



Auditverslag

Kinderpsychiatrisch Centrum

KPC Genk

November 2013

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden	3
1.2	Definities	3
1.3	Auditproces	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening.....	6
2.1	Contactgegevens	6
2.2	Organogram	6
2.3	Geneesheer – diensthoofd per dienst.....	6
2.4	Erkenningssituatie.....	6
3	Leiderschap.....	7
3.1	Beleidsorganen	7
3.2	Organisatiestructuur	8
4	Beleid en strategie	9
4.1	Beleid	9
4.2	Lerende omgeving	11
5	Middelen	13
5.1	Infrastructuur	13
5.2	Patiëntendossier	13
6	Medewerkers	14
6.1	Personeelsbeleid	14
6.2	Bestaffing	15
7	Processen.....	16
7.1	Organisatie van zorg.....	16
7.2	Vrijheidsbeperkende maatregelen	17
7.3	Agressiebeleid	19
7.4	Suïcidepreventiebeleid	19
7.5	Patiëntenrechten en klachtenmanagement	20
8	Resultaten.....	21
8.1	Toegankelijkheid	21
8.2	Informatieverstrekking	21
8.3	Betrokkenheid van patiënt en systeem.....	22
8.4	Samenwerking	22

1 Inleiding

In het auditverslag worden de afdelingen (leefgroepen) niet apart besproken. De bevindingen op de verschillende afdelingen (leefgroepen) worden doorheen het verslag gekoppeld aan de bespreking van de ziekenhuisbrede aspecten.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven worden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze slotbespreking is gepland op 28 januari 2014, in zaal 0.01 om 10 u in het Ellipsgebouw (Koning Albert-II laan 35 te 1030 Brussel).

1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de audit wordt gefocust op kwaliteit van zorg:

- Toetsing van de federale erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

De auditoren hanteren een referentiekader dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-psihiatrische-ziekenhuizen/>

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van vijf soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief of positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie, bv. om de context te schetsen.

Sterke punten (SP)

Dit zijn punten die de auditoren als een meerwaarde voor het ziekenhuis beschouwen. Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een meerwaarde beschouwd.

Aanbevelingen (Aanb)

De aanbevelingen zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Non-conformiteiten (NC)

Dit zijn de elementen die volgens het auditteam niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten deze non-conformiteiten worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, voor sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de voorziening gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Als er geen termijn aan gekoppeld werd, moet de non-conformiteit weggewerkt worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, cijfergegevens, personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid - lerende omgeving, patiëntenrechten en ombudsfunctie en leefgroepen.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, procedures en het kwaliteitshandboek.

Aan de hand van deze zelfevaluaties vond een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie.

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige auditverslagen, uit het bij de overheid ingediende opvolgingsverslag, de website van het ziekenhuis...

Er werden 10 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 3 directieleden, 2 teamcoördinatoren, 2 verpleegkundigen en de externe ombudspersoon.

Leefgroep 2 en 3 werden tijdens de audit bezocht.

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang

van diensten en op steekproeven (registratiegegevens, inzage in 9 patiëntendossiers, inzage in 8 afzonderingsfiches).

1.4 Samenstelling van het auditteam

Michaëla Daelemans

Hoofdauditor

Kurt Lievens

Auditor

1.5 Auditplan

	Dr. Michaëla Daelemans	Dhr. Kurt Lievens
9:00 – 10:00	Leefgroepbezoek	Leefgroepbezoek
10:00 – 12:00	Personeelsbeleid + resultaten van medewerkers	Therapeutisch beleid + dwangmaatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
12:00 – 13:00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)	
13:00 – 15:00	Algemeen en medisch beleid	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten + ombudspersoon
15:00 – 15:30	Afrondend gesprek	

2 Situering van de voorziening

2.1 Contactgegevens

Naam	Kinderpsychiatrisch Centrum
Adres	Schiepse Bos 8
Gemeente	3600 Genk
Telefoon	089 32 59 59
E-mail	kpc@kpc-genk.be
Website	www.kpc-genk.be

2.2 Organogram

Directiecomité

Guido Van Hamme	Algemeen directeur
Dr. Peter Emmerly	Medisch directeur
Reina Abbink	Directeur zorgorganisatie

2.3 Geneesheer – diensthoofd per dienst

De hoofdgeneesheer wordt gezien de schaalgrootte tevens als diensthoofd beschouwd, er zijn geen andere diensthoofden. Er zijn wel beleidsartsen aangesteld.

2.4 Erkenningsituatie

Het Kinderpsychiatrisch Centrum Genk vzw is een ziekenhuisassociatie, die op 1/04/2002 werd opgericht. KPC werd als afzonderlijke kinderpsychiatrische eenheid opgericht door 4 Limburgse zorginstellingen, met name het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), Maria ziekenhuis Noord-Limburg, Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria (nu Asster) en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem.

KPC heeft een erkenning voor 27 plaatsen: 15 K-bedden, 11 k-stoelen voor daghospitalisatie en 1k-bed voor nachthospitalisatie.

Het Kinderpsychiatrisch Centrum Genk is een categoriaal psychiatrisch ziekenhuis, dat zich richt op crisisinterventie, observatie en oriëntatie bij kinderen en jongeren. KPC bevindt zich op de campus Sint-Jan van ZOL Genk.

KPC heeft geen machtiging tot gedwongen opname.

