

kinder- en jeugdpsychiatrie  
**karakter**

**ONDERNEMEND MET KWALITEIT**

**Jaardocument 2006**

# INHOUDSOPGAVE

<b>MAATSCHAPPELIJK VERSLAG .....</b>	<b>5</b>
<b>1   Uitgangspunten van de verslaggeving .....</b>	<b>7</b>
<b>2   Profiel van de organisatie .....</b>	<b>9</b>
2.1   Algemene identificatiegegevens .....	9
2.2   Structuur van de organisatie .....	9
2.3   Kerngegevens .....	10
2.3.1 <i>Kernactiviteiten en nadere typering</i> .....	10
2.3.2 <i>Productie, personeel en opbrengsten</i> .....	11
2.3.3 <i>Werkgebieden</i> .....	11
2.4   Belanghebbenden .....	12
<b>3   Governance .....</b>	<b>15</b>
3.1   Bestuur en toezicht.....	15
3.1.1 <i>Zorgbrede Governance Code</i> .....	15
3.1.2 <i>Raad van Bestuur</i> .....	15
3.1.3 <i>Toezichthouders</i> .....	16
3.2   Bedrijfsvoering.....	16
3.3   Patiëntenraad .....	19
<b>4   Beleid, inspanningen en prestaties .....</b>	<b>21</b>
4.1   Meerjarenbeleid.....	21
4.2   Algemeen beleid.....	22
4.3   Algemeen kwaliteitsbeleid .....	24
4.4   Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten .....	25
4.4.1 <i>Kwaliteit van zorg GGZ</i> .....	28
4.4.2 <i>Klachten</i> .....	28
4.5   Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	29
4.5.1 <i>Personeelsbeleid</i> .....	29
4.5.2 <i>Kwaliteit van het werk</i> .....	32
4.6   Samenleving.....	33
4.7   Financieel beleid .....	36
<b>BIJLAGEN BIJ DE HOOFDSTUKKEN 1 T/M 4 .....</b>	<b>37</b>
<b>A   Bijlage bij hoofdstuk 1   Uitgangspunten verslaggeving .....</b>	<b>39</b>
<b>B   Bijlage bij hoofdstuk 2   Profiel van de organisatie .....</b>	<b>41</b>
B.1   Nadere typering.....	41
B.2   Kerngegevens .....	42
B.3   Werkgebieden .....	42
B.4   Personeel .....	43
B.5   Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie .....	43
B.6   Organigram .....	43
B.7   Personalialia .....	44
<b>C   Bijlage bij hoofdstuk 3   Governance .....</b>	<b>47</b>
C.1   Bestuur en toezicht.....	47
C.2   Jaarverslag 2006 Raad van Toezicht.....	48

<b>D</b>	<b>Bijlage bij hoofdstuk 4</b>	<b>Beleid, inspanningen en prestaties .....</b>	<b>51</b>
D.1	Algemeen Kwaliteitsbeleid .....		51
D.2	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten.....		51
D.3	Personeelsbeleid.....		53
D.4	Financieel beleid .....		55
<b>E</b>	<b>Publicaties en lezingen.....</b>		<b>57</b>

## **JAARREKENING**

## **MAATSCHAPPELIJK VERSLAG**



# 1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Voor u ligt het Jaardocument 2006 met als titel *Ondernemend met kwaliteit*. In onze dagelijkse praktijk verwijst dit thema naar een proactieve opstelling in het oppakken van de zich voordoende kansen met daarbij een zorgvuldige afweging van consequenties en nog betere mogelijkheden. Het voorliggend jaardocument bevat hiervan concrete voorbeelden.

Het verslagjaar was voor ons in meerdere opzichten een belangrijke mijlpaal.

Grote verandering is onze nieuwe naam: Karakter. Karakter staat voor kwaliteit, identiteit, eigenheid, ontwikkeling, vooruitgang en kracht. Het is een heldere naam, gericht op het individu en op onze gehele organisatie. Wij namen op 9 mei 2006 afscheid van onze naam *Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland (SKJPON)*, met de vertrouwde centrumnamen ACKJON, De Bleskolk, Dennenheuvel, Het Eeveld, De Ederhorst, 't Gooseveld en De Lingewal. Met onze nieuwe naam Karakter presenteren wij ons als één herkenbaar kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis, werkend vanuit centra gespreid over Gelderland en Overijssel. De nieuwe naam is voorzien van een frisse huisstijl.

Tevens presenteerden wij onze Beleidsvisie 2006 | 2010 met als titel *Herkenbaar*. Deze meerjarenbeleidsvisie bevordert onze herkenbaarheid in de keten van de jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. In de beleidsvisie staan onze inhoudelijke ambities beschreven. Wij willen hiermee bereiken dat onze omgeving weet wie wij zijn, waar Karakter voor staat, hoe wij werken en waar men ons kan vinden. In het jaardocument 2006 zijn de eerste resultaten beschreven van de wijze waarop wij in de praktijk handen en voeten geven aan onze visie.

Voorliggend jaardocument rapporteert op organisatieniveau. Wij hebben in onze jaarverslaglegging de nieuwe richtlijnen toegepast, die per 1 januari 2008 wettelijk van kracht zijn rondom maatschappelijke verantwoording. Dit document bevat dan ook het maatschappelijk verslag met bijbehorende bijlagen én de jaarrekening.



## 2 Profiel van de organisatie

Met onze naam Karakter, een nieuwe huisstijl en een duidelijke beleidsvisie, presenteren wij ons als één herkenbaar kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis, werkend vanuit centra in Overijssel en Gelderland. In al deze centra wordt dezelfde kwalitatief goede vraaggerichte zorg geleverd.

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

Tabel 1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Karakter
Adres	Horalaan 5
Postcode	Postbus 68, 6710 BB
Plaats	Ede
Telefoonnummer	0318-676611
Identificatienummer(s) NZa	Cat. 120 Nr. 705
Nummer Kamer van Koophandel	41245075
E-mailadres	info@karakter.com
Internetpagina	www.karakter.com

### 2.2 Structuur van de organisatie

Karakter wordt als zelfstandige stichting bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Bestuur geeft leiding aan de zeven centra van Karakter: Almelo, Arnhem | Doetinchem, Ede | Apeldoorn, Ede Multifunctioneel Centrum - Licht Verstandelijk Gehandicapten (MFC LVG), Universitair Centrum Nijmegen, Zetten | Tiel en Zwolle. Op ieder centrum is het duaal managementmodel ingevoerd. Dit betekent dat zowel de manager behandelzaken (kinder- en jeugdpsychiater) als de manager bedrijfsvoering gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het functioneren van het centrum.

Karakter biedt diagnostiek en behandeling vanuit crisisafdelingen, klinieken, deeltijdklinieken, poliklinieken. Verder bieden wij Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) bij gezinnen thuis en hebben wij een logeershuis. Ons aanbod staat in het navolgende op een rij.

#### **Polikliniek (10 waarvan 1 voor LVG)**

Patiënten worden in het algemeen aangemeld bij één van onze ambulante poliklinische afdelingen, waar intake, onderzoek en/of behandeling plaatsvindt. Almelo, Apeldoorn, Arnhem, Doetinchem, Ede, Ede (LVG), Universitair Centrum Nijmegen, Tiel, Zetten, Zwolle

Universitair Centrum Nijmegen beschikt over een viertal specialistische spreekuren voor Infantpsychiatrie (0 - 4 jarigen), Autismespectrumstoornissen, ADHD en Depressie. Verder levert dit centrum op verzoek een second opinion. Karakter doet ook wetenschappelijk onderzoek onder meer naar de achtergronden van psychiatrische problemen en de werking van medicijnen.

#### **Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) (4 teams waarvan 1 voor LVG)**

Ambulante behandeling in de gezinssituatie om opname van het kind te voorkomen of om te zorgen dat een kind na een opname sneller weer naar huis kan. Almelo, Ede, Ede (LVG), Zwolle

#### **Deeltijdkliniek (7 waarvan 1 voor LVG)**

Afdeling voor patiënten die alleen overdag voor behandeling zijn opgenomen. Almelo, Apeldoorn, Arnhem, Doetinchem, Ede (LVG), Universitair Centrum Nijmegen, Zwolle

#### **Kliniek (6 waarvan 1 voor LVG)**

Afdeling voor patiënten die voor 24-uurs behandeling zijn opgenomen. Almelo, Ede, Ede (LVG), Universitair Centrum Nijmegen, Zetten, Zwolle

**Crisisafdeling (3)**

Afdeling voor acute opname en tijdelijke behandeling (vrijwillig dan wel via BOPZ). Almelo, Ede (LVG), Zetten

**Logeerhuis (1)**

Opvang in het weekend voor kinderen en jongeren met blijvende psychiatrische problemen die thuis wonen. Deze kinderen kunnen eens in de vier weken een weekend logeren in het logeerhuis te Ede.

**Bestuurlijk centrum**

Karakter kent vier stafafdelingen, te weten Facilitaire Zaken (FZ), Financiën Controlling & ICT (FCI), Kwaliteit Innovatie & Communicatie (KIC) en Personeel & Organisatie (P&O).

**Medezeggenschap**

De medezeggenschapsstructuur van Karakter bestaat uit decentrale patiënten- en ouderraden. Daarnaast is op centraal niveau een centrale ouderraad in oprichting (i.o.) en een ondernemingsraad actief. Hierover meer in hoofdstuk 3 Governance.

## 2.3 Kerngegevens

### 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Karakter kan getypeerd worden als een zelfstandig kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis. De AWBZ-functies die Karakter levert zijn behandeling, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf op grond van de AWBZ. Patiënten die bij Karakter in behandeling zijn, hebben een psychiatrische aandoening, eventueel in combinatie met een licht verstandelijke handicap.

In onze centra werken wij vanuit één visie op het vak en onze plaats in de keten van de jeugd(gezondheids)zorg. Ons reguliere aanbod, van ambulante, deeltijdklinische en klinische zorg tot crisisopnamen, is gericht op alle kinder- en jeugdpsychiatrische ziektebeelden zoals autisme, autismspectrumstoornissen, ADHD, oppositionele gedragsstoornissen, depressie, angst- en dwangstoornissen en psychotische stoornissen. Gezien onze plaats in de keten hebben de meeste patiënten meervoudige problemen, al dan niet in combinatie met (ernstige) gezinsproblematiek. In alle centra bieden wij dezelfde hoge kwaliteit. Voor specialistische programma's kunnen wij patiënten intern drempelloos verwijzen. We richten ons op transparantie: het moet voor onze relaties (patiënten, ouders, verwijzers, verzekeraars, de overheid, etc.) helder zijn wat zij van ons kunnen verwachten.

Wij werken vanuit één visie en één wijze van beoefening van het vak kinder- en jeugdpsychiatrie. Gebaseerd op praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek en uitgevoerd door goed geschoolde en gemotiveerde medewerkers. Wij investeren in onderwijs, opleiding, onderzoek en kennisontwikkeling.

### 2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

Tabel 2 Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten GGZ

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten</b>	
Aantal patiënten in behandeling op 31 december 2006	2.200
<b>Capaciteit</b>	
Aantal feitelijke bedden op 31 december inclusief beschermd wonen	174
Waarvan feitelijke bedden beschermd wonen	0
<b>Productie</b>	
Aantal verzorgingsdagen inclusief beschermd wonen exclusief BOPZ in verslagjaar	46.764
Waarvan verzorgingsdagen beschermd wonen	0
Aantal deeltijdbehandelingen in verslagjaar	24.465
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	77.842
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2006	653
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2006	468
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	€ 33.675.236
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 33.145.696
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 529.540

Tabel 3 Onderwijs en opleiding

Opleidingsplaatsen	Aantal
Aantal opleidingsplaatsen GZ-psycholoog (basisberoep, art. 3 BIG) in 2006	6
<b>Arts-assistenten (niet) in opleiding tot specialist (per 29 december 2006)</b>	
Aantal arts-assistenten in opleiding tot specialist	9
Aantal arts-assistenten niet in opleiding tot specialist	1
<b>Psychiater in opleiding (per 29 december 2006)</b>	
Aantal psychiaters in opleiding	1

### 2.3.3 Werkgebieden

Karakter is een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis met locaties, gespreid over Gelderland en Overijssel. Het gaat om de zorgkantorregio's Zwolle, Twente, Apeldoorn/Zutphen e.o., Arnhem en Nijmegen.

