

Elly De Maere
Anja Parthoens
Rita Schaeckers

Eindredactie

Dr. René Kusters
Anja Parthoens

Foto's

Archief OPZC Rekem

Prepress en druk

Drukkerij Leën, Hasselt

Voor bijbestellingen

Dienst Communicatie
Daalbroekstraat 106
3621 Rekem

T 089 84 70 11

anja.parthoens@opzrekem.be
www.opzrekem.be

www.opzrekem.be