3 Leiderschap

3.1 Beleidsorganen

- Het organogram faciliteert de informatiedoorstroming en de betrokkenheid inzake beleid tussen de verschillende niveaus, de Raad van Bestuur, de directie en de werkvloer. **(SP)**
- De Raad van Bestuur (RvB) bestaat uit elf stemgerechtigde leden, afgevaardigd door de oprichtende ziekenhuizen, en vier adviserende bestuurders, de directeurs van de stichtende ziekenhuizen. Er is regelmatig overleg tussen de voorzitter van de RvB en de directieleden. **(AV)** De drie directieleden van KPC zijn op alle vergaderingen van de RvB aanwezig. **(SP)**
De Raad van Bestuur zou zijn verantwoordelijkheden meer kunnen opnemen. De RvB vergadert slechts vier maal per jaar. Uit de vergaderverslagen van 2012-2013 blijkt dat gemiddeld de helft van de leden afwezig was tijdens de bestuursvergaderingen. Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, de 'corebusiness' van het ziekenhuis, komen onvoldoende aan bod op het bestuursniveau. **(TK)**
- Er is een managementcomité bestaande uit de vier algemeen directeurs van de oprichtende partners en het directiecomité van KPC. Het managementcomité vergadert vier maal per jaar en staat de directie bij in haar taken. **(AV)**
- Het directiecomité bestaat uit de algemeen directeur, de medisch directeur en de directeur zorgorganisatie en vergadert wekelijks. De algemeen directeur is sinds januari 2012 in dienst. **(AV)** De algemeen directeur en de medisch directeur volgden meerdere opleidingen inzake ziekenhuismanagement. **(SP)** De directeur zorgorganisatie volgde een opleiding "Kwadrant" en is gestart met een opleiding voor leidinggevers. **(AV)**
- De beleidsvergadering komt maandelijks samen en is samengesteld uit de directie en de verschillende beleidsduo's, zijnde de beleidsartsen en de teamcoördinatoren. Deze beleidsvergadering vormt tevens het comité kwaliteit en patiëntveiligheid. **(AV)** Jaarlijks houdt de beleidsvergadering een beleidsdag. **(SP)**
- Per leefgroep (en ook voor de cluster "polikliniek, outreaching en projecten") is er een stuurgroep, bestaande uit het directiecomité en het duaal beleid (de beleidsarts – kinder- en jeugdpsychiater en de teamcoördinator voor de leefgroepen, de beleidsarts en de algemeen directeur voor de cluster "polikliniek, outreaching en projecten"). **(AV)**
- Wekelijks komen alle kinderpsychiaters samen. Afwisselend worden de vergaderingen als medische staf of als medische raad ingevuld. **(AV)** Jaarlijks houden de artsen een beleidsdag. **(SP)** Volgens de ziekenhuiswetgeving heeft de medische raad (MR) een wettelijke opdracht inzake de bewaking en de evaluatie van de medische kwaliteit. Op dit vlak is er nog heel wat verbeterruimte voor de medische raad (bv. therapeutisch beleid, indicatoren, richtlijnen). Op basis van de voorgelegde verslagen van de medische raad en vaststellingen tijdens de inspectie blijkt de MR hier onvoldoende mee bezig te zijn. **(TK)**
- Vier maal per jaar is er overleg tussen de Raad van Bestuur en de MR, binnen het POC. **(AV)**
- KPC heeft geen afzonderlijk ethisch comité en doet beroep op het ethisch comité van Asster. De voorbije tien jaar werden vanuit KPC een tweetal vragen gesteld aan het ethisch comité. **(AV)** KPC heeft geen afvaardiging in het ethisch comité van Asster en kreeg de voorbije jaren ook geen verslaggeving of adviezen. **(NC)** Er zijn gesprekken

lopende om in de toekomst beroep te doen op het ethisch comité van het ZOL Genk. **(AV)**

- In 2010 werd een leiderschapscharter opgesteld. Het leidinggevend kader wordt op het vlak van leiderschap gecoacht door een externe coach. **(SP)**

3.2 Organisatiestructuur

- Er zijn drie leefgroepen binnen KPC: **(AV)**

Leefgroep 1	Peuters en kleuters	0-6 jaar
Leefgroep 2	Lagere schoolleeftijd	6-12 jaar
Leefgroep 3	Jongeren	12-18 jaar (met voorrang voor -16-jarigen)

Voor elke leeftijdsgroep is er een poliklinische functie, een dagprogramma en opname-mogelijkheid. Er is ook samenwerking met ZOL aangaande liaisonpsychiatrie. **(AV)** Daarnaast is er kinderpsychiatrische zorg aan huis (project "outreaching" FOD VVVL). De outreachende zorg wordt voornamelijk ingezet om zorgmijders te bereiken en om periodes te overbruggen waarin residentiële zorg niet beschikbaar is.

Sinds begin 2013 loopt ook een "proeftuin" waarbij in de oudste leeftijdsgroep steeds één van de 8 bedden beschikbaar wordt gehouden voor een urgentiepsychiatrische opname. Met de projecten outreaching en urgentiepsychiatrie anticipeert KPC op de te verwachten beleidsontwikkelingen binnen de kinderpsychiatrische zorg. **(SP)**

- Sinds 2009 worden de leefgroepen duaal aangestuurd door een beleidsarts en een teamcoördinator. Daarnaast wordt de cluster "polikliniek, outreaching en projecten" duaal aangestuurd door een beleidsarts en de algemeen directeur. De directie zorgorganisatie en de medisch directeur geven indirect leiding aan de multidisciplinaire teams. **(AV)**
- Het beleid van een leefgroep wordt – binnen het kader dat wordt uitgezet binnen de beleidsvergadering – uitgestippeld in de stuurgroep per leeftijdsgroep, die bestaat uit het directiecomité en het duaal beleid. Deze stuurgroepen hebben geen vaste vergaderfrequentie; ze komen minimaal vier maal per jaar bijeen. **(AV)**
- De directie zorgorganisatie heeft daarnaast een directe lijnverantwoordelijkheid ten aanzien van de verpleegkundige equipe van KPC. De directie zorgorganisatie stuurt de nachtverpleegkundigen aan, terwijl de algemeen directeur de polimedewerkers aanstuurt. **(AV)**
- De niet-psychiatrische en niet-psychologische disciplines zijn niet expliciet vertegenwoordigd op beleidsniveau. De directie zorgorganisatie is wel aanwezig bij (leefgroep-overschrijdende) monodisciplinaire overlegmomenten van deze disciplines en verzorgt de link met het beleidsniveau. Ook de teamcoördinatoren worden verondersteld om via hun dagdagelijkse intensieve samenwerking voldoende voeling te hebben met de andere disciplines om hun perspectief te kunnen inbrengen op beleidsniveau. **(AV)**
- Op leefgroepe niveau wordt een achttal keer per jaar overlegd met alle medewerkers van het respectievelijke team: dit wordt een niet-patiëntgebonden team genoemd. **(AV)**

4 **Beleid en strategie**

- De voorbije jaren ging veel energie naar de realisatie van de nieuwbouw, de optimalisatie van de organisatiestructuur en de opstart van het urgentieproject. In dezelfde periode was er een directiewissel. **(AV)**

