

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Afdeling Gespecialiseerde en residentiële Zorg
Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 Brussel

T.a.v. Greet Van Humbeeck

Genk, 07/05/2014

Betreft: Tussentijds verslag vorderingen ikv auditverslag

Geachte mevr. Van Humbeeck,

Via deze weg wensen we u graag tussentijds op de hoogte te stellen van de stappen die ondernomen worden in navolging van de audit die door Zorginspectie in december 2013 werd uitgevoerd. De vaststelling van de termijnen werd ons betekend op 17/02/2014. Ten aanzien van de opgestelde deadlines kan ik het volgende meedelen:

1) Na drie maanden (17/05/2014):

a. De nachtpermanentie is conform de wetgeving (NC):

- Op afdelingen waar acute opnames gebeuren dienen 's nachts twee personen aanwezig te zijn, waarvan minstens één verpleegkundige.

Antwoord: Enkel binnen het kader van de afspraken in het samenwerkingsproject urgentie, dat werd gesloten tussen KPC vzw en Ziekenhuis Oost-Limburg worden nachtelijke opnames mogelijk gemaakt. Deze opnames zijn enkel mogelijk na inschatting (fysiek aanwezig) door de kinderpsychiater van wacht, en onder de bepalingen dat er voldoende veiligheid moet gegarandeerd zijn in KPC om een overname mogelijk te maken. De overeenkomst met ZOL stelt dat de inschatting van deze veiligheid door de kinderpsychiater dient te gebeuren en dat deze in het andere geval kan besluiten tot het realiseren van een oplossing in ZOL (bvb opname op pediatrie). Wanneer er tot overname beslist wordt, is er steeds minimaal de aanwezigheid van een bewaker van ZOL gerealiseerd die veiligheidstoezicht houdt ter ondersteuning van de nachtverpleegkundige van KPC. Ik verwijs naar bijlage 1 die een addendum aan de samenwerkingsovereenkomst betreft. Het bijgevoegde stroomdiagram is bekend in ZOL en KPC.

b. Er wordt niet gefixeerd via een lendengordel (Tk)

Antwoord: Onmiddellijk na de audit werd personeel geïnformeerd en de geldende protocols werden hierop verduidelijkt. Fixatie kan enkel via 5 of 3punts.

c. De fiches mbt time-outregister en afzonderingsregister zijn correct ingevuld (Tk)

Antwoord: Tegelijkertijd met 1b werd ook dit topic met de personeelsgroep geadresseerd. De fiches worden nauwgezet gecontroleerd op volledigheid. De medische staf krijgt in de procedures een duidelijkere en explicietere rol toegekend waarbij de beslissing tot time-out en afzondering ook in het

register een expliciet medisch order is. Het register is er nu ook op voorzien om bij reden van afzondering zowel een algemene omschrijving te geven als categoriaal aan te vinken. De verpleegkundigen zijn verzocht om de notulen aangaande het verrichte toezicht consequenter uit te voeren. Hierop worden maandelijkse controles gevoerd, waarna ook terugkoppeling en eventuele bijsturingen kunnen plaatsvinden.

2) Na 6 maanden (17/08/2014):

a. multidisciplinaire patiëntendossiers worden systematisch bijgewerkt voor wat betreft de doelstellingen en de inhoud van de behandeling (Tk)

Antwoord: De artsen werden hierover geïnformeerd. Acties worden voorzien in de komende maanden.

b. Er is een procedure mbt klachtenbehandeling (oa ook het geven of het krijgen van een 'second opinion') (Tk)

Antwoord: Er werd iemand aangesteld om de interne ombudsfunctie op te nemen. Deze functie wordt beschreven in een huishoudelijk reglement en de werking werd afgestemd op de werking van de externe ombudspersoon GGZ. Voor formele en informele klachten werd de procedure op basis van het huishoudelijk reglement beschreven. Dit alles werd gefinaliseerd in overleg met de externe ombudspersoon. Het huishoudelijk reglement is als bijlage 2 opgenomen.

De persoon die de interne ombudsfunctie zal opnemen is een verpleegkundige die naast een beperkte activiteit als onthaalmedewerkster (0.40FTE) ook een functie invult als logistiek (miv aankoop) coördinator. Zij start op 1/6 in deze nieuwe functie.

c. De aangepaste klachtenprocedure is terug te vinden op de website van het KPC (NC)

Antwoord: Het huishoudelijk reglement en de klachtenprocedure, alsook de coördinaten, worden in de loop van juni op de website geplaatst.

d. De interne ombudspersoon is een neutraal en onafhankelijk iemand (NC)

Antwoord: Door de schaalgrootte van KPC, en de afwezigheid van stafmedewerkers, is het in KPC niet mogelijk om iemand die op één of andere manier niet betrokken is bij de zorg, en/of geen directielid is toe te wijzen aan de interne ombudsfunctie. Met deze organisatie (met name een medewerker die deels onthaal, deels staf logistiek combineert) pogen we de mogelijke betrokkenheid in klachtendossiers te beperken. Het huishoudelijk reglement beschrijft de aandachtspunten die de interne ombudsfunctie moet in acht nemen om de neutraliteit en onafhankelijkheid ten allen tijde te bewaren.