Hiernaast is een landelijke kaart opgenomen met daarin het werkgebied van Karakter.



## 2.4 Belanghebbenden

### **Samenwerken in de regio**

Karakter is een onderdeel van de keten van zorg- en hulpverleners waarmee de patiënt te maken krijgt. Wij willen patiënten zo min mogelijk belasten met de verschillen (in regelgeving) tussen organisaties. Om een goede afstemming te realiseren, werken we nauw samen met instellingen in de jeugdzorg en (geestelijke)jeugdgezondheidszorg.

### **Belanghebbenden**

Als onze belanghebbenden beschouwen wij onder meer de onderstaande partijen:

#### ***Verwijzing en aanmelding***

Onze verwijzers zijn Bureau Jeugdzorg Gelderland, Bureau Jeugdzorg Overijssel en de huisartsen. Bovendien zijn dit medisch specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, orthopedagogen, GZ-psychologen, GGZ-Jeugdafdelingen en artsen van Justitiële jeugdinrichtingen naar wie de huisarts heeft verwezen. Onze aanmelders zijn onder meer MEE, Jeugd-/consultatiebureauartsen, Jeugdhulpverlening, Medisch Kinderdagverblijven (MKD), scholen (voortgezet) speciaal onderwijs, Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).

#### ***Rondom patiënten(beleid)***

Patiëntvertrouwenspersonen en Patiëntenverenigingen zoals Balans, Patiëntenconsumentenplatforms, Oudercontact Veluwe, Pandora, Nederlandse Vereniging voor Autisme, Landelijke Patiënten- en bewonersRaden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR), patiëntenraden, ouderraden en de centrale ouderraad.

#### ***Collega-instellingen en andere (samenwerkings)partners***

Bijvoorbeeld UMC St Radboud, Dr. Leo Kannerhuis, Pluryn Werkenrode Groep, GGNet, Forum GGZ Nijmegen, De Gelderse Roos, Mediant, Adhesie, Jarabee, Commujon, Zwolse Poort, Meerkanten, RIAGG's, landelijke KJP-instellingen, gemeentelijke overheden, GGZ Nederland, Provincies Gelderland en Overijssel, Zorgkantoren, Zorgverzekeraars, Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS.

#### ***Samenwerking en (bestuurlijk) overleg***

Onze contacten met samenwerkingspartners geven wij vorm binnen bestuurlijk overleg, project- en werkgroepen, verwijzersbijeenkomsten en door te participeren aan congressen als spreker of deelnemer dan wel deze zelf vanuit Karakter te organiseren. In het navolgende zijn deze concreet uitgewerkt.

#### ***Werkgroep Karakter - BJZ Gelderland***

Samen met Bureau Jeugdzorg Gelderland ontwikkelden wij in 2006 uniforme werkwijzen en procedures tussen BJZ Gelderland en de Gelderse centra van Karakter. Dit vanwege de specifieke plek die Karakter als categoriaal ziekenhuis binnen de Jeugd-GGZ in Gelderland inneemt. De werkgroepbijeenkomsten resulteerden in augustus 2006 in het document "Betere zorg door samenwerking". Daarin zijn vuistregels voor samenwerking op de werkvloer opgenomen evenals een uitwerking van verwijzingsroutes die beschrijven welk verkeer er is van patiënten tussen BJZ Gelderland en Karakter. Ook wordt aandacht besteed aan verkorte routes zodat patiënten waarvoor dat nodig is snel toegang tot geïndiceerde zorg kunnen krijgen. Beide organisaties zijn na een bijeenkomst eind augustus 2006 gestart met de implementatie van deze afspraken. Een evaluatie hiervan staat gepland in de loop van 2007.

### **Verwijzersbijeenkomsten**

Voor verwijzers organiseerden wij op 30 juni 2006 in Zwolle en op 21 september 2006 in Nijmegen een verwijzersbijeenkomst. Beide werden druk bezocht. In Zwolle boden wij verwijzers en aanmelders een inhoudelijk programma met presentaties over onderwerpen als eetstoornissen, angst- en dwangstoornissen, autismespectrumstoornissen, neuropsychologische stoornissen en groepsgerichte psycho-educatie. In Nijmegen was de verwijzersdag bedoeld voor medewerkers van Bureau Jeugdzorg Gelderland, regio Nijmegen. Aanleiding voor deze dag was de start van de gezamenlijke voordeur tussen Karakter en GGZ-Nijmegen per 1 september 2006. Het programma bestond uit inhoudelijke presentaties en een bezoek aan één van de klinische behandelgroepen van Karakter.

### **Toegang tot de Jeugd-GGZ**

Samenwerking met Jeugd-GGZ geven wij onder meer vorm door een gezamenlijke toegang te organiseren. Karakter Ede heeft in 2006 een gezamenlijke toegang met de Gelderse Roos Veluwe Vallei afdeling Jeugd uitgewerkt en per 1 oktober 2006 gerealiseerd. Dit geldt tevens voor Karakter Nijmegen die met GGZ-Nijmegen per 1 september 2006 een gezamenlijke toegang heeft.

Inmiddels heeft Karakter de afgelopen jaren met (de afdelingen jeugd van) de volgende organisaties een gezamenlijke toegang Jeugd-GGZ bewerkstelligd: GGNet, de Gelderse Roos Arnhem, de Gelderse Roos Veluwe Vallei, GGZ-Nijmegen, de Gelderse Roos Rivierenland, RIAGG Zwolle Jeugd.

### **Congressen**

Karakter werkt aan de herkenbaarheid en zichtbaarheid naar buiten toe. Wij nemen actief inhoudelijk en organisatorisch deel aan congressen. Karakter organiseerde op 9 mei 2006 het congres *Herkenbaar in beeld. De ontwikkeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Er waren drie redenen om dit congres te organiseren:

- inzicht geven in onze visie op het uitoefenen en ontwikkelen van het specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie ('zo doen wij het');
- de presentatie van onze nieuwe beleidsvisie 2006 | 2010 met als titel *Herkenbaar*;
- de presentatie van onze nieuwe naam en huisstijl.

Ruim 400 mensen uit het werkveld ontmoetten elkaar tijdens deze, zoals uit de evaluatie bleek, inspirerende dag met diverse sprekers, workshops en informatiestands. Bovendien werden in de ochtend op spectaculaire wijze onze nieuwe naam en huisstijl gepresenteerd. Als terugblik op dit congres verscheen in juli 2006 een informatief congresverslag.

Karakter leverde een belangrijke inhoudelijke bijdrage aan het symposium *ADHD: beyond core symptoms* op 7 november 2006 over mogelijkheden en beperkingen van medicatie.

Ook namen wij deel aan het minisymposium *GGZ in de kijker* op 7 december 2006, dat georganiseerd werd in het kader van de week van de jeugdzorg. Tot de doelgroep van het symposium behoorden de partners in zorg en beleid in de provincie Gelderland. Door middel van workshops werden onderdelen van het aanbod binnen de Gelderse Jeugd GGZ in de kijker gezet. Karakter leverde aan dit symposium een bijdrage in de vorm van een workshop en een stand.

Ook heeft Karakter in 2006 deelgenomen aan beurzen en congressen in de vorm van een informatiestand. Enkele voorbeelden hiervan zijn de infomarkt voor ouders die Balans organiseerde in 2006 en het NVA Autisme congres dat op 25 november 2006 te Utrecht gehouden werd.

### **Netwerken**

De leden van de Raad van Bestuur, beide hoogleraren, hoofden staf en managers maken deel uit van verschillende netwerken op landelijk en regionaal niveau. Deze dragen bij aan de inhoudelijke beroepsontwikkeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie alsook aan de maatschappelijke verankering van Karakter.



## 3 Governance

### 3.1 Bestuur en toezicht

#### 3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Karakter wordt bestuurd volgens de meest actuele inzichten en normen voor goed bestuur en toezicht op zorgorganisaties. Wij handelen volgens de Zorgbrede Governance Code. In onze visie is een goede hantering van good governance en een goede hantering van het kwaliteitmanagementsysteem afhankelijk van elkaar. Wij dragen zorg voor certificering van onze organisatie in 2007 volgens het Harmonisatiemodel Kwaliteitszorg Zorginstellingen (HKZ).

Karakter is een belangrijke speler in de dynamische en complexe zorg. Karakter voelt zich daarbij gehouden aan principes van maatschappelijk verantwoord ondernemen en speelt voortdurend in op veranderingen in de wet- en regelgeving en de financieringsstructuur.

Karakter heeft de gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording integraal overgenomen. In 2006 zijn dan ook bestaande statuten tegen het licht gehouden van de 'Governance Code' en hierop aangepast en evenzo het Reglement Raad van Bestuur en Reglement Raad van Toezicht.

Naast integrale inbedding van de zorgbrede 'Governance Code' heeft de Raad van Bestuur tevens besloten de 'Gedragscode voor de goede bestuurder' te volgen, zoals opgesteld door de NVZD, Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg.

#### 3.1.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestuurt de organisatie. Dit houdt onder meer in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de (maatschappelijke) doelstellingen van Karakter, de integrale strategie en het beleid, de daaruit voortvloeiende professionele ontwikkeling, organisatieontwikkeling en resultaatontwikkeling. Ook behoort de dialoog met interne en externe belanghebbenden tot de taak van de Raad van Bestuur.

Tabel 4 Samenstelling Raad van Bestuur op 31 december 2006

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
de heer drs. K.W.U.F. Stibane	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ voorzitter</li><li>▪ portefeuillehouder behandelzaken</li></ul>	
de heer mr. drs. P. Lukkien	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ lid</li><li>▪ portefeuillehouder bedrijfsvoering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ lid bestuur Spoorstaete</li><li>▪ voorzitter bestuursraad maatschap MFC LVG</li><li>▪ lid bestuursraad Springplank</li></ul>

De Raad van Bestuur legt rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft met ingang 1 januari 2005 met de beide leden van de Raad van Bestuur een herzien arbeidscontract afgesloten. Dit is geheel gebaseerd op de adviesregeling van de NVZD zoals die medio 2001 is uitgebracht en aangepast.

De Raad van Bestuur, de managers behandelzaken en bedrijfsvoering van de centra, en de hoofden van de vier stafafdelingen vormen de Beleidsraden Behandelzaken en Bedrijfsvoering. Daarin vinden de belangrijke besprekingen over de beleidslijnen in de organisatie plaats. De Raad van Bestuur en de vier stafafdelingen vormen het Bestuurlijk Centrum. Voor specifieke onderdelen zijn er (kwaliteits)commissies ten behoeve van advies en signalering. Taken en bevoegdheden van deze commissies zijn reglementair vastgelegd. Nieuwe initiatieven worden voorbereid door werk-/projectgroepen. In het onderdeel algemeen beleid (paragraaf 4.2) vindt u meer over de gerealiseerde resultaten.

De medezeggenschap van patiënten, ouders en medewerkers heeft een formele plaats in de organisatie. Deze medezeggenschap komt niet alleen in regulier overleg tot uitdrukking, maar ook tijdens beleidsdagen voor management en stafhoofden in de zogenaamde voor- en najaarsconferenties. Meer hierover in paragraaf 3.3.