4.1 **Beleid**

- De missie en visie van KPC werden opgesteld in 2001. Een actualisatie gebeurde de voorbije jaren. In deze tekst zijn naast missie en visie, ook een strategie en doelstellingen omschreven. **(SP)** Missie en visie werden de voorbije maanden vertaald naar de werkvloer, maar deze oefening is nog niet helemaal af. Het operationaliseren van de doelstellingen – zowel op organisatie- als op leefgroepniveau – dient nog grotendeels te gebeuren.
Er werd in 2011 door de leden van de beleidsvergadering een zelfevaluatie opgemaakt m.b.v. Kwadrant Kompas. Als beleidsteksten zijn verder een beknopt jaarverslag 2012 en een beleidsplan 2013-2014 beschikbaar. Sommige acties daarin zijn KPC-breed, andere situeren zich op leefgroepniveau. **(AV)**
Van een beleidscyclus is niet echt sprake, daarvoor ontbreekt het aan systematiek. **(TK)**
 - Er is onvoldoende samenhang tussen de verschillende documenten en de verschillende initiatieven zijn niet met elkaar gelinkt. Hoewel men stelt Kwadrant als managementmodel te gebruiken, komt dit in geen enkel document naar voren.
 - Er is geen link tussen de missie en visie, het jaarverslag en het beleidsplan.
 - Door middel van de zelfevaluatie werden heel wat sterktes en verbeterpunten blootgelegd. Met deze gegevens werd onvoldoende aan de slag gegaan. Er zijn bv. geen doelstellingen of verbeterinitiatieven geformuleerd o.b.v. deze zelfevaluatie.
 - Men heeft geen zicht op de analyses en acties die in het verleden gebeurden en de resultaten die dit opleverde.
 - De voorbije jaren werden geen beleidsplannen opgemaakt. In het beleidsplan 2013-2014 worden enkel interventies inzake communicatie opgelijst.
 - Op leefgroepniveau is nog geen begin gemaakt van een beleidscyclus.
- KPC heeft heel wat bronnen van expertise in zijn omgeving. Er is de kennis aanwezig binnen de vier oprichtende ziekenhuizen (in de visie van KPC wordt gerefereerd naar KPC als een ontmoetingsplaats van de associatielieden waar men het beste wil samenbrengen). Men heeft een groot team van kinder- en jeugdpsychiaters. Er is een hoog-opgeleide personeelsequipe, met meerdere personen die les geven of als expert lid zijn van diverse werkgroepen. **(SP)** De beschikbare expertise wordt intern nog niet ten volle benut. We bevelen aan om deze bronnen meer aan te boren en op zoek te gaan naar methodes om deze kennis beter te delen en te vertalen naar KPC (bv. door werkplekleren in andere organisaties en K-diensten). Het feit dat er binnen KPC geen overkoepelende staffuncties zijn, kan hierin ook als belemmerende factor gezien worden. Van de directieleden kan niet verwacht worden dat zij alle zorginhoudelijke onderwerpen in detail kennen of kunnen uitwerken. Men zal zich moeten beraden welke onderwerpen binnen KPC kunnen uitgewerkt worden, voor welke onderwerpen men een samenwerking nodig heeft met externe partners en voor welke onderwerpen men nood heeft aan consultancy. **(Aanb)**
- Het procedurebeheer is onvoldoende uitgewerkt. **(TK)** Op veel documenten ontbreekt een versiedatum en een proceseigenaar/eindverantwoordelijke. Verder is het statuut van de verschillende documenten (richtlijnen, stroomdiagrammen, procedures, protocollen) die in omloop zijn onduidelijk. Er wordt niet steeds gespecificeerd of iets een sneuveltekst is, dan wel een voorlopig document of een document dat bekrachtigd werd door de directie.

Verschiedende documenten blijven gedurende jaren in de fase van voorlopige versie hangen (bv. het leiderschapscharter, de documenten over vrijheidsberovende maatregelen).

Er is geen moederprocedure die de afspraken vastlegt voor het opstellen, verspreiden en communiceren van nieuwe procedures en voor het evalueren van bestaande procedures, zodat alle medewerkers steeds beschikken over de juiste versie en zodat ongeldige of verouderde procedures worden verwijderd of geactualiseerd.

Therapeutisch beleid

- In KPC werd er van bij de aanvang gewerkt met een biopsychosociaal model waarbij er zowel op dossierniveau als bij multidisciplinair overleg 6 niveaus (Oudshoorn) worden gehanteerd om de observaties en diagnostiek van de kinderen en jongeren en hun omgeving te beschrijven (sociaal, familiaal, biologisch, gedrags- en beleavingsniveau, niveau van ontwikkeling en persoonlijkheid).
De voorbije jaren wordt er aanvullend gebruik gemaakt van het dialoogmodel. Dit model wil vooral de dialoog met kinderen en jongeren en hun ouders verbeteren. Diagnostiek, adviezen en behandeling worden op deze manier op een verstaanbare manier in dialoog gebracht tussen behandelaar en kind / jongere en zijn omgeving (zie www.dialoogmodel.nl). **(AV)** Beide ontwikkelaars van dit model hebben ingestaan voor de begeleiding bij de implementatie van dit model in KPC. Er werden hiervoor verschillende opleidingsmomenten voorzien in de verschillende leefgroepen. **(SP)**
In de jongste leeftijdsgroep wordt de Infant Mental Health benadering als integratief model gehanteerd. **(AV)**
- Qua psychotherapeutische benadering wordt gekozen voor een eclectische werking geïnspireerd door de verschillende theoretische stromingen. Daarnaast wordt gekozen voor medewerkers met een breed palet aan (therapeutische) vaardigheden die goed aansluiten bij kinder- en jeugdpsychiatrische crisishulpverlening. **(AV)** Wat deze vaardigheden precies (moeten) zijn is niet verder omschreven. Het therapeutisch beleid is in het algemeen onvoldoende geëxpliciteerd. We denken bv. aan de motivatie of indicatie voor het bij bepaalde doelgroepen of in bepaalde situaties al dan niet inzetten van een bepaalde discipline, benadering of methodiek, voor het focussen op een individuele dan wel groepsaankpak, voor het inzetten van verbale of non-verbale methodieken. **(TK)**
Deze overwegingen beperken zich hoofdzakelijk tot het patiëtniveau (tijdens dagelijkse briefings en patiëntbesprekingen). Op leefgroepniveau is er weliswaar ruimte voor bespreking van bepaalde aspecten van het therapeutisch beleid tijdens de niet-patiëntgebonden teamvergaderingen, maar dit gebeurt enkel op fragmentarische en niet-systematische wijze. We bevelen aan om een visietekst uit te schrijven over het therapeutisch beleid in KPC, deze visie te vertalen naar een beschrijving van methodieken per leeftijdsgroep en indicatie en de verantwoording van de gemaakte keuzes. Dit kan de basis vormen voor de verankering (de praktijk en de opgebouwde kennis is dan minder afhankelijk van de individuele expertise van de huidige medewerkers), de evaluatie (bv. door het definiëren van kritische succesfactoren, het kiezen en opvolgen van bijhorende indicatoren) en de bijsturing van het therapeutisch beleid.
- Hetzelfde geldt voor het (psycho)diagnostisch beleid: op patiëtniveau wordt de inzet van psycho- en ander diagnostisch testmateriaal weliswaar systematisch overwogen in de patiëntgebonden teamvergaderingen, **(AV)** maar de manier van werken is op leefgroep- of organisatieniveau onvoldoende uitgewerkt en onderbouwd (bv. de beschrijving van de indicaties voor de verschillende psychodiagnostische, cognitieve of andere testen, welke (combinaties van) diagnostische methodes worden vooropgesteld bij welke hypotheses, ...). **(TK)**
- Om de vinger aan de pols van de wetenschap en actuele ontwikkelingen te houden, worden verschillende methodes gebruikt: **(AV)**
 - Verschillende therapeuten geven les aan hogeschool of universiteit.

- Medewerkers worden gestimuleerd om deel te nemen aan congressen (ook met eigen bijdrages).
- In verschillende disciplines worden stagiairs begeleid (17 in 2012).
- Participatie aan de ontwikkeling en implementatie van instrumenten en methodieken (bv. KIPEO, lidmaatschap Vlaamse Vereniging voor Infant Mental Health).
- De verschillende therapeuten worden verondersteld de ontwikkelingen binnen hun vakgebied te volgen en deze in te brengen in de niet-patiëntgebonden teamvergaderingen.