3) Na 12 maanden (17/02/2015):

a. Het KPC beschikt niet over een eigen ethisch comité (NC): Het ziekenhuis kan echter wel deelnemen aan het overkoepelende comité indien het tevens voldoet aan de volgende vereisten: 1) Het een schriftelijke overeenkomst heeft m.b.t. deze samenwerking. 2) Uit de samenstelling van het ethisch comité moet blijken dat één vertegenwoordiger van het psychiatrisch ziekenhuis effectief en op regelmatige basis zetelt in dit comité; gezien de grootte van het KPC en de specifieke doelgroep is de aanwezigheid in verhouding tot de grootte. De vertegenwoordiger dient conform te zijn met de bepalingen in de wetgeving. Deze personen kunnen ook geen lid zijn van de lokale commissie. 3) Uit de agenda en de verslagen van het comité blijkt dat onderwerpen van het psychiatrisch ziekenhuis op regelmatige basis aan bod komen in het ethisch comité.

Antwoord: Een schriftelijke overeenkomst met ZOL is in voorbereiding door de juriste van het ethisch comité. Eén van de artsen wordt gemandateerd om in de uitvoering van deze overeenkomst regelmatig te zetelen in het comité. Ondertussen werd één studie (mbt urgentiezorg) door KPC en SPIL vzw geagendeerd voor een uniek advies tav een onderzoek over de Limburgse spoedafdelingen en GGZ-partners.

b. Het KPC heeft een beleidscyclus opgestart (PCDA) (NC).

In een tijdpad geeft het KPC aan op welke manier ze meer systematiek in hun beleidswerk opnemen.

Volgende thema's/procedures worden tevens uitgewerkt: kwaliteitsbeleid - therapeutisch beleid - (psycho)diagnostisch - procedures voor time-out en isolaties - suicidepreventiebeleid

Antwoord: Met de beleidsvergadering van KPC (directiecomité, beleidsartsen en teamcoördinatoren) werd op 25/3/2014 een beleidsdag gehouden die in teken stond van de ontwikkeling van een beleidscyclus met geïntegreerde kwaliteitscyclus. De fundamenteën van een nieuwe, meer gestructureerde en geordende wijze van werken werden hier gelegd, en door de leden van de beleidsvergadering onderschreven. Op 10/4/2014 werd PZ de H. Familie op suggestie van het agentschap Zorg en Gezondheid bezocht, om verdere inzichten op te doen rond de implementatie van kwaliteitsbeleid in de dagelijkse werking.

Op basis van de uitgangsprincipes zoals overeengekomen op de beleidsdag en de input vanuit de H. Familie, kiest KPC ervoor om kwaliteitsdenken tot een algemene opdracht van alle medewerkers in KPC te maken. De nodige budgetten 2014 werden voorzien om de globale personeelsequipe te verhogen, waardoor de mogelijkheden gecreëerd kunnen worden om de teamcoördinatoren een coördinerende rol te laten opnemen in het ontwikkelen van kwaliteitsverbetering/monitoring, én personeel makkelijker kan toegewezen worden aan werkgroepen. De kwaliteitscyclus zal daarenboven integraal onderdeel uitmaken van de beleidscyclus die vanaf het najaar 2014 op een gestructureerde wijze zal aanvangen en ook gekoppeld zal zijn aan de normale bedrijfscyclus, waardoor bedrijf, beleid en kwaliteit zoveel mogelijk geïntegreerd blijven.

Ondanks het feit dat onze missie en visie in KPC reeds vrij duidelijk is geformuleerd vinden we het in deze fase van belang om de missie/visie opnieuw formeel te actualiseren en klaar te maken voor de ontwikkelingen die binnen het kader van de hervorming Ki&Jo op til staan. De missie en visie van KPC vormt de basis voor de strategische doelstellingen die op organisatie- en doelgroepniveau dienen behaald te worden. Daarom werd binnen de beleidsvergadering besloten om de actualisatie van de missie en visie als eerste stap te nemen, opdat de beleids'kapstokken' duidelijk blijven.

Voor de komende drie maanden voorzien we volgende planning:

- 06/2014: Bekrachtiging van missie en visie op raad van bestuur, na input vanuit beleidsvergadering (actoren: beleidsvergadering - RvB)
- 07-08-09/2014: Vertaling van de missie/visie in strategische doelstellingen op organisatieniveau (actoren: directiecomité)
- 09/2014: Concretisering van de strategische doelstellingen op doelgroepniveau (actoren: duaal beleid - beleidsvergadering) → Eigenlijke start van eerste beleidsyclus
- 09/2014: aanwervingsfase van personeelsequipe afgerond
- 10/2014: opstart thematische werkgroepen ivm kwaliteitsbeleid

We hopen u hiermee van dienst geweest te zijn, en houden ons eraan u ten tijde van de andere deadlines verder te informeren over de vorderingen en stand van zaken. Voor vragen kan u ons steeds contacteren.

Met vriendelijke groeten,
Namens het Kinderpsychiatrisch Centrum Genk

Guido Van Hamme
Directeur
Kinderpsychiatrisch Centrum Genk