In 2006 was er tijdens de voorjaarsconferentie aandacht voor de ontwikkeling naar competentiegericht werken, de kaderbrief 2007 (met doelstellingen voor de organisatie en de centra in 2007) en voor Personeelsbeleid & Arbeidsrecht. In de najaarsconferentie lag de nadruk op het inspelen op de veranderende omgeving. Met behulp van een simulatiespel werd de dynamiek en daarbij horende kansen en bedreigingen levensecht nagespeeld. Dit mede op geleide van de door de Raad van Bestuur opgestelde nota *Speerpunten en Ambities*. Hierin zijn concrete doelstellingen geformuleerd die afgeleid zijn uit de Beleidsvisie 2006 | 2010 *Herkenbaar*. Deze nota is de onderlegger voor het activiteitenplan voor 2007 - 2009.

### 3.1.3 Toezichthouders

De Raad van Toezicht toetst de Raad van Bestuur bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn bestuurstaken en of hij daarbij oog houdt op het belang van de organisatie in relatie tot de maatschappelijk functie van Karakter. Hierbij speelt een zorgvuldige en evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij Karakter betrokken zijn een belangrijke rol.

Tabel 5 Samenstelling Raad van Toezicht op 31 december 2006

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
de heer drs. H.A. Doek	voorzitter	Lid Eerste Kamer der Staten Generaal, Den Haag
de heer J.G.M. Buijs, MHA	vice-voorzitter	Raad van Bestuur Revalidatiecentrum Amsterdam, Amsterdam
mevrouw drs. M.J. Abbink - de Roos	lid	Lid M.T. Verpleeghuis Bruggerbosch, Enschede
mevrouw drs. K.N. van den Berge	lid	Gepensioneerd inspecteur Gezondheidszorg
de heer prof. mr. H.M. de Jong	lid	Lid College van Bestuur Hogeschool Utrecht
de heer mr. T.J.M. Roos	lid	Divisiedirecteur Toezicht Verzekeraars De Nederlandsche Bank, Apeldoorn

De taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht zijn verwoord in de statuten (december 2006) conform de principes van good governance.

De Raad van Toezicht ziet er in het bijzonder op toe dat de uitvoering van het bestuursbeleid strookt met de vastgestelde en goedgekeurde beleidsplannen en beleidsuitgangspunten. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur maken daarbij afspraken over de ijkpunten die door de Raad van Toezicht gehanteerd worden. De honorering van de Raad van Toezicht staat vermeld in de jaarrekening 2006.

Het verslag van de Raad van Toezicht over 2006 is opgenomen als bijlage C.2.

## 3.2 Bedrijfsvoering

De ambities van Karakter als één gespecialiseerd kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis vergen dat onze centra onderling inhoudelijk én qua bedrijfsvoering hecht verbonden zijn. De centra zijn resultaatverantwoordelijke eenheden, aangestuurd door middel van een hechte duale managementstructuur.

De bedrijfsvoering van Karakter verloopt volgens onze beleids- en begrotingscyclus. Deze bewerkstelligt een samenhangend geheel van jaarplannen met daaraan gekoppelde doelstellingen en middelen. Karakter heeft een geïntegreerde beleids- en begrotingscyclus, waarin de onderdelen begroting, rapportage en overleg op elkaar zijn afgestemd.

De centra en de stafafdelingen stellen jaarplannen en begrotingen op aan de hand van de jaarlijkse kaderbrief. Deze kaderbrief bereiden wij mede in relatie tot het meerjarenbeleidsplan en de landelijke ontwikkelingen in de voorjaarsconferentie met management, leden van de ouderraden en ondernemingsraad voor. Belangrijke thema's uit de kaderbrief en/of jaarplannen en de begroting voor het komende jaar komen op de agenda van de najaarsconferentie.

Het centrummanagement evalueert de voortgang en gerealiseerde doelen met de medewerkers en met de Raad van Bestuur. Dit gebeurt op basis van de kwartaaloverzichten waarin de onderwerpen uit de kaderbrief aan de orde komen. Naast de kwartaaloverzichten ontvangen centra en stafafdelingen iedere maand een productie-, formatie-, en budgetoverzicht. In 2006 is gekoppeld aan de begroting een set kengetallen ontwikkeld. Deze kengetallen worden per kwartaal gerapporteerd aan het management.

Karakter maakt in de begroting structureel budget vrij ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en de invoering van nieuwe technologische c.q. ICT-ontwikkelingen.

### **Administratieve organisatie en interne controle**

De administratieve organisatie en interne controle sluiten aan bij de beleids- en begrotingscyclus. Ultimo 2005 is de administratieve organisatie van het productieregistratieproces beschreven en zijn van de verschillende processtappen de risico's bepaald. We hebben beheersmaatregelen getroffen waarmee deze risico's sterk zijn gereduceerd. Per 1 mei 2006 is een medewerker AO/IC aangesteld die volgens het in mei 2006 vastgestelde Intern Controleplan AO/IC AWBZ interne audits verricht. De NZa-kaderregeling AO/IC is zodanig geïmplementeerd dat Karakter voldoet aan de gestelde wettelijke eisen. De accountant heeft dan ook behoudens een sectorbrede clausulering een 'schone' verklaring afgegeven over de productieverantwoording 2006.

### **Informatiebeleid**

Ten behoeve van de directe patiëntenzorg, het wetenschappelijk en praktijkgerichte onderzoek en de verdere professionele ontwikkeling is snelle en betrouwbare informatie over het primair proces wezenlijk. Dit geldt ook voor de bedrijfsmatige besturing van de organisatie: prestatie-indicatoren, productie-informatie, personeelsbeleid, etc. Hiervoor ontwikkelen wij informatiebeleid. Daarbij zetten wij ICT-toepassingen strategisch in. Karakter ontwikkelt beleid om nieuwe, beproefde ICT-technologieën te gaan benutten. Voor Karakter is een goed geselecteerde en gerichte inzet van ICT-technologie in het primair proces van groot belang om onderscheidende zorgproducten beschikbaar te kunnen blijven stellen.

In 2006 zijn de voorbereidingen getroffen voor een nulmeting (tevens strategische doorlichting van de huidige ICT-functie) van de huidige situatie rond informatiebeleid binnen Karakter. Er is een projectstructuur ingericht. In het najaar is een extern bureau voor uitvoering van een nulmeting geselecteerd. De resultaten van de nulmeting vormen samen met een vernieuwende visie op diagnostiek en behandeling met daarin geïntegreerde ICT, de input voor een ontwikkelplan dat in de eerste helft van 2007 gereed komt.

### **Externe informatieverstrekking**

In 2006 is een nieuwe folderlijn ontwikkeld. Het gaat om Karakterbrede folders als *Informatie voor ouders*, *Informatie voor jongeren*, *Informatie voor verwijzers* en folders voor polikliniek, deeltijdkliniek, kliniek etc. Daarnaast zijn er locatiegebonden folders verschenen. In 2006 is onderzocht welke informatie in wachtkamers gewenst wordt door ouders. Na overleg met de centrale ouderraad i.o. zijn ideeën hiervoor op papier gezet. Dit krijgt in 2007 verder uitwerking.

Het Oolgaardthuis, waarin de afdeling Jeugd van de Gelderse Roos Arnhem, de kinderkliniek van het dr. Leo Kannerhuis en de locatie Arnhem (van Karakter Arnhem | Doetinchem) samenwerken, ontwikkelde in 2006 een productencatalogus in concept. Onder het motto 'Zichtbaarheid en transparantie' laat de Jeugd GGz in de regio Arnhem aan verwijzers en samenwerkingspartners zien wat het Oolgaardthuis aan mogelijkheden voor preventie, diagnostiek en behandeling in huis heeft. Deze catalogus is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de Oolgaardtstichting. Sinds de verwijzersbijeenkomst op 1 maart 2007 is de productencatalogus via de site [www.oolgaardthuis.nl](http://www.oolgaardthuis.nl) voor verwijzers in te zien.

## **Communicatie**

### ***Programma huisstijl***

In april/mei 2005 is tijdens het traject rondom het meerjarenbeleid 2006 | 2010 duidelijk geworden dat er veel behoefte bleek te bestaan aan een nieuwe naam voor de organisatie. In opdracht van de Raad van Bestuur is een programma Huisstijl gestart. De eerste aanzet vond plaats in mei 2005, de afronding in juli 2006. Dit programma kende 26 projecten; van drukwerk, patiënteninformatie en inter- en intranet tot gebouwen (belettering, vlaggen etc.), computersystemen en telefoonbeantwoording. Op 29 maart 2006 is de nieuwe naam, na een afscheid van de oude namen door en voor de centra op gepaste wijze intern gepresenteerd tijdens een feestelijke bijeenkomst voor medewerkers. Tijdens het congres op 9 mei 2006 is onze nieuwe naam Karakter feestelijk gepresenteerd aan onze externe relaties.

### ***Telefonische bereikbaarheid***

Voor de telefonische bereikbaarheid van Karakter zijn in 2006 normen opgesteld. De secretaresses en receptionistes hebben in de aanloop naar de nieuwe naam een training kunnen volgen.

### ***Internet en intranet***

De website en intranet zijn in 2006 ook (verder) ontwikkeld. Onze website is volledig vernieuwd en werd op 9 mei jl. intern en extern gepresenteerd. De in basis ontwikkelde website heeft goede reacties opgeroepen en zal in 2007 verder worden ontwikkeld naar een meer interactief internet. Internetraadplegers weten ons via info@karakter.com te vinden met vragen van uiteenlopende aard; vanaf mei 2006 tot eind 2006 zijn in totaal 535 mails binnengekomen. Intranet is na uitgebreid vooronderzoek in 2006 gerealiseerd. Begin juli ging intranet online.

### ***Uitgave periodieken***

Met de naamswijziging en de komst van de nieuwe huisstijl is door Stafafdeling Kwaliteit Innovatie & Communicatie een beknopt onderzoek uitgevoerd naar de uitgave van periodieken. Het onderzoek is gehouden onder collega-instellingen. Op basis van de onderzoeksresultaten is advies uitgebracht over de mix van periodieken in de Karakter-huisstijl. Dit advies wordt momenteel ten uitvoer gebracht hetgeen onder andere concreet leidt tot de uitgave van twee thema-uitgaven in 2007.

### ***Jaarverantwoording***

We hebben in onze jaarverslaglegging het afgelopen jaar de nieuwe richtlijnen die per 1 januari 2008 wettelijk van kracht zijn rondom maatschappelijke verantwoording toegepast. Een belangrijke wijziging is de rapportage over de GGZ-prestatie-indicatoren. Daartoe hebben wij in 2006 in schema gezet welke informatie voor de jaarverantwoording nodig is en welke informatie we voor certificering/kwaliteitsysteem beschikbaar moeten stellen.

### ***Mediabeleid***

Inmiddels nemen de contacten met de media toe, geheel in onze lijn om herkenbaarder in beeld te komen. In 2006 is het mediabeleid tegen het licht gehouden. Deze analyse leidt tot een aanpassing van ons mediabeleid, hetgeen wij verder ontwikkelen in 2007.

### ***Registratie en DBC***

Een belangrijke doelstelling rondom Beleid & Organisatie was de registratie vlekkeloos te laten verlopen. Wij denken dan aan wachtlijstregistratie (voldoen aan treeknormen), dienstverlening, poliverrichtingen, zorgzwaarte. We hebben een centrale benchmark op de kostprijzen binnen onze centra uitgevoerd in de aanloop naar het DBC-tijdperk.