We bevelen aan om de evaluatie van de geboden methodieken t.o.v. de recente inzichten op een meer gestructureerde manier in te bouwen, bv. door een regelmatige interdisciplinaire evaluatie van het geëxpliciteerde therapeutisch beleid. **(Aanb)**

4.2 Lerende omgeving

- Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, de 'corebusiness', krijgen onvoldoende aandacht in KPC. **(TK)** Zowel op het niveau van het managementcomité, het directiecomité als de beleidsvergadering worden kwaliteitsbeleid, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid onvoldoende geagendeerd. Hoewel de beleidsvergadering ook de functie heeft van comité kwaliteit en patiëntveiligheid, blijkt uit de vergaderverslagen van de voorbije twee jaar dat de onderwerpen kwaliteit en patiëntveiligheid daar onvoldoende aan bod komen.
- Het kwaliteitsbeleid ontbreekt aan systematiek. **(TK)** Men kan geen PDCA-cyclus (de Demingcyclus van plan-do-check-act) aantonen. In het kwaliteitshandboek worden geen verbeteracties vermeld, noch verbeterresultaten. Er is geen systeem voor kwaliteitsborging.
 - Men heeft onvoldoende zicht op de stand van zaken.
 - Er worden onvoldoende gegevens verzameld die kunnen monitoren en objectiveren (cijfermateriaal, indicatoren, outcomeparameters). Beschikbare gegevens worden niet verwerkt en zijn daardoor niet bruikbaar voor analyse en evaluatie (bv. bevraging ouders en jongeren). Een beperkt aantal cijfers worden periodiek via Navigator geregistreerd: zowat de enige bruikbare cijfers waarover men beschikt zijn bezettingscijfers, ligdagen, patiëntenbewegingen en gegevens m.b.t. afzondering (time-out en isolatie/fixatie). Men beschikt bv. niet over cijfergegevens i.v.m. de wachttijden voor opname in de leefgroepen, het aantal agressie-incidenten, outcomemetingen.
 - Bestaand cijfermateriaal wordt slechts gebruikt voor analyse en evaluatie (bv. afzonderingscijfers, Navigator).
 - Er gebeurt geen procesopvolging.
 - Er gebeuren geen systematische peilingen van tevredenheid bij gebruikers. In het verleden werden beperkte peilingen gedaan, bv. een Deltabevraging bij jongeren en een bevraging van ouders in de ouderkinddagbehandeling. De resultaten van deze bevestigingen werden opgevraagd maar zijn niet voorhanden (de gegevens werden niet verwerkt en zijn daardoor enkel gekend door de direct betrokkenen en niet bruikbaar voor vergelijking doorheen de tijd en voor de andere leefgroepen).
 - Incidentmeldingen gebeurden tot nu toe vooral informeel (via persoonlijk aanspreken of via mail). Naar aanleiding van de verhuus naar de nieuwbouw werd dit proces meer geformaliseerd.
 - Er gebeuren geen analyses van incidentmeldingen.

- Acties worden niet SMART (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdsgebonden) geformuleerd.
 - Er zijn geen duidelijke doelstellingen omschreven. Volgende acties uit het beleidsplan 2013-2014 zijn als actiepunten bv. te vaag qua formulering: 'ochtendbriefing', 'mails duidelijker', 'samen efficiënt blijven nadenken'.
 - Er is geen timing en evaluatie voorzien voor de verschillende actiepunten uit het beleidsplan.
- Er is geen systeem van opvolging van verbeterprojecten (hoewel men in de in het aangeleverde zelfevaluatie document m.b.t. kwaliteit refereert naar de gevolgde projectmethodiek voor implementatie van kwaliteitsthema's).
 - Er is geen overzicht van de resultaten en de acties uit het verleden.
 - Resultaten worden niet gemeten en opgevolgd.
 - Er wordt geen gebruik gemaakt van project- of actiefiches.
 - Men kan geen verbetering aantonen binnen de domeinen van evaluatie door gebruikers, klinische prestatie en operationele prestatie, zoals vereist door het kwaliteitsdecreet.
- Goede kwaliteit die geleverd wordt, is onvoldoende verankerd en is nog te veel afhankelijk van persoonlijke expertise en invulling (bij wegvallen van bepaalde personen zou die kwaliteit ook gegarandeerd moeten kunnen worden).
- Medewerkers en artsen zijn onvoldoende betrokken bij het kwaliteitsbeleid. **(TK)**
 - Op de werkvloer heeft men geen zicht op bestaand cijfermateriaal (bv. agressie-incidenten, wachttijden voor opname). Deze worden niet op teamniveau teruggekoppeld en besproken.
 - Medewerkers voelen zich niet betrokken bij het beleidsplan van KPC.
 - Er zijn geen voorbeelden van systematische bewaking van medische kwaliteit.
 - Er zijn geen verbeterprojecten inzake kwaliteit van zorg.

We bevelen aan om voor uitwerking van specifieke verbeterprojecten tijdelijke werkgroepen op te richten met medewerkers van de werkvloer. **(Aanb)**

- In de organisatie leeft de perceptie van een hoge klantgerichtheid, maar daarbij vertrekt men voornamelijk vanuit de eigen inschatting, de expertise van de medewerkers of informele interactie met (ouders van) patiënten en verwijzers; er is geen systematische meting van waardering, perceptie en verwachtingen van klanten. Dit kwam ook duidelijk naar voren in de zelfevaluatie van 2011, maar heeft nog niet tot verbeteracties geleid. **(TK)**
 Op dit moment loopt – in het kader van een eindwerk van een stagiair – een beperkte bevraging van ouders van kinderen uit de peuter-kleuter-groep. Bij die leeftijdsgroep werden de voorbije jaren enkele ouderbevragingen georganiseerd, maar deze gegevens werden enkel besproken op een teamvergadering en deze evaluatie stroomde niet door binnen de organisatie.
 Bevragingen bij verwijzers hebben nog niet plaatsgevonden.
 Men dient een begin te maken door de verschillende groepen van gebruikers en klanten te definiëren (bv. verschillende verwijzers, kinderen en jongeren, ouders en andere opvoedingsverantwoordelijken, scholen, aanbieders van vervolgzorg, ...).
- We bevelen aan om voor medewerkers, artsen en directieleden eenzelfde opleiding te voorzien inzake kwaliteitsbeleid. **(Aanb)**

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Op 21 oktober 2013 is KPC verhuisd naar een nieuwbouw.
Volgende sterke punten qua infrastructuur werden opgemerkt: **(SP)**
 - De drie leefgroepen beschikken over een tuin, ingericht op maat van de doelgroep. De tuinen zijn beveiligd.
 - Alle patiëntenkamers zijn eenspersoonskamers. Ook de dagpatiënten beschikken over een patiëntenkamer.
 - In leefgroep 1 en 3 is er mogelijkheid van rooming-in voorzien.
 - De inrichting is erg huiselijk en er is veel daglichtinval.
 - In aanloop naar de nieuwbouw werd op het vlak van infrastructuur een preventieve risico-analyse gemaakt inzake veiligheid.

5.2 Patiëntendossier

- Men gebruikt een elektronisch Word-document als multidisciplinair patiëntendossier.
Daarnaast hebben de verschillende zorgverleners hun persoonlijk dossier, elektronisch of op papier. Er zijn nog een aantal documenten die in een apart patiëntendossier worden bewaard. **(AV)**
De verschillende teams gebruiken een eigen dossier (bv. leefgroep / poli / outreaching).
De patiëntengegevens zijn onvoldoende geïntegreerd om de zorgcontinuïteit te bewaken en om de multidisciplinaire samenwerking te ondersteunen.
Verder kan men op basis van dit dossier geen enkele procesparameter of indicator op een geautomatiseerde manier verzamelen. **(TK)**
Er zijn gesprekken lopende om het EPD van de CGG's te gaan gebruiken. **(AV)**

6 Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

- In totaal zijn er 43,55 VTE personeelsleden verbonden aan KPC (inclusief de directie, het onthaal en de administratie). **(AV)**
 - Leefgroep 1 telt 10,01 VTE, leefgroep 2 10,39 VTE en leefgroep 3 11,50 VTE. Hierin zijn de verpleegkundigen, psychologen, therapeuten, opvoedkundigen, onderwijscoördinatoren, maatschappelijk werkers en kinderverzorgster van de leefgroepwerkingen gerekend.
 - Er is een nachtequipe die bestaat uit 3 verpleegkundigen, samen 2,3 VTE.
- Tweemaal per jaar wordt een vergadering met de nachtequipe georganiseerd. Verder worden deze medewerkers mee verwacht op agressietraining en de vorming basis life support. **(AV)**

We bevelen aan om nachtverpleegkundigen te stimuleren om vertrouwd te blijven met de dagdagelijkse werking (bv. af en toe inschakelen in een dagdienst, af en toe deelnemen aan teamvergaderingen). **(Aanb)**
- Er zijn negen artsen (deeltijds) verbonden aan KPC, zeven kinderpsychiaters en twee ASO's. **(AV)**
- Er zijn functieprofielen opgemaakt voor de directieleden en voor de beleidsartsen en de teamcoördinatoren. **(AV)** We bevelen aan om in de functieprofielen van de beleidsduo's ook de samenwerking van het duo te belichten, om de wederzijdse samenwerking objectief te kunnen evalueren. **(Aanb)**

Voor de andere medewerkers zijn nog geen functieomschrijvingen opgemaakt. **(TK)** Dit is gepland voor 2014. **(AV)**
- De medewerkerstevredenheid wordt in kaart gebracht a.d.h.v. Delta. Op basis van de meest recente meting (2011) werden enkele verbeterinitiatieven genomen. **(AV)**
- Functioneringsgesprekken met medewerkers vinden sinds 2009 één keer per anderhalf jaar plaats. De teamcoördinatoren doen de functioneringsgesprekken met de medewerkers, de directeur zorgorganisatie met de teamcoördinatoren. Met de artsen gebeuren jaarlijks gesprekken door de hoofdgeneesheer. **(AV)** We bevelen aan om in de functieomschrijvingen van medewerkers en artsen evaluatiecriteria te omschrijven. **(Aanb)**
- Een verpleegkundige van leefgroep 2 is voor 0,2 VTE vrijgesteld voor begeleiding van nieuwe medewerkers. Het onthaalbeleid voorziet ook een peter of meter voor nieuwe medewerkers. **(AV)**
- Er wordt geen streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming dat medewerkers per jaar dienen te volgen. Uit de medewerkerstevredenheidsbevraging in 2011 bleek dat een significant aandeel van de medewerkers aangeeft onvoldoende opleidingsmogelijkheden te krijgen. Voor elke medewerker wordt een individuele vormingsfiche bijgehouden, deze is op vraag beschikbaar voor medewerkers. Deze gegevens worden niet systematisch teruggekoppeld en geanalyseerd. Er zijn plannen om in de toekomst een vormingsprotocol uit te schrijven. **(AV)**

De helft van het vormingsbudget wordt gebruikt voor externe coaching. We bevelen aan om op termijn een heroriëntatie te maken en een verschuiving te overwegen met een budgettair zwaartepunt bij de opleidingen voor medewerkers. **(Aanb)**
- Nagenoeg alle artsen en psychologen volgden een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(SP)**

- Zorg voor zorgenden:
 - Op de werkvloer is er een systeem opgezet om het risico inzake draagkracht bij medewerkers op te volgen. **(SP)** Er wordt gewerkt met een vlaggensysteem. Zo wordt een oranje vlagje gehangen wanneer er een aantal aanwijzingen zijn i.v.m. dalend welbevinden.
 - Opvang van personeelsleden na incidenten gebeurt binnen het eigen team en door de directe leidinggevende. Wanneer er nood is aan specifieke begeleiding kan men beroep doen op de arbeidsgeneeskundige dienst. **(AV)** We bevelen aan om een pro-actief beleid te voeren van begeleiding van 'second victims' en dit te organiseren met begeleiders die hiervoor specifiek werden opgeleid en die niet gebonden zijn aan het team. Advies om hiervoor samen te werken met één van de oprichtende ziekenhuizen. **(Aanb)**
 - De verschillende teams worden door een externe coach bijgestaan voor interne communicatie. **(SP)**

6.2 Bestaffing

- De verpleegkundige permanentie wordt op KPC-niveau 24u/24u gegarandeerd. **(AV)**
 - Tijdens de nacht is één personeelslid, een verpleegkundige, aanwezig in KPC. **(NC)** Op afdelingen waar acute opnames gebeuren dienen 's nachts twee personen aanwezig te zijn, waarvan één verpleegkundige.
 - Daarnaast is er sinds eind oktober 's nachts tussen 22 en 1 u een bewakings-medewerker van ZOL aanwezig in KPC. Deze bewaker is preventief aanwezig i.f.v. incidenten en zal ingeschakeld worden om samen met de verpleegkundige het toezicht van patiënten in afzondering te doen. Op vraag van de verpleegkundige kan de bewaker langer aanwezig blijven. **(AV)**
 - Er is overdag niet steeds in elke leefgroep een verpleegkundige aanwezig. Wanneer er geen verpleegkundige aanwezig is in de leefgroep, wordt de medicatie volgens de procedure toegediend door een verpleegkundige van een andere leefgroep, de verpleegkundige van de balie of een zorgkundige. **(AV)**