### 3.3 Patiëntenraad

#### **Samenwerking met patiënt en ouders**

Kinderen en ouders vormen onze primaire doelgroep. Overleg en afstemming met hen is dan ook van het grootste belang. Kinderen kunnen in de patiëntenraad meepraten over zaken die voor hen van direct belang zijn. Voor ouders is er de ouderraad. We willen participatie en inspraak stimuleren en blijven zoeken naar aansluiting bij vragen en wensen van patiënten en ouders. Dit zowel op de centra als ten behoeve van de hele organisatie.

Het beleid rondom inspraak van patiënten en hun ouders is binnen Karakter beschreven in het reglement *Patiënteninspraak*. De Wet medezeggenschap Cliëntenraden Zorginstellingen (WMCZ) vormt hiervoor de basis. Karakter heeft op de locaties Almelo, Zwolle en Zetten | Tiel volwaardige patiëntenraden met eventueel hierop aanvullend een vertegenwoordiging van ouderraden. Op de locaties Nijmegen, Arnhem | Doetinchem, Ede MFC LVG en Ede | Apeldoorn is de leeftijd van de patiënten veelal onder de 12 jaar, waardoor meer bevoegdheden van de patiëntenraden naar de ouderraden zijn gemandateerd.

Het management van de centra is verantwoordelijk voor overleg met de patiënten- en ouderraad. De centrale ouderraad i.o. heeft overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur.

#### **Patiëntenraden**

Inspraak van onze patiëntenraden heeft veelal betrekking op concreet niveau. In het afgelopen jaar waren dit onderwerpen als inrichting speelplein, aanschaf speeltoestellen, huisregels (ook verschillen tussen de woongroepen van één centrum) en internetgebruik.

#### **Ouderraden**

Binnen de ouderraden van Karakter wordt gesproken over onderwerpen op operationeel en beleidsmatig niveau. De ouderraden hebben gesignaleerd dat er een grote informatiebehoefte is bij ouders aangaande praktische en financiële zaken. Dit heeft na het verzamelen van de benodigde informatie binnen Karakter Zwolle geleid tot een informatiemap voor ouders. De inhoud van de map is meegenomen in de nieuwe huisstijlontwikkeling van Karakter.

Daarnaast kwam in bijeenkomsten van de ouderraden het Karakterbrede huisvestingsonderzoek aan bod waarin ouders hun bevindingen over de locatie en over het verblijf schriftelijk bekend konden maken. Ook sprak een van onze ouderraden over de aanbevelingen die uit het onderzoek naar ouderparticipatie naar voren kwamen. Dit onderzoek is binnen een stageopdracht bij Karakter Almelo uitgevoerd. De resultaten zijn naar concrete acties vertaald. De positie van de ouderraad en het oudervriendelijker maken van de website van Karakter kregen ook aandacht binnen de ouderraden. Het laatstgenoemde zal in 2007 in de vorm van een project leiden tot een interactiever, toegankelijker en informatiever internet.

#### **Centrale ouderraad in oprichting (i.o.)**

In 2006 is een doorstart gemaakt met het instellen van een centrale ouderraad door een afvaardiging van de ouderraden bijeen te roepen. Deze actie had een overweldigend positief resultaat. De aanwezige ouders (vanuit de centra Zwolle, Zetten | Tiel, Nijmegen, Ede | Apeldoorn, Almelo) spraken de verwachting uit in het najaar van 2006 een tweede bijeenkomst te organiseren. Samen met de leden van de centrale ouderraad i.o. zoeken we naar een effectieve werkwijze waarbij inspraak van ouders goed tot zijn recht komt.

Een uiteenlopend aantal onderwerpen is de afgelopen periode aanbod gekomen

In de bijeenkomst van januari 2006 werd ouders gevraagd een bijdrage te verzorgen aan het congres *Herkenbaar in beeld*, dat Karakter op 9 mei 2006 organiseerde. Het werd een druk bezochte workshop, opgezet en geleid door een groep enthousiaste ouders en ouderbegeleiders. Er bleek duidelijk behoefte bij de congresbezoekers om het verhaal van ouders te horen. Aan de hand van stellingen werden de deelnemers actief betrokken in het thema: *De meedenkende ouder: vanzelfsprekendheid of hindernis?*

Twee leden van de centrale ouderraad i.o. hebben aan de hand van discussies tijdens de workshop een notitie voor de Raad van Bestuur opgesteld. Naar aanleiding van deze notitie bereidden in oktober 2006 ouders zelf een belangrijk deel van de agenda van de centrale ouderraad i.o. voor. De notitie bevatte adviezen rondom openingstijden, de rol van ouderbegeleiders, een neutraal aanspreekpunt voor ouders ('oudervertrouwenspersoon') voor verlaging van de drempel voor vragen of klachten, en informatie over het behandelingstraject. Tijdens de vergadering in oktober is ook uitgewisseld welke informatie ouders in onze wachtkamers verwachten. Over al deze punten zijn gezamenlijk doelstellingen geformuleerd die we in 2007 gaan realiseren.

In 2006 accordeerde de centrale ouderraad i.o. de gewijzigde reglementen en statuten van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur en zag men af van het doen van een voordracht voor een nieuw lid van de Raad van Toezicht.

Een delegatie van de centrale ouderraad i.o. heeft actief deelgenomen aan de najaarsconferentie in december 2006 (zie ook paragraaf 3.1.2).

## 4 **Beleid, inspanningen en prestaties**

### 4.1 **Meerjarenbeleid**

#### **Missie**

Karakter biedt kwalitatief hoogwaardige diagnostiek en behandeling aan kinderen en jeugdigen met ernstige, vaak meervoudige psychiatrische problematiek. Vanuit de competentiegerichte benadering van Karakter wordt vooral gekeken naar het ontwikkelingspotentieel van de jongere in zijn gezinsomgeving. De behandelingen van Karakter zijn bewezen effectief en naar de laatste stand der wetenschap.

#### **Visie**

De kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek en behandeling van Karakter is professioneel, effectief en efficiënt. Karakter werkt met zorgprogramma's conform de standaarden van het specialisme. Door consultatie brengt Karakter deskundigheid naar haar relaties ten behoeve van hun patiënten en cliënten. Bij de verdere ontwikkeling van de visie en werkwijze speelt het universitair centrum tezamen met de andere centra en de diverse vakgroepen een belangrijke rol. De komende jaren breidt Karakter haar consultatiefunctie uit en is Karakter als co-behandelaar beschikbaar in de samenwerking met andere jeugdzorginstellingen. Dit vanuit de visie dat jongeren die kinder- en jeugdpsychiatrische expertise behoeven, deze ook kunnen krijgen.

#### **Speerpunten in onze visie**

##### *Patiënt centraal*

Karakter wil zoveel mogelijk patiënten zo snel mogelijk hulp bieden. We maken hierbij effectief en efficiënt gebruik van de beschikbare middelen. Het doel van programmatisch werken is vraaggerichte zorg en professionele kwaliteit van diagnostiek en behandeling. Professionals wisselen informatie uit om de programma's steeds verder te verbeteren. De komende jaren gaan we de zorgprogramma's aanpassen op basis van beste klinische inzichten en wetenschappelijke bevindingen.

##### *Vraaggestuurd*

De gegeven patiëntenzorg is vraaggestuurd en geprotocolleerd: gericht op herstel, competentiebevorderend en ontwikkelingsgericht. Wij stellen de problematiek van de patiënt centraal en houden daarbij altijd oog voor zijn of haar (gezins)omgeving, ontwikkelingsfase en de individuele mogelijkheden.

##### *Diagnostiek en behandeling*

In onze visie is goede behandel diagnostiek aan het begin van het onderzoek- en behandeltraject essentieel. De kinder- en jeugdpsychiater staat centraal en onderzoekt alle naar ons verwezen patiënten. Zo wordt in een vroeg stadium de aard en ernst van de problematiek bepaald. Dit vormt het uitgangspunt voor de verdere behandeling (stepped care). Vanuit de behandel diagnostiek wordt in overleg met de patiënt en/of ouders een behandelplan opgesteld. Karakter vindt het belangrijk dat patiënten daarbij zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven. Daarnaast is competentiegerichtheid essentieel. Competentiegerichte diagnostiek en behandeling betekent een verschuiving van attitude in de benadering van de patiënt. Vanuit deze visie is het duidelijk dat veel energie gestoken wordt in de competentieontwikkeling van ouders, opdat zij zelf hun kind verder kunnen helpen.

##### *Multidisciplinair*

Karakter is een gespecialiseerd ziekenhuis, waar multidisciplinair wordt gewerkt onder het primaat van de kinder- en jeugdpsychiater. Daarbij wordt ook het functioneren op school, op clubs en met leeftijdgenoten bij de beeldvorming betrokken. De kinder- en jeugdpsychiater kan vanuit zijn/haar medisch specialistische kennis de bevindingen van de verschillende disciplines en onderzoeken integreren.

### *Naar best klinisch inzicht*

Onze diagnostiek en behandeling is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen en is waar mogelijk bewezen effectief. Via praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek leveren wij hier een belangrijke bijdrage in.

### *Samenwerking*

Karakter is een onderdeel van de keten van zorg- en hulpverleners waar de patiënt mee te maken krijgt. Karakter wil patiënten zo min mogelijk belasten met de verschillen (in regelgeving) tussen organisaties. Om een goede afstemming te realiseren wordt nauw samengewerkt met andere instellingen in de jeugdzorg en (geestelijke) jeugdgezondheidszorg (zie ook paragraaf 2.4).

### *Inspelen op veranderingen*

Karakter opereert in een complexe omgeving en moet voortdurend inspelen op veranderingen in de wet- en regelgeving alsook de financieringsstructuur. Karakter speelt hier proactief op in teneinde tijdig beleidsmatige ontwikkelingen in gang te kunnen zetten. Duidelijk merkbaar is de toenemende concurrentie tussen de zorgaanbieders; naast het verhogen van de effectiviteit en efficiency blijft Karakter onverminderd inzetten op en werken aan de kwaliteit van de geboden zorg.

## 4.2 Algemeen beleid

De speerpunten uit paragraaf 4.1 zijn in het beleidsplan 2006 | 2010 *Herkenbaar* verder uitgewerkt. Op basis hiervan bepalen wij elk jaar onze prioriteiten. Deze leggen wij in overleg met ons management en onze medewerkers vast in de jaarlijkse Kaderbrief, die als richtlijn dient voor de jaarplannen en de begroting. De voorbereiding, de uitvoering en de evaluatie van jaarplannen en de begroting verloopt volgens de inmiddels goed verankerde beleids- en begrotingscyclus, een belangrijk element in de kwaliteitsborging van Karakter.

Het thema van de Kaderbrief 2006 luidde: *ondernemend met kwaliteit*. De hoofdpunten uit deze Kaderbrief vormden het uitgangspunt voor het jaarplan 2006. De doelstellingen uit de kaderbrief zijn weergegeven in tabel 6.

*Tabel 6 Doelstellingen Karakter voor het jaar 2006*

Element	Doelstellingen in de Kaderbrief
Primair proces	1. <b>Competentiegerichte behandelmethodiek:</b> het benutten en versterken van krachten en vaardigheden van de patiënt en zijn omgeving (systemisch) op basis van best practice.
	2. <b>Basiszorg flexibel inzetten:</b> aansluitend op de vragen van de patiënt(systeem), externe relaties/ketenpartners en interne collega's. In 2006 ligt het accent op het in gang zetten van een cultuuromslag op alle niveaus van de organisatie en het daadwerkelijk ontwikkelen van flexibele centrumoverschrijdende modules.
	3. <b>Consultatie:</b> met als doel elders opgenomen of onder behandeling zijnde jongeren die onze specialistische kennis behoeven deze ter plekke te bieden alsook om de competentie van samenwerkingspartners te bevorderen.
	4. Besluiten over <b>specialisatie per centrum</b> ingebed in Karakter
	5. <b>Ouder- en patiëntenraad:</b> Pro-actief gebruik maken van ervaringsdeskundigheid.
	6. <b>Patiëntwaarderingsonderzoek</b> (respons $\geq$ 50%): uitkomst vertalen naar doel en actie.

Element	Doelstellingen in de Kaderbrief
<b>Beleid &amp; Organisatie</b>	1. <b>Registratie</b> vlekkeloos: wachtlijstregistratie (voldoen aan treeknormen), dienstverlening, poliverrichtingen, zorgzwaarte. Benchmark (centraal) interne vergelijkingen/eenduidige kostprijs.
	2. <b>Efficiënte beoordeling van middelen:</b> is hetzelfde resultaat haalbaar door alleen te doen wat noodzakelijk is (met minder middelen)?
	3. <b>Communicatie:</b> Karakter herkenbaar en zichtbaar in de markt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congresorganisatie: presentatie meerjarenbeleidplan mét bijdragen van medewerkers;</li> <li>• Telefonische bereikbaarheid: normen opstellen en daaraan voldoen;</li> <li>• Verwijzersbijeenkomst organiseren;</li> <li>• Aanvullende doelstellingen om de zichtbaarheid van Karakter (in de regio) te versterken.</li> </ul>
	4. <b>Informatiebeleid</b> met ondersteuning van toegankelijk intranet.
	5. Verder <b>“convergeren”</b> van de <b>bijdrage percentages van de centra</b> ten behoeve van beleidsprojecten en bestuurlijk centrum: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschaffen van de nu bestaande beleidsreserves met ingang van 1 januari 2006 en bekostiging beleidsprojecten uit de reguliere exploitatie;</li> <li>• Kostenefficiënter werken</li> </ul>
<b>Personeel</b>	1. <b>Personeelsbeleid:</b> vanuit de kernbegrippen: analyse personeelsverloop, inspelen op flexibilisering behandelaanbod, leeftijdbewust beleid, mobiliteitsbeleid en jaargesprekken.
	2. <b>ARBO-beleid:</b> formuleer (minimaal 3) aandachtsgebieden én besteed daarbij ook aandacht aan ziekteverzuimbeleid.
	3. <b>Opleidingsbeleid</b> gekoppeld aan de beleids- en begrotingscyclus: Op basis van de speerpunten in deze kaderbrief (bv. competentiegericht werken) en voortgang, uitkomsten uit onderzoek- en ontwikkeling in het lopende jaar en jaargesprekken.
<b>Onderzoek &amp; Ontwikkeling</b>	1. <b>Wetenschappelijk onderzoek:</b> nu lopende - en op te starten onderzoeken in 2006.
	2. <b>Effecten DBC:</b> de praktische kanteling en de slag naar eenheid in werken.
	3. <b>Certificering</b> in 2007: benut lopende ontwikkelingen (door ze aantoonbaar neer te zetten) met creatieve bijdrage aan wat nodig is.
<b>Middelen &amp; Materiaal</b>	1. <b>Bedrijfshulpverlening</b> , waaronder bedrijfsnoodplan: actueel, bekend bij medewerkers, rapportage toetsing/audit.
	2. <b>Nieuwbouw</b>
<b>Documentbeheer</b>	1. Documenten actueel in <b>kwaliteitshandboek</b>

Omdat de HKZ-ordening van onderwerpen in de kaderbrief niet overeenstemt met de voorgeschreven ordening van de hoofdstukken in het jaardocument, is de rapportage over de verschillende doelstellingen en de prestaties in de tekst van het gehele jaardocument verweven. U vindt ze terug in de hoofdstukken 2, 3 en 4 van voorliggend jaardocument.

### 4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteit is een integraal onderdeel van het totale beleid. Onze ambities zijn in deze beleidsvisie aangegeven. De beleids- en begrotingscyclus is daarin een planmatige borging. Inhoudelijk borging ligt ook bij de kwaliteitscommissies zoals: Klachtencommissie, Commissie Middelen of Maatregelen, Geneesmiddelencommissie en Commissie Melding Incidenten Patiënten. De kwaliteitsnormen uit het HKZ-schema voor de Geestelijke Gezondheids Zorg waren richtinggevend in het ontwikkeltraject van de beleidsvisie. HKZ-certificering is geen doel op zich.

In 2006 is het Programma Certificering opgesteld. In het kader hiervan is een certificerende instelling voor en door Karakter geselecteerd. Karakter neemt deel aan de pilot GGZ. In 2006 is de training rondom HKZ-normen gevolgd als ook de auditortraining. Het geleerde is in praktijk gebracht onder meer door bijdragen aan de adviesmetingen bij collega-instellingen. Als lopende activiteit zijn in 2006 de documenten in het kwaliteitshandboek geactualiseerd en bijgesteld alsook aangepast aan de nieuwe naam en huisstijl.

#### **Audits en toetsingen**

Er zijn binnen Karakter in 2006 diverse audits/toetsingen uitgevoerd.

#### ***Patiëntwaardering***

Waardering van onze diagnostiek en behandeling door patiënten en hun ouders beschouwen wij als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de behandeling. Karakter voert sinds 2004 een continue patiëntwaarderingsonderzoek uit om handvatten te krijgen voor verbetering rond informatie, inspraak, behandelteam en behandelresultaat. Karakter werkt met een vragenlijst die is opgesteld aan de hand van de zogenaamde GGZ-Thermometer, ontwikkeld door GGZ-Nederland en het Trimbos-instituut. Er is een versie van de vragenlijst voor jongeren vanaf 12 jaar en een vergelijkbare versie voor ouders, die wordt ingevuld door ouders van patiënten van 0 tot 18 jaar. De patiënt en/of de ouders ontvangen de vragenlijst bij afsluiting van de behandeling of op het moment dat de patiënt naar een andere (afdeling binnen de) locatie overstapt. De ouderbegeleider overhandigt in de meeste situaties deze vragenlijst. Verwerking van de resultaten vindt plaats door een extern bureau.

De verbeterpunten die de jongeren en ouders in de vragenlijst aangeven, liggen onder meer op het terrein van informatievoorziening (kwantiteit) en wachttijden voor onderzoeken en uitslagen. De uitkomsten van de analyses en de verbeterpunten die daar uit voortvloeien zijn besproken binnen de patiënten- en ouderraden.

#### ***Benchmark procesbeschrijvingen***

In februari/maart 2006 voerde een extern bureau een benchmark uit op de beschrijvingen van het primair proces. In 2003 heeft Karakter zich tot doel gesteld om al haar primaire processen te beschrijven voor eind 2004 met als achtergrond de toenmalige werkwijze rondom het aanmelden, uitvoeren en afsluiten van de zorg vast te leggen. Door een extern bureau is in 2005/2006 een benchmark uitgevoerd om de processen te beoordelen op efficiëntie en uniformiteit. Onderwerpen die daarnaast werden beoordeeld zijn de HKZ-waardigheid en de overeenkomsten met de Administratieve Organisatie / Interne Controle (AO/IC). De resultaten zijn beschreven in een eindrapportage en een Management Review.

#### ***Adviesmeting***

In het kader van stimuleringstraject Certificatie lidinstellingen GGZ, is in 2006 bij Karakter door het Centrum voor Kwaliteit en Management in de Zorgsector (CKMZ) een adviesmeting uitgevoerd. De adviesmeting is een instrument waarmee een goed beeld kan worden verkregen van de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem in relatie tot de eisen van de Stichting HKZ. In de rapportage staat in de conclusie: "wat betreft de adviesmeting in percentages kan geconcludeerd worden dat de SKJPON (nu Karakter) circa 68% scoort op onderdeel aantoonbaar geregeld en circa 60% op onderdeel "effectief operationeel", van het kwaliteitsmanagementsysteem conform de HKZ-certificatiesystematiek" (uit Rapportage adviesmeting opgesteld door Centrum Kwaliteit en Management in de Zorgsector, p.9). Uitkomsten van het advies vormen belangrijke input voor het certificeringsprogramma.

### **Visitatie opleidingscommissie GZ-psychologen**

In het voorjaar van 2006 vond bij Karakter een visitatie plaats in het kader van de postdoctorale opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Deze visitatie werd uitgevoerd door SPON Postdoctorale opleidingen. Deze visitatie heeft geresulteerd in een visitatierapport op grond waarvan Karakter met ingang van 1 januari 2007 erkenning heeft gekregen als praktijkinstelling voor de opleiding tot GZ-psycholoog voor vier jaar.

### **Erkenning MSRC**

Karakter heeft vanuit de MSRC (Medisch Specialisten Registratie Commissie) opleidingsbevoegdheid voor de keuzestage kinder- en jeugdpsychiatrie tijdens de opleiding tot medisch specialist. Prof. dr. R.J. van der Gaag is als opleider door deze commissie erkend. Deze erkenningen gelden voor een bepaalde periode (thans 2005-2010). In juli 2006 is expliciete erkenning van de locaties Almelo en Zwolle afgegeven naast de reeds erkende locaties Nijmegen, Zetten Ede | Apeldoorn en Arnhem | Doetinchem.

In oktober 2006 kwam de notitie *Opleiding tot Kinder- en Jeugdpsychiater Keuzejaar/stage & aantekeningjaar* in concept gereed. Dit krijgt in 2007 een vervolg.

### **Onderzoeken op personeelsterrein**

Onderzoeken rondom duaal management en de werkbeleving bij psychiaters staan beschreven in paragraaf 4.5.

### **Inspectie**

De inspecteur heeft net als voorgaande jaren in 2006 deelgenomen aan een van de vergaderingen van de commissie Middelen of Maatregelen. Dit heeft geen aanleiding gegeven ons beleid in deze aan te scherpen behoudens het tijdiger melden van Middelen of Maatregelen dwang. Dit is geïmplementeerd.

## **4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten**

### **Speerpunten primair proces**

Een aantal speerpunten uit ons beleidsplan heeft direct betrekking op het primair proces. Het gaat om het centraal stellen van de patiënt, vraaggestuurd werken, effectieve en efficiënte inzet van diagnostische therapeutische middelen, multidisciplinair en werken naar best klinisch inzicht. In paragraaf 4.1 staan deze kort beschreven.

### **Competentiegerichte behandelmethodiek**

Competentiegerichte diagnostiek en behandeling betekent een verschuiving van attitude in de benadering van de patiënt: van de focus leggen op pathologie naar het versterken van aanwezige competenties bij kind en ouders. Wij helpen hen de juiste vraag te formuleren en een balans te vinden tussen draagkracht en draaglast. Karakter heeft als doelstelling dat in ieder patiëntcontact dit het uitgangspunt is. Belangrijke doelstelling in 2006 was de voorbereiding op de ontwikkeling van een competentiegerichte behandelmethodiek. Om inzicht te krijgen in de mate waarin het competentiegericht werken reeds wordt toegepast binnen de organisatie, is in september 2006 een nulmeting gehouden onder alle afdelingen (polikliniek, deeltijdkliniek, kliniek, crisisafdeling en IPG) van Karakter. Als conclusie kwam naar voren dat er een goede basis is voor competentiegericht werken. Karakter Nijmegen en Karakter Almelo scoorden in vergelijking met de andere vijf centra hoog. De uitkomsten van deze inventarisatie zijn als input gebruikt voor de deskundigheidsbevordering van de managers behandelzaken en managers bedrijfsvoering die plaatsvond in oktober 2006. Doel van de bijeenkomst was oefenen met de werkwijze en antwoord geven op de vraag wat competentiegericht werken voor ons inhoudt, wat het oplevert voor de patiënt, wat het betekent voor de werkwijze van de medewerker s en welke gevolgen het heeft voor het behandelproces.

### **Basiszorg flexibel inzetten**

Eén van de doelstellingen in 2006 was het flexibel inzetten van de basiszorg, aansluitend op de vragen van patiënt(systeem), externe relaties/ketenpartners en interne collega's. Dit vraagt om het in gang zetten van een cultuuromslag op alle niveaus van de organisatie en het ontwikkelen van flexibele centrumoverschrijdende modules.