7 Processen

7.1 Organisatie van zorg

- Per leeftijdsgroep is er een liaison met het ZOL, een poliklinische werking, dagbehandeling en residentiële zorg. Daarnaast is er nog een outreachende werking in het kader van een federaal proefproject. De poliklinische werking is de voorbije jaren sterk gegroeid dankzij inzet van eigen middelen. De polikliniek is financieel ook laagdrempelig gehouden. **(SP)**
De mate van integratie tussen de verschillende zorgvormen verschilt per leeftijdsgroep, en is de voorbije jaren voorwerp van een zoektocht, vooral met het oog op het verzoenen van praktisch-organisatorische obstakels met de nood aan continuïteit (inzake artsen, andere hulpverleners, inzake benadering) voor kinderen en jongeren die doorheen de tijd verschillende vormen van zorg ontvangen. **(AV)**
- Sinds begin 2013 loopt een “proeftuin” waarbij in de oudste leeftijdsgroep steeds één van de 8 bedden beschikbaar wordt gehouden voor een urgentiepsychiatrische opname, die in principe maximaal 5 dagen duurt (versus 2 à 4 weken voor andere opnames in deze leefgroep). Terwijl reguliere opnames na 18u en in het weekend niet kunnen, kan een opname in het urgentiebed op die momenten wel.
In het kader van deze proeftuin is er een actieve samenwerking met de spoeddienst van het ZOL: zo krijgen de spoedverpleegkundigen bv. handvatten aangereikt om psychiatrische urgenties te herkennen, en kan men vanuit de spoeddienst een beroep doen op telefonische dan wel persoonlijke inbreng van kinderpsychiatrische expertise vanuit het KPC. De praktijk gedurende de eerste maanden leerde dat naast de spoeddienst van het ZOL ook nulde- of eerstelijnsactoren vaak een beroep wensen te doen op dit urgentie-aanbod. Het project wordt geëvalueerd i.s.m. UHasselt.
In de nieuwbouw ligt de urgentiekamer in het begin van de gang van leefgroep 3; via een binnendeur is de kamer verbonden met een naastgelegen ruimte, die als gespreksruimte kan dienen, maar ook als kamer waarin de ouders kunnen verblijven. **(SP)**
- Processen zijn onvoldoende geanalyseerd en geëxpliciteerd. **(TK)** In de zelfevaluatie worden hiervan meerdere voorbeelden opgesomd.
Mede door de gebrekkige explicitering worden de processen onvoldoende geëvalueerd en bijgestuurd: er zijn geen kritieke succesfactoren gedefinieerd en er is geen opvolging aan de hand van betrouwbare klinische indicatoren of evaluatie-instrumenten (bv. de evaluatie van het voorop gestelde streefdoel inzake directe patiëntentijd per discipline). De organisatie geeft het gebrek aan beleidsondersteunende mankracht aan als een belangrijke oorzaak van de onvoldoende opvolging van processen.
- De multidisciplinaire patiëntendossiers zijn onvolledig: **(TK)**
 - Opnamedoelstellingen worden niet steeds geëxpliciteerd in het multidisciplinair dossier. Bij een controle in 7 patiëntendossiers bleken er in 4 dossiers geen specifieke doelstellingen omschreven te zijn.
 - Niet alle noodzakelijke gegevens worden in het multidisciplinair dossier genoteerd. Er zijn bv. niet steeds notities over een gesprek van de arts met kind of ouders.
 - De frequentie van gesprekken van de psycholoog met het kind wordt niet systematisch genoteerd.
- KPC werkt samen met ZOL Genk inzake medicatiebeleid. Er is een apotheker van ZOL die specifiek is aangesteld als coördinator voor KPC. **(AV)**
- Medicatie wordt voor 24u klaar gezet door de nachtverpleegkundigen en dient volgens de procedure 's morgens nagekeken te worden door een andere verpleegkundige, of indien

geen verpleegkundige aanwezig is, door een zorgkundige. **(AV)**

7.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de jongste leefgroep zijn er geen time-out of isolatiekamers. In leefgroep 2 is er 1 kamer voor time-out. In de oudste leefgroep is er 1 kamer voor time-out en 1 “klassieke” isolatiekamer.
De time-out-kamers moeten begrepen worden als lege, prikkelarme en beveiligde ruimtes waar een kind of jongere gedurende een korte periode alleen of met een begeleider aanwezig kan zijn, hetzij op eigen vraag, hetzij onder dwang, om opnieuw controle te verkrijgen over het eigen gedrag. Een gedwongen time-out gebeurt met gesloten deur, en wordt dus ook geregistreerd in het afzonderingsregister.
De isolatiekamer is tevens prikkelarm en beveiligd, en heeft ook een (aan de grond gefixeerd) bed met fixatiemateriaal.
Beide soorten kamers hebben camerabewaking, inval van daglicht (zelfs buitenzicht, maar geen inkijk door het gebruik van een speciale one-way folie), tijdsaanduiding; er is een sas met apart sanitair. **(AV)**
Vrijheidsbeperkende maatregelen wordt door Zorginspectie en Zorg en Gezondheid gedefinieerd als elke maatregel met een gesloten deur. De te nemen voorzorgsmaatregelen zijn niet afhankelijk van de ruimte waarin dit gebeurt.
- De time-outkamer van leefgroep 2 is nog niet helemaal afgewerkt (privacy, slot) en kan nog niet gebruikt worden. Een kind uit leefgroep 2 werd de nacht voor de inspectie afgezonderd in de time-outkamer van leefgroep 3. **(AV)**
- De isolatiekamer van leefgroep 3 is qua ontwerp niet helemaal veilig. **(TK)** Er zijn scherpe randen aan het bed, de muurwanden zijn niet optimaal beveiligd. Verder is er geen oproepsysteem aan het bed, terwijl jongeren hier systematisch gefixeerd worden.
- Er wordt soms enkel met lendengordel gefixeerd tijdens isolaties. Dit is een onveilige fixatiemethode. **(TK)**
- Het instellen van dwangmaatregelen maakt deel uit van het beleid rond agressie- en veiligheidsmaatregelen, dat op leefgroepniveau wordt uitgewerkt en uitgeschreven, en verschilt van leefgroep tot leefgroep. **(AV)**
De procedures voor time-out en isolatie vertonen een aantal tekortkomingen: **(TK)**
 - De gebruikte begrippen zijn onvoldoende duidelijk en onvoldoende eenduidig gedefinieerd. In verschillende documenten en verschillende leefgroepen worden dezelfde begrippen met een andere inhoud gebruikt (bv. time-out, separatie, afzondering, isolatie).
 - Het statuut van de documenten (richtlijnen, protocollen, stroomdiagrammen, procedures) is onduidelijk.
 - Niet in alle documenten wordt de verantwoordelijkheid van de arts m.b.t. vrijheids- en bewegingsbeperkende maatregelen voldoende duidelijk vermeld en in rekening gebracht. Aangezien het essentieel om een therapeutische maatregel gaat, ligt de verantwoordelijkheid voor de beslissing om een dwangmaatregel te nemen in de eerste plaats bij de behandelende arts (omzendbrief Weckx 24/10/1990).
 - Het agressieprotocol van leefgroep 3 stelt dat elke medewerker de beslissing tot time-out kan nemen, ook gedwongen time-out met gesloten deur (= afzondering). De instelling van de afzonderingsmaatregel moet gebeuren met hulp van een verpleegkundige. Het toezicht tijdens afzondering is een verpleegtechnische handeling, en kan daardoor niet door alle medewerkers uitgevoerd worden.

- De minimumfrequentie van toezicht voor kinderen en jongeren in de time-out- of isolatiekamer is niet vastgelegd (de nood aan persoonlijk contact wordt omschreven als afhankelijk van de situatie) en de modaliteit van toezicht (camera, oproepbel, persoonlijk contact) wordt open gelaten.
- Verder is niet omschreven dat het toezicht d.m.v. persoonlijk contact steeds met twee personeelsleden (waarvan één verpleegkundige) dient te gebeuren.
- Het is onduidelijk hoe dit toezicht kan gebeuren tijdens het gedeelte van de nacht waarbij er maar één medewerker aanwezig is.
- Het agressieprotocol van leefgroep 3 stelt dat bij isolatie tijdens de nacht minimaal een tweepuntsfixatie wordt behouden, zonder dat hier verdere patiëntgebonden indicaties voor zijn.
- Ook het medisch toezicht tijdens verblijf in de time-out- en isolatieruimte is niet eenduidig beschreven; in sommige documenten is het ondertekenen van het afzonderingsregister de enige rol van de arts die is vermeld.
- Het opvolgen van vitale parameters bij afzondering is niet geregeld.
- In het protocol verhoogd toezicht leefgroep 3 wordt de rol van de arts wel duidelijk omschreven voor de verschillende kleurcodes, behalve voor de isolatie. Dit protocol bevat dan weer geen indicaties voor het toekennen van de codes, maar beschrijft enkel de in te stellen toezichtsmaatregelen.
- De procedure omvat geen gebruiksaanwijzing voor het fixatiemateriaal.
- Ouders dienen zo snel mogelijk op de hoogte gesteld te worden van een afzonderingsmaatregel. De procedure voorziet dat zij na het beëindigen van de maatregel gecontacteerd worden.