Karakter Ede MFC LVG heeft in 2006 vorm gegeven aan coördinatie en besluitvorming van alle patiëntenverkeer naar en in het MFC. Het indicatieoverleg dat sinds oktober 2006 actief is, heeft hierin een centrale rol. Door invoering van dit overleg komen veel beleidsvragen aan de orde. Deze dragen bij aan de verdere ontwikkeling van het MFC. Ook is in 2006 de aanmeldstructuur voor het MFC eenduidiger vorm gegeven en werd daarmee een basis gelegd voor goede samenwerking en communicatie met extern.

In 2006 is een plan van aanpak opgesteld voor de herallocatie van de vier bedden in het Beige huis van Karakter Almelo. Gekozen is voor het onderbrengen van de capaciteit bij bestaande groepen. Met stafafdeling Facilitaire Zaken is een ontwerp voor realisatie gemaakt.

Karakter Almelo heeft in 2007 alle voorbereidingen getroffen voor het verder uitbouwen naar Enschede. Karakter gaat in een gezamenlijk gebouw met Mediant vanaf maart 2007 op de nieuwe locatie in Enschede poliklinische en deeltijdklinische diagnostiek en/of behandeling bieden.

Karakter Zetten | Tiel streeft een groei van de poli in Tiel na. Tiel biedt in samenwerking met de Gelderse Roos Rivierenland, afdeling jeugd, ambulante psychiatrische zorg aan kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar. Over de groei heeft afstemming plaatsgevonden tussen poli Tiel en Karakter Nijmegen.

Ook de onder nieuwbouw (paragraaf 4.6) genoemde samenwerking leiden tot patiëntgerichtere inzet van onze diagnostiek en behandeling.

### **Consultatie**

Het imago-onderzoek van 2005 bevestigde dat er behoefte is aan onze consultatiefunctie. Wij willen deze functie uitbreiden, zodat onze kennis beschikbaar komt voor andere zorgaanbieders / hulpverleners ten behoeve van de bij hen in zorg zijnde patiënten. Dit was in 2006 onze doelstelling.

Ten gevolge van tekorten aan kinder- en jeugdpsychiaters hebben wij onze doelstelling niet volledig gerealiseerd. Wel kregen wij meer zicht op waar vragen vandaan komen: onder meer vanuit de hoek van de justitie (forensische psychiatrie), de jeugdhulpverlening, maar ook kinderartsen, Medisch Kinder Dagverblijven (MKD's) en scholen.

Karakter Arnhem is in 2006 gestart met consultatie aan Lindenhout Arnhem e.o. De polikliniek in Tiel verzorgt consultatie aan het Medisch Kinder Dagverblijf in Tiel. Ede MFC LVG heeft in 2006 plannen gemaakt voor consultatie bij de Eik en Viataal. Karakter Universitair Centrum Nijmegen heeft in 2006 ook haar consultatie uitgebreid. Zij stelt haar expertise onder meer beschikbaar aan BJJ Gelderland, UMC St Radboud, Kinderhuis Reek, Sint Marie, De Waarden, Dr. Leo Kannerhuis, 's Heeren Loo Kwadrant / de Dijkhoek Borculo en De Hoenderloo Groep.

### **Specialisatie per centrum**

In 2006 heeft Karakter zich ten doel gesteld de specialisaties per centrum duidelijker in beeld te krijgen. Ede MFC LVG is gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van patiënten met psychiatrische problematiek in combinatie met een licht verstandelijke handicap. In Zwolle is in 2006 de angst- en dwangpoli van start gegaan. De aanmeldingen hiervoor nemen toe.

Universitair Centrum Nijmegen beschikt over een viertal specialistische spreekuren voor Infantpsychiatrie (0 - 4 jarigen), Autismespectrumstoornissen, ADHD en Depressie. Verder levert dit centrum op verzoek een second opinion.

Ons aanbod voor specifieke doelgroepen staat verder beschreven in paragraaf 4.6.

### **Kwaliteitscommissies**

Inhoudelijke borging van onze beleids- en begrotingscyclus ligt ook bij onze kwaliteitscommissies: Klachtencommissie (zie 4.4.2), Commissie Middelen of Maatregelen, Geneesmiddelencommissie, Melding Incidenten Patiënten (MIP) en de Toetsingscommissie Mensgebonden Onderzoek.

#### ***Commissie Middelen of Maatregelen***

De commissie heeft in 2006 Karakter Nijmegen, Karakter Ede, Karakter Ede MFC-LVG, Karakter Almelo, Karakter Zetten en Karakter Arnhem bezocht. Een belangrijke taak van de commissie Middelen of Maatregelen is de inzet van middelen en maatregelen te toetsen aan de hand van de daartoe ingevulde formulieren. Bij de bezoeken aan de centra is het goed te merken dat de medewerkers die het beleid op de werkvloer uitvoeren, bewust stilstaan bij de inzet van Middelen en Maatregelen en de betekenis ervan. De commissie heeft in de gesprekken met medewerkers van verschillende centra het beleid en uitvoering rondom Middelen of Maatregelen kunnen aanscherpen.

#### ***Geneesmiddelencommissie***

In 2006 is de geneesmiddelencommissie drie maal bij elkaar geweest.

In navolging van landelijke ontwikkelingen is in het eerste kwartaal van 2006 een Formularium Farmacotherapie geïmplementeerd binnen Karakter. Als kwaliteitsinstrument is gelijktijdig een Motivatieformulier ontwikkeld en geïmplementeerd. Op basis van de ingezonden motivatieformulieren kan de geneesmiddelen commissie het formularium toetsen aan de praktijk en verbeteringen opnemen in het Formularium Farmacotherapie.

Concepten voor een algemeen kader voor geneesmiddelendistributie binnen Karakter zijn opgeleverd door de werkgroep distributie. Er is een vertaling gemaakt van het landelijk GGZ-normrapport naar een Karakter breed praktisch gericht kader voor geneesmiddelen distributie. Na behandeling door de geneesmiddelen commissie, ontvangt de Raad van Bestuur komend jaar de definitieve concepten en kan overgegaan worden tot implementatie.

#### ***Melding Incidenten Patiënten (MIP)***

De commissie Fouten Ongelukken Bijna Ongelukken (FOBO) heet met ingang van 2006 commissie Melding Incidenten Patiënten (MIP). Aan de hand van de binnengekomen meldingen geeft de commissie ieder kwartaal aan de Raad van Bestuur advies over hoe Karakter kan handelen om incidenten te voorkomen.

In vergelijking met 2005 is het aantal incidentmeldingen gestegen (van 141 naar 170). Ook het aantal meldingen rondom medicatie is gestegen (van 322 naar 362).

Belangrijk onderwerp binnen de commissie in 2006 was beleidsvorming rondom het inschakelen van politie bij incidenten. Dit krijgt in 2007 een vervolg. De commissie merkt dat de MIP meldingen vaak erg kort omschreven worden en daarom niet altijd goed interpreteerbaar zijn. In 2007 is dit een aandachtspunt van de commissie.

#### ***Toetsingscommissie Mensgebonden Onderzoek***

De toetsingscommissie mensgebonden onderzoek kreeg in 2006 vijf onderzoeksvoorstellen binnen met het verzoek deze te toetsen op de uitvoerbaarheid binnen Karakter. Het ging om:

2. ADHD Feasibility study of a generic mental fitness monitor
3. Executive control functions in autistic spectrum disorders
4. A Randomized, Double-blind Comparison of Atomoxetine Hydrochloride and Placebo for Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder
4. Taalgebruik bij kinderen met ADHD, ASS en SLI
5. Brain imaging of language function in autistic spectrum disorders

De uitvoering van deze onderzoeken onder patiënten van Karakter is goedgekeurd.

In 2006 is door de secretaris een overzicht samengesteld van alle onderzoeken die vanaf het instellen van de commissie tot en met 2006 zijn ingediend bij de toetsingscommissie. Tevens is bij de onderzoekers de voortgang opgevraagd ten behoeve van evaluatie. Deze evaluatie wordt in 2007 voortgezet. Dit met het oog op voortgang(srapportages) van de goedgekeurde onderzoeken die binnen Karakter worden uitgevoerd.

### **Wetgeving en veiligheid**

Doel van het afstemmingsoverleg Wetgeving en Veiligheid is afstemming van voortgang binnen diverse kwaliteitscommissies om te komen tot een eenduidig beleid en het bewaken van wetgeving op onder meer het gebied van veiligheid. Het gaat om signaleren, bewaken en uitvoeren. De commissie vergadert één maal per jaar. In 2006 is gesproken over de belangrijkste ontwikkelingen binnen de commissies Melding Incidenten Patiënten en Middelen of Maatregelen en rondom arbeidsomstandigheden en de training Controle Fysieke Beheersing. Gebleken is dat de ruimtes voor vrijheidsbeperkende maatregelen verschillend benoemd worden door bouwbesluit, wetgeving en binnen Karakter. Dit wordt binnen de MIP commissie in kaart gebracht. Er is gesproken over informatieverstrekking aan ouders: welke delen van het medisch dossier mogen zij wel en wat mogen zij niet inzien. Karakter wil deelnemen aan de landelijke ontwikkeling van de training Controle Fysieke Beheersing. De wens is er om de resultaten die uit de Arbo-MIP formulieren naar voren komen, beter te analyseren.

#### **4.4.1 Kwaliteit van zorg GGZ**

De rapportage over de GGZ-indicatoren effectiviteit van zorg, veiligheid en cliëntgerichtheid zijn in bijlage D2 opgenomen.

#### **4.4.2 Klachten**

Karakter kent in het kader van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector een klachtencommissie die handelt conform het vastgestelde klachtenreglement. Dit klachtenreglement is in november 2006 aangepast en vastgesteld door de Raad van Toezicht na voorstellen voor aanpassing vanuit de klachtencommissie als bedoeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen van Karakter.

De commissie constateert dat de behoefte aan bemiddeling groot is. Ook voor de commissie heeft bemiddeling voorkeur boven afhandeling van een klacht door middel van een hoorzitting en een beschikking. De commissie heeft in 2006 het draaiboek voor bemiddeling aangescherpt.

De handelwijze over wat te doen bij klachten door ouders of patiënten over Karakter, is in 2006 in de tekst van de nieuwe folderreeks opgenomen. Lezers worden hierin onder meer gewezen op de mogelijkheid een schriftelijke klacht in te dienen bij de klachtencommissie van Karakter. Tevens is het formulier voor (ouders van) patiënten om klachten te melden sinds mei 2006 te downloaden via internet.

*Tabel 7 Samenstelling Klachtencommissie op 31 december 2006*

<b>Naam</b>	<b>Rol</b>
mevr. mr. J. Steenbrink	voorzitter
dhr. mr. R.A.Th. Bernsen (tot 15-08-06)	secretaris
mevr. mr. W.G. Kuster-Van de Ven (per 15-08-06)	secretaris
dhr. drs. P. Boeting	lid
dhr. H.M. de Jong	lid
mevr. drs. M.M.M. Janssen (per 11-04-06)	lid
mevr. drs. M. van Dockum (per 11-04-06)	lid

*Tabel 8 Aantallen klachten in het verslagjaar*

	<b>Aantal</b>
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	3
Aantal klachten als % van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	0,6%
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	3
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	0
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	0

De drie door de klachtencommissie ontvangen klachten lagen op het terrein van informatieverstrekking (onvoldoende, niet tijdig), ontslag van een patiënt (oneens met ontslag), hanteren van regels (inconsequent) en inzage en inspraak in (concept)rapportage (niet tijdig en onvoldoende). Hiervan zijn twee klachten in 2006 en één klacht in 2007 afgehandeld. Bij de twee klachten die zijn behandeld in 2006 is bemiddeling toegepast. Hierbij vond in het ene geval een gesprek plaats tussen bemiddelaar, klager en verweerders; in het andere geval hebben vertegenwoordigers van het centrum met de klager gesproken. Vervolgens kon in beide gevallen volgens de klager de klacht als afgehandeld worden beschouwd. Zij hebben derhalve niet tot concrete aanpassingen van het beleid geleid.

Bij Karakter zijn, verdeeld over de centra, drie patiëntvertrouwenspersonen werkzaam. De patiëntvertrouwenspersonen zijn in dienst van landelijke Stichting Patiëntvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg en verlenen advies en bijstand aan patiënten bij de handhaving van hun rechten.

## **4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers**

### **4.5.1 Personeelsbeleid**

#### **Visie**

De groei van Karakter, de toenemende complexiteit, de maatschappelijke ontwikkelingen en mede daardoor de noodzaak om lokaal en regionaal goed op de markt en de klant in te spelen, vragen om een daarop ingerichte organisatie. Het vraagt een organisatieopzet waarbij vanuit centrale kaders, de centra de ruimte krijgen hun eigen integrale verantwoordelijkheid te realiseren.

Ieder mens is als individu een unieke persoonlijkheid, met specifieke persoonskenmerken, vaardigheden en kennis. Dit bepaalt ieders capaciteiten. Indien de capaciteiten van het individu op de juiste wijze gestimuleerd en benut worden, vergroot dat ieders betrokkenheid en inzet enerzijds en versterkt dat de waarde voor de organisatie anderzijds.

Een organisatieverandering, zeker daar waar het cultuurverandering betreft, kan niet eenzijdig van bovenaf opgelegd worden. Het vraagt stevige fundering in de vorm van draagvlak onder het personeel. Draagvlak zal pas ontstaan wanneer mensen betrokken worden en ervaren dat er met hun inbreng wat gedaan wordt. Dit vraagt een andere stijl van leidinggeven, minder vakinhoudelijk en meer coachend.

Van leidinggevend wordt een bepalende rol verwacht waarin zij dragers worden van de nieuwe cultuur en voorbeeld zijn voor hun medewerkers. Naast een andere stijl van leidinggeven, zullen leidinggevend steeds meer in de rol komen van integraal verantwoordelijke. Vanuit voornoemde uitgangspunten zoals besproken in de najaarsconferentie 2005 geldt, dat zij de nodige ondersteuning krijgen om in hun nieuwe rol te groeien.

Vanuit voorgaande visie, de kaderbrief 2006 en de voorjaarconferentie 2006 is de vertaalslag gemaakt naar de doelen en uitwerking op P&O-terrein.

#### **Thema**

Het organisatiebrede hoofdthema voor 2006 was *Ondernemend met kwaliteit*. Dit kan vertaald worden als: naar buiten toe ondernemend, naar binnen toe kwaliteit op niveau brengen en houden.

Naar binnen toe de kwaliteit leveren houdt onder meer in dat een structuur wordt ontwikkeld met voldoende decentrale bevoegdheden om flexibel en snel te kunnen inspelen op de locale en regionale markt, maar ook voldoende centrale sturing om de synergie, efficiency, uniforme uitstraling en gehele kwaliteit te kunnen waarborgen en dat binnen de gekozen structuur de bevoegdheden tussen centraal en decentraal en tussen lijn en staf helder zijn. Voor de cultuur betekent intern kwaliteit leveren dat we klantgericht denken en handelen, we kwaliteits- en kostenbewustzijn ontwikkelen en dat we naar in- en externe partners samenwerkingsgericht zijn.

## Doelstellingen en resultaten

### **Organisatieontwikkeling**

Voor de organisatieontwikkeling werd, voortvloeiend uit het hoofdthema, de volgende drieledige doelstelling geformuleerd: 1. Het op basis van de evaluatieresultaten bijstellen en volgen van ontwikkelingen rondom duaal management, 2. voor zover nodig verdere aanscherping van de bevoegdheidsverdeling tussen centraal, decentraal, staf en tussen de verschillende niveaus van leidinggeven en 3. een heldere daarop afgestemde overlegstructuur, efficiënte administratieve processen op P&O-gebied, eerste invulling service-level agreements met centra.

Na een sterke groei van de organisatie en ontwikkelingen in de omgeving van Karakter werd in 2003 besloten duaal management in te voeren. Een versterking van de bedrijfsvoering moest Karakter in de gelegenheid stellen om adequater in te spelen op strategische ontwikkelingen. In 2006 is via breed uitgezette vragenlijsten een tussentijdse evaluatie uitgevoerd om te inventariseren hoe de zaken er voor staan en om de centra de gelegenheid te geven zo nodig zaken aan te passen. Dit onderzoek resulteerde in een zevental deelrapportages en een algemene rapportage, waarbij de gehele organisatie en de centra werden geëvalueerd. Deze rapportages zijn in de beleidsraad gepresenteerd. Sinds de invoering is al een heel aantal van de beoogde doelen gerealiseerd. Er zijn echter ook knelpunten te ontdekken op gebied van aandachtsverdeling tussen bedrijfsvoering en behandelkant, verantwoordelijkheidsverdeling en helderheid in besluitvorming. Deze punten krijgen extra aandacht om zo te komen tot realisatie van de beoogde doelstellingen. Eén van de concrete gevolgen is de bijstelling van de structuur van Ede MFC LVG, waarbij de combinatie rol Teamleider/Behandelcoördinator is geschrapt. De conclusies en aanbevelingen zijn als opdracht aan het management en de Raad van Bestuur meegegeven. De voortgang wordt gevolgd via de kwartaalevaluaties.

De eerste aanzet van de aanscherping van de bevoegdheidsverdeling is uitgeschreven in de notitie *Jaar- en beoordelingsgesprekken*. Deze notitie is door de beleidsraad vastgesteld. Met betrekking tot de vergaderstructuur is door stafafdeling KIC een inventarisatie uitgevoerd van alle overlegvormen in de organisatie. Op basis van één van de voorstellen van P&O en KIC is gekozen voor een vaste combinatie van de beide beleidsraden (behandelzaken en bedrijfsvoering) op één dag en is er meer lijn gekomen in de voorbereiding van de agenda. Het onderwerp van de inventarisatie door KIC is verbreed naar de vergaderstructuur aan de behandelkant; dit krijgt een vervolg in 2007.

Binnen de afdeling P&O zijn in 2006 een aantal sleutelprocessen beschreven, namelijk werving & selectie, mutaties en ziek- en hersteld melden. In al genoemde processen zijn een aantal verbeteringen doorgevoerd. Dit heeft de efficiency vergroot en de foutkansen vermindert.

Met de centra zijn afspraken gemaakt over de ondersteuning van P&O en deze zijn tussentijds geëvalueerd. Elk centrum en iedere stafafdeling zijn sinds 1 januari 2006 gekoppeld aan een vaste P&O-adviseur en vaste P&O-secretaresse. Dit is in de evaluatie als zeer positief beoordeeld.

### **Personeelsbeleid**

Voor het personeelsbeleid heeft het hoofdthema *Ondernemend met kwaliteit* geleid tot doelstellingen op het terrein van p-gesprekscyclus, impuls voor leren / opleiden, verzuim- en arbobeleid, verloof, werving & selectie, personeelsformatie en P&O-beheer, ondersteuning/advisering managers en teamleiders bedrijfsvoering.

#### *P-gesprekscyclus*

Met de realisatie van een goede p-gesprekscyclus geven wij invulling aan het belang dat Karakter hecht aan het hebben van voldoende aandacht voor de aansturing, begeleiding en ontwikkeling van elke individuele medewerker, ongeacht zijn functie of plek in de organisatie. Gedurende het jaar 2006 is een nieuw instrumentarium jaar- en beoordelingsgesprekken ontwikkeld. Deze bestaat uit een gesprekscyclus van drie gesprekken in twee jaar. Allereerst vindt het afspraken gesprek plaats waarin afspraken worden gemaakt. Vervolgens is er het jaargesprek, bedoeld om de gemaakte afspraken te volgen en daar waar nodig bij te sturen.

Ten slotte is er het beoordelingsgesprek, waarin het voorgaande wordt geëvalueerd en een beoordeling plaatsvindt. Dit instrument is na vaststelling uitgebreid geïntroduceerd bij teamleiders. De verdere implementatie staat in 2007 gepland.

#### *Impuls voor leren /opleiden*

Karakter ziet leren als kwaliteitsontwikkeling. Via de systematiek van jaarplannen en p-gesprekken wordt de leerbehoefte in kaart gebracht. De daaruit voortkomende opleidingsplannen geven een beeld van de ontwikkeling van medewerkers en scheppen mogelijkheden het opleidingsaanbod daarop aan te passen.

In 2006 is invulling gegeven aan de wens van Karakter de leidinggevenden te ondersteunen in hun nieuwe rol. De eerste stap hierin was het ManagementDevelopment (MD)-traject voor teamleiders. Gedurende acht trainingdagen werd aandacht geschonken aan thema's als planning & control, leiderschap, samenwerking, communicatie en creativiteit. Een vergelijkbare training is inmiddels gestart voor de leidinggevende kinder- en jeugdpsychiaters.

Daarnaast heeft P&O in samenwerking met de opleiders en met de centra beleidsnota's opgesteld in de organisatie en P&O-aspecten van de opleiding tot GZ-psycholoog en de opleiding tot Kinder- en Jeugdpsychiater. De stafafdeling heeft in 2006 aandacht besteed aan de verbetering van de organisatie en kwaliteit van de specialisatiecursus voor groepsleiding, de verheldering van de procedure voor aanvragen studiefaciliteiten, het omschrijven van het stagebeleid en een start te maken met een database voor opleidingsmogelijkheden. Ook werd via individuele coaching en teambegeleiding bijgedragen aan het leren in de organisatie. Ten slotte werd dankzij een grote inspanning een omvangrijke ESF-subsidie verkregen.

Langs verschillende wegen, op verschillende niveaus, wordt zo toegewerkt naar een leersituatie, waarin de losse bouwstenen samen een geheel gaan vormen dat de kenmerken heeft van een lerende organisatie.

#### *Verzuim- en arbobeleid*

Een goed Arbeidsomstandigheden Verzuim Reïntegratie (AVR)-beleid draagt bij aan een gezond werkklimaat en een lager verzuim en kan daardoor een aanzienlijke kostenbesparing opleveren waardoor optimale inzet in de zorg wordt gewaarborgd.

In 2006 is een nieuw AVR-beleid ontwikkeld en geïmplementeerd waarbij het accent ligt op de eigen regie over arbotaken, een pro-actieve houding van leidinggevenden en werknemers en veel preventieve aandacht. Als doel werd gesteld het ziekteverzuimpercentage structureel terug te brengen onder de 4,5%. De eerste aanzet voor deze daling is te constateren; het jaar sloot af met een verzuimpercentage van 4,91%. In 2005 bedroeg deze 5,79 %.

*Tabel 9 Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie (alle sectoren behalve UMC's), in percentages*

<b>Personeelsformatie</b>	<b>Percentage</b>
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,91
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	onbekend
<i>In onze systemen wordt het ziekteverzuimpercentage niet naar functies gesplitst. Met ingang van verslagjaar 2007 kunnen de cijfers wel in het jaardocument worden gepresenteerd.</i>	

#### *Verloop*

In 2006 was het tegengaan van ongewenst verloop geen specifiek speerpunt. Via verbetering van het personeelsmanagement (MD-traject), verzuimbegeleiding, nieuwe opzet van werving & selectie en meer gerichte aandacht voor elk individueel personeelslid via de nieuwe cyclus van jaargesprekken is wel gestreefd ongewenst verloop te voorkomen.