Men dient de procedures grondig te herwerken, vertrekkend van de bestaande wet- en regelgeving (inclusief de “richtlijn Weckx”, de omzendbrief dd. 24/10/1990 betreffende afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) en van internationaal ontwikkelde richtlijnen m.b.t. medische evaluatie, maximumduur per leeftijdscategorie, nabijheid en toezicht, monitoring, enz.

- Fixatie wordt systematisch gehanteerd bij gebruik van de isolatiekamer. Argumenten hierbij zijn de veiligheid van personeel bij lagere bestaffing en de beperkte veiligheidsgaranties van de afzonderingskamers. **(TK)** Men dient te streven naar een fixatiearm beleid.
- In een steekproef van 8 fiches uit het time-out- en het afzonderingsregister werden volgende knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - Er zijn geen notities i.v.m. medisch toezicht tijdens de vrijheidsbeperkende maatregelen terug te vinden.
 - De notities i.v.m. het nachtelijk toezicht zijn onvoldoende. Zo werd bij een patiënt die een ganse nacht in afzondering doorbracht opgemerkt dat er tussen 0u en 9u30 geen notities waren in het register (ook niet in het patiëntendossier).
 - Bij de drie patiënten waar fixatiemaatregelen werden toegepast, was geen reden voor fixatie genoteerd.
 - De motivatie voor de afzondering wordt niet altijd omschreven. Meermaals kruist men enkel een algemene term aan op de fiche (zoals ‘agressie’ of ‘leefklimaat ontwrichtend’).

- In de nieuwbouw is in leefgroep 3 een systeem voorzien waardoor met mobiele camera's cameratoezicht op de kamer kan ingesteld worden. Een beleid hierrond moet nog worden uitgewerkt en uitgeschreven. De verwachting is dat men hierdoor het aantal time-outs en isolaties met fixatie kan doen dalen. **(AV)**
- Van 1 oktober 2012 tot 14 oktober 2013 waren er in leefgroep 2 25 time-outs met een gemiddelde duur van iets meer dan 1 uur. Mits het buiten beschouwing laten van één langdurige time-out (14 uur omwille van de tijdelijke onbruikbaarheid van de gewone kamer) bedraagt de gemiddelde duur iets minder dan een half uur. In leefgroep 3 waren er in dezelfde periode 60 time-outs met een gemiddelde duur van 46 minuten (met uitschieters tot 5 en 6 uur). 6 keer werd een patiënt geïsoleerd en gefixeerd, met een gemiddelde duur van 7u19 minuten. **(AV)**
- We bevelen aan om het beschikbare cijfermateriaal systematisch te gebruiken ter evaluatie en bijsturing van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen. **(Aanb)**

7.3 Agressiebeleid

- In KPC wordt er gewerkt met drie trainers (één per leefgroepteam), die op hun beurt getraind worden. Er zijn afspraken gemaakt welke disciplines van welke leeftijdsgroep hoeveel trainingen op jaarbasis dienen te volgen, en deze afspraken worden ook opgevolgd. De inhoud van deze opleidingen is wisselend, en wordt ook afgestemd op vragen van de medewerkers. Het oefenen van de afzonderingstechnieken maakt altijd deel uit van de opleiding. **(SP)**
- Opvang van personeelsleden na incidenten gebeurt binnen het eigen team en door de directe leidinggevende. Wanneer er nood is aan specifieke begeleiding kan men beroep doen op de arbeidsgeneeskundige dienst (hier werd nog geen gebruik van gemaakt). **(AV)** We bevelen aan om een pro-actief beleid te voeren van begeleiding van 'second victims' en dit te organiseren met begeleiders die hiervoor specifiek werden opgeleid en die niet gebonden zijn aan het team. Advies om hiervoor samen te werken met één van de oprichtende ziekenhuizen. **(Aanb)**
- Er zijn geen cijfergegevens voorhanden m.b.t. agressie-incidenten. **(TK)**

7.4 Suïcidepreventiebeleid

- Er zijn de procedures 'suïcidepoging' en 'geslaagde suïcide'. Daarnaast is er in leefgroep 3 een protocol verhoogd toezicht waarin suïcidaliteit als indicatie wordt vermeld. **(AV)** Er is geen suïcidepreventiebeleid uitgeschreven (een screeningsmethodiek voor de verschillende leeftijdsgroepen, objectieve risicocriteria, beveiligingsmaatregelen voor de verschillende risiconiveaus, evaluatiemethodiek). In het protocol verhoogd toezicht van leefgroep 3 ontbreken de screeningsmethodiek, de risicocriteria en de evaluatie. **(TK)**
- Niet in elk patiëntendossier werden notities teruggevonden i.v.m. de screening op suïciderisico. **(TK)**
- Er werd nog geen incidentanalyse gemaakt van een suïcidepoging. **(TK)**
- In de periode 1 juli 2012 tot en met juni 2013 werd één (mislukte) suïcidepoging geregistreerd. **(AV)** Bij het conceptualiseren van de nieuwbouw en bij het aanleggen van de tuin werd specifiek aandacht besteed aan het beperken van suïciderisico's. **(AV)**

- KPC leverde een zeer actieve bijdrage in het ontwikkelen van KIPEO (Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (kinderen en jongeren)). **(SP)**

7.5 Patiëntenrechten en klachtenmanagement

- Er bestaat geen procedure inzake het geven of krijgen van een “second opinion”. **(TK)**
- In de dagelijkse werking zijn attitudes als luisterbereidheid, het respecteren en ernstig nemen van opmerkingen van patiënten en hun omgeving goed ingebed. In Leefgroep 3 vormen jongeren- en patiëntenrechten het gespreksonderwerp in het tweewekelijkse vragenuurtje. **(SP)**
- Er is zowel een interne als een externe klachtenprocedure. **(AV)**
- Formeel is geen interne ombudspersoon aangesteld. De interne klachtenprocedure voorziet dat een klacht wordt ingediend bij de directe leidinggevende zoals de team-coördinator of kinderpsychiater, of bij afwezigheid bij de algemeen directeur. Dit is in strijd met de neutrale en onafhankelijke positie die de ombudspersoon dient in te nemen. **(NC)**
- In de zelfevaluatie uit 2011 wordt gesteld dat de (interne) klachtenbehandeling onsystematisch is en afhankelijk van personen: door de informele manier van afhandelen verschilt de methodiek naargelang de persoon die de klacht ontvangt. **(TK)**
- Elke klacht die wordt ingediend op basis van de interne klachtenprocedure wordt op het directiecomité besproken. Alhoewel het een goede praktijk is om klachten grondig te bespreken en te onderzoeken, bevelen we aan om telkens bij de indiener van de klacht af te toetsen of bespreking met de directie wel diens wens is. **(Aanb)**
- Tot voor kort voorzag de procedure dat enkel een beroep kon gedaan worden op de externe ombudspersoon als de interne klachtenprocedure niet tot een bevredigend resultaat had geleid. Dit werd recent aangepast **(AV)**, maar op de website staat nog de oude manier van werken. **(NC)** Deze opmerking wint nog aan belang doordat de bekendmaking van de klachtenprocedure (bv. in de leefgroepbrochures en bij opname) quasi uitsluitend via (verwijzing naar) de website gebeurt.
- Er is een externe ombudspersoon aangesteld, werkzaam bij het Overlegplatform GGZ Limburg (SPIL). **(AV)** Deze ombudspersoon is ook actief in onder meer twee andere psychiatrische ziekenhuizen, twee psychiatrische verzorgingstehuizen, enkele initiatieven voor beschut wonen en centra voor geestelijke gezondheidszorg. De ombudspersoon heeft geen zitdag in het KPC Genk en is dus enkel op afspraak bereikbaar, wat niet optimaal is met het oog op de laagdrempeligheid. Mogelijk kan er gezocht worden naar een manier om deze drempel te verlagen, aangepast aan de patiëntenpopulatie (bv. af en toe aansluiten bij het vragenuurtje in Leefgroep 3). **(Aanb)**
- Er zijn folders over de externe ombudsfunctie beschikbaar, maar deze zijn niet aangepast aan een minderjarig publiek en hun ouders. Ook de standaard visietekst en de gedragscode zijn niet aangepast aan de patiëntenpopulatie (bv. wat betreft het indienen van klachten door derden, zoals ouders). **(TK)**
- In 2012 kregen de artsen vorming rond patiëntenrechten in het kader van een studievoormiddag rond de nieuwe procedure m.b.t. beroepsgeheim. In 2013 gaf de externe ombudspersoon toelichting over patiëntenrechten aan de maatschappelijk werkers en de directie zorgorganisatie. **(AV)**

8 Resultaten

8.1 Toegankelijkheid

- In 2012 werden 253 volledige opnames gerealiseerd. 182 daarvan waren eerste opnames. Daarnaast waren er 249 dag- en 4 nachtopnames.
KPC mikt voor leefgroepen 1 en 2 op een verblijfsduur van 6 weken; voor leefgroep 3 wordt uitgegaan van een crisisopname van 2 tot 4 weken. Urgentie-opnames in leefgroep 3 duren maximaal 5 dagen. De gemiddelde opnameduur van de volledige hospitalisaties bedroeg het voorbije jaar voor de 3 leefgroepen respectievelijk 44,78 dagen, 38,93 dagen en 27,27 dagen.
In 2012 werden 6.403 ligdagen geregistreerd, waarvan 4.766 in volledige hospitalisatie, 1.615 in dagopname en 22 in nachtopname.
Dit komt neer op een bezettingsgraad van 75,44%. **(AV)**
- 675 kinderen en jongeren consulteerden de polikliniek van KPC; 112 kinderen en jongeren kregen hulpverlening aan huis. **(AV)**
- KPC werkt voor raadplegingen zonder wachtlijst. Urgente aanvragen kunnen steeds binnen maximaal enkele uren ingeschat worden. **(SP)**
- Voor opnames wordt per leefgroep een wachtlijst gehanteerd, behalve voor het “urgentiebed” in leefgroep 3. **(AV)**
- De financiële toegankelijkheid wordt bewaakt en er is grote transparantie over de financiële aspecten van zorg in KPC: **(SP)**
 - Er wordt voor elke opname een kostprijsberekening gemaakt en op het opnamedocument vermeld.
 - Er worden geen kamersupplementen en honorariumsupplementen aangerekend in KPC.
 - De prijzen van consultaties zijn duidelijk omschreven.
 - Het KPC doet inspanningen om in de polikliniek ook consultatie door psychologen aan te bieden, hiervoor wordt slechts een beperkte kostprijs aangerekend, ondanks het zwaar deficitaire karakter hiervan.

8.2 Informatieverstrekking

- In het kader van een optimale informatieverstrekking:
 - werd recent een eigen website gelanceerd met heldere en volledige informatie; daarnaast heeft elke leefgroep een welkomstboekje; **(AV)**
 - worden geen kosten aangerekend voor een afschrift van het patiëntendossier; **(SP)**
 - worden alle verslagen en ontslagbrieven standaard aan de (beide) ouders verstuurd. **(SP)**

8.3 Betrokkenheid van patiënt en systeem

- In de dagelijkse werking worden ouders systematisch betrokken bij de zorg. Deze visie zou meer geëxpliciteerd kunnen worden, evenals de toepassing ervan in de verschillende leefgroepen (bv. verschillende bezoekmomenten, aanwezigheid ouders tijdens opname). **(Aanb)**
- We bevelen aan om per leefgroep aparte folders voor ouders en kinderen te maken. **(Aanb)**
- In de leefgroep peuters en kleuters bestaat de mogelijkheid van een ouder-kind dagbehandeling. **(SP)** In dit programma komen kinderen twee dagen per week naar KPC. Eén dag per week wordt van de ouders mee verwacht om samen te werken rond kind en/of ouder-kinddoelstellingen. De tweede dag komen de kinderen zonder de ouders.
- In de leefgroep voor jongeren is de mogelijkheid van rooming-in voor de ouders voorzien tijdens een urgentieopname. **(SP)** Bij de 19 gerealiseerde urgentieopnames werd hiervan één maal gebruik gemaakt. **(AV)**

8.4 Samenwerking

- KPC is, hoewel een kleine organisatie, sterk op het vlak van netwerking. **(SP)** KPC is actief op het vlak van samenwerking inzake psychiatrische initiatieven binnen de provincie Limburg (binnen SPIL) en in het kader van Integrale Jeugdhulp. KPC is aanwezig op overlegplatforms van de Vlaamse K-diensten, gaat structureel in overleg met CLB's, jeugdrechtbanken en gehandicaptenzorg en is vertegenwoordigd in werkgroepen over suïcidepreventie (KPC was bv. trekker bij de ontwikkeling van KIPEO).
- Het federale proefproject "psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in de thuissituatie door middel van outreaching" wordt uitgevoerd in samenwerking met twee Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. **(AV)**
- Er is samenwerking met het ZOL, onder meer inzake liaisonpsychiatrie en in het kader van het project rond urgentiepsychiatrische opvang. **(SP)**
- Wekelijks wordt 1 medewerker gedurende 1 dag per week toegewezen aan het project "Ontmoetingsgroep" (een therapeutisch aanbod voor jongeren) van CGG LITP. Vanaf 2014 wordt een medewerker deels vrijgesteld voor het project Speel'Wij i.s.m. CGG LITP. KPC ondersteunt het project Observatorium (een sectoroverschrijdende intervisiegroep). **(SP)**