Het verloop bedroeg in 2006 in totaliteit (zowel vast personeel als personeel met een contract voor bepaalde tijd) 139 personen, dat wil zeggen 21,28%. In 2005 was dit 127 personen en een percentage van 20,68%.

Tabel 10 Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	172	122
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	136	96
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	139	99
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	110	78

#### Werving & selectie

Het binnenhalen van kwalitatief en professioneel personeel begint aan de start: de werving en selectie. Het is belangrijk om Karakter als organisatie goed te presenteren op de arbeidsmarkt. Niet alleen een mooie advertentie, maar juist ook een organisatorisch goed lopende selectieprocedure geldt als visitekaartje op de arbeidsmarkt en voor nieuwe medewerkers.

Om dit te bewerkstelligen is in 2006 het Werving & Selectie en Benoeming Protocol herschreven. Dit is in 2006 vastgesteld en ingevoerd. Daarnaast zijn op onze website en op intranet onze vacatures opgenomen. In 2006 waren er 130 vacatures te vervullen. Het grootste deel betrof groei van de organisatie; de rest om het verloop op te vangen.

Tabel 11 Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december 2006	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december 2006
Totaal personeel	45	8
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	42	8

#### Personeelsinformatie en P&O-beheer

Om te kunnen sturen is informatie nodig. Goede personeelsinformatie geeft inzicht in de ontwikkelingen rondom personeel, zoals ziekteverzuim, instroom en verloop.

In 2006 zijn rapportages met betrekking tot personeelsinformatie verbeterd door gebruik te maken van nieuwe ICT-pakketten. Ook hebben managers meer mogelijkheden gekregen gegevens in het personeelsinformatiesysteem op te zoeken. De administratieve P&O processen zijn in 2006 gestroomlijnd, helder beschreven en voor iedereen beschikbaar gesteld in het kwaliteitshandboek. Daarnaast is een start gemaakt met het vinden van een nieuw geautomatiseerd personeelsinformatie-systeem waarbij de papierstroom tussen centraal en decentraal en de administratieve lastendruk worden verminderd.

#### Ondersteuning / advisering managers en teamleiders bedrijfsvoering

De verantwoordelijkheid voor personeelsmanagement en organisatieontwikkeling ligt in de lijn. De duaal managers en het duale koppel op het tweede niveau zijn binnen een centrum in grote mate zelfstandig bevoegd hier decentraal een eigen invulling aan te geven. Een goede ondersteuning en advisering vanuit P&O draagt bij aan het realiseren van de doelstellingen.

De rapportages met betrekking tot personeelsinformatie en de rapportages en advisering vanuit de financiële kant van de organisatie zijn verbeterd. Duidelijke en frequente bezettingslijsten en kostenoverzichten verhogen het inzicht. Vanuit de afdeling P&O zijn adviseurs nadrukkelijk verbonden aan centra of afdelingen om 'de klant' goed te kunnen bedienen als ook controle te houden over de realisatie van de gemaakte afspraken.

#### 4.5.2 Kwaliteit van het werk

In 2006 is op verschillende gebieden een gezond werkklimaat punt van aandacht geweest binnen Karakter. In paragraaf 4.5.1 zijn reeds een aantal inspanningen op dit gebied beschreven: ontwikkeling nieuw AVR-beleid, nieuw instrumentarium jaar- en beoordelingsgesprekken en de impuls voor leren en opleiden c.q. deskundigheidsbevordering.

Daarnaast kwamen in 2006 enkele andere initiatieven tot ontwikkeling:

#### ***Plan van aanpak RI&E***

Naar aanleiding van de wijziging in de arbeidsomstandighedenwet is bij Karakter in de loop van 2006 een preventiemedewerker aangesteld. Een taak van deze medewerker is het waarborgen van de dagelijkse veiligheid, gezondheid en het welzijn binnen de organisatie. Er is een plan van aanpak opgesteld om in 2007 op alle centra een Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) uit te voeren.

#### ***Arbomeldingen***

Aan de hand van Arbo-meldingen maakt de arbocoördinator van de arbomeldingen jaarlijks een analyse met als doel trends te signaleren en daarop in te spelen. In 2006 is een begin gemaakt met stroomlijnen en verbeteren van dit proces. In de nabije toekomst willen we toe naar een elektronisch systeem met meer mogelijkheden in de rapportering zodat resultaten en aandachtspunten sneller inzichtelijk worden.

#### ***Werkbeleving bij psychiaters***

In vervolg op het onderzoek Monitor Psychosociale Belasting uit 2004 en daaruit voortkomende workshops in 2005 is medio 2006 door de Arbo Unie een onderzoek gestart naar de werkbelasting- en beleving van de kinder- en jeugdpsychiaters. Op de punten 'hoeveelheid werk', 'werkpatronen/organisatie van werk', 'individuele aspecten' en 'organisatiebinding' zijn de bevindingen samengebracht in een rapport met concrete voorstellen naar de beleidsraad om de werkbelasting van deze specifieke groep niet te laten oplopen.

## **4.6 Samenleving**

Wij spelen in op maatschappelijke ontwikkelingen door inzet van onze deskundigheid voor nieuwe doelgroepen of doelgroepen die extra aandacht behoeven, bijvoorbeeld jongeren met orthopsychiatrische problematiek, patiënten met blijvende psychiatrische handicaps en allochtone jongeren. Bij deze bevolkingsgroep is psychiatrische problematiek wel degelijk aanwezig. Wij realiseren ons dat hiervan slechts een beperkt aantal patiënten naar ons wordt verwezen. De komende jaren willen wij, samen met bureau jeugdzorg en andere zorgaanbieders, een aanbod voor deze jongeren uitwerken.

Onze opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater is zeer succesvol: in enkele jaren is het aantal "opleidelingen" gestegen tot ± 18. Wij dragen daarmee bij aan het verminderen van het landelijke tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters.

#### ***Specifieke doelgroepen***

Naast de reguliere zorgprogramma's worden op een aantal locaties specialistische zorgprogramma's en specifieke modules aangeboden en/of ontwikkeld.

#### ***Infants (0 - 4 jaar)***

Alle centra zijn bezig een infantspreekuur op te starten. Universitair Centrum Nijmegen heeft hierin een centrale rol. In 2007/2008 wordt het aanbod voor infants verder ontwikkeld. Dit resulteert in 2008 in een dekkend aanbod in Overijssel en Gelderland.

#### ***Orthopsychiatrische problematiek***

Jongeren met ernstige gedragsproblemen die al dan niet in contact zijn geweest met justitie, hebben vaak ook ernstige psychiatrische problemen. Daarom werken we samen met Forum GGZ Nijmegen aan een orthopsychiatrisch centrum. In 2006 werden de eerste patiënten behandeld. Ook in Zwolle en Almelo zijn plannen om poliklinieken voor orthopsychiatrische problematiek te starten. Vanuit deze centra kunnen wij inspelen op de behoefte aan jeugdpsychiatrische deskundigheid bij justitiële jeugdinrichtingen. Dat doen wij door poliklinische activiteiten en consultatie te bieden, voor zowel civielrechtelijk als strafrechtelijk geplaatste jongeren.

### **Psychiatrie voor licht verstandelijk gehandicapten**

In Ede hebben wij een Multifunctioneel Centrum voor Licht Verstandelijk Gehandicapten (MFC LVG). In 2006 is de visie en het behandelbeleid verder uitgewerkt en is gewerkt aan een duidelijke en stevige positie in het netwerk van verwijzers en andere organisaties. In maatschapsverband met het dr. Leo Kannerhuis en Pluryn Werkenrode Groep werken wij tevens aan de realisatie van een MFC LVG in Oosterbeek. De voortgang van de bouw van dit centrum in Oosterbeek stagneerde in 2006 ten gevolge van protesten uit de buurt na afgifte van de gemeentelijke bouwvergunning. In 2007 komt meer duidelijkheid over de voortgang en de planning.

### **Blijvende psychiatrische handicaps**

Patiënten met blijvende psychiatrische handicaps, vaak een autismespectrumstoornis, zijn langdurig afhankelijk van gespecialiseerde zorg. Het gaat hierbij om ambulante ondersteuning, competentiebevordering, mogelijkheden het gezin te ontlasten (logeermogelijkheden). Maar ook om mogelijkheden tot langdurig verblijf, met behandeling gericht op resocialisatie, integratie en uitstroom naar beschermd wonen. In Arnhem en in Zwolle c.q. Overijssel zijn ontwikkelingen in gang gezet voor het realiseren van een deeltijdkliniek en plaatsen voor langdurende behandeling. Hiervoor zijn de zogenaamde Verklaringen van Behoeftte aanvraag verklaring ingediend bij het Ministerie van VWS. Met RIBW Arnhem Veluwe Vallei en met Lindenhout is in 2006 bestuurlijk overleg in dit kader gestart; evenzo met Trias en RIBW Zwolle. Binnen Karakter is veel vraag naar een dergelijk setting voor kinderen met een blijvende psychiatrische handicap.

### **Stimuleringsregeling onderzoek en ontwikkeling**

In 2006 is de *Stimuleringsregeling onderzoek en ontwikkeling* vastgesteld. Met deze regeling wil Karakter het doen van wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek door medewerkers stimuleren. Dit is een middel om de wetenschappelijke georiënteerdheid van Karakter bevorderen en is in lijn met onze ambitie Karakterbreed een opleidings- en ontwikkelingsinstituut te zijn.

### **Implementatie wetenschappelijk onderzoek**

Karakter is projectleider van het onderzoek DIANE. DIANE staat voor Diagnose en Interventie van Autisme (en daaraan verwante stoornissen) in Nederland. Dit project richt zich speciaal op de vroege screening, diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen (ASD) bij kinderen tot drie jaar. ASD is niet te genezen, maar een vroegtijdige screening, diagnose, behandeling en begeleiding kunnen de symptomen en gevolgen van autisme spectrum stoornissen aanzienlijk verminderen. Om te komen tot vroege herkenning en diagnostiek van ASD is een screeningslijst en een *educatiepakket* ontwikkeld om (potentiële) verwijzers, zoals consultatiebureaus (CB's) en Integrale Vroeghulp Teams (IVH's), alert te maken op gedragsproblemen en/of ontwikkelingsachterstanden in de sociale ontwikkeling die een indicatie zouden kunnen zijn van een contactstoornis. Uit een regionaal implementatieonderzoek (Gelderland en delen van Overijssel, Noord Brabant en Noord Limburg) is gebleken dat de screeningslijst de vroegherkenning van ASD in de jeugdgezondheidszorg sterk heeft verbeterd.

Ter verspreiding van de vroege diagnostiek en adequate behandeling van ASD worden binnen de centra van Karakter diagnostiek workshops gegeven, zodat niet alleen de van oudsher in infant psychiatrie gespecialiseerde centrum Nijmegen, maar ook andere centra ASD bij zeer jonge kinderen kunnen diagnosticeren.

Op dit moment heeft de implementatie van het screeningsinstrument en diagnostiekinstrumenten alleen plaats gevonden binnen de hiervoor genoemde regio's. Vanuit andere delen in Nederland, de Nederlandse maatschappij en ook vanuit het buitenland is er een duidelijke vraag naar scholing in vroege detectie en diagnostiek van ASD. Om in te springen op deze vraag is een pareltraject (ZONMW) opgezet. Voor het verspreiden van de specialistische kennis zal een speciaal netwerk worden opgericht, 'Netwerk ASD bij peuters'.

De hiervoor beschreven situatie heeft geleid tot drie projectplannen die vanaf 2007 gerealiseerd kunnen worden mits wij hiervoor financiële middelen kunnen vinden:

- het produceren en distribueren van educatiepakket (*consultatie*)
- het opzetten van een landelijke netwerk voor *diagnostiek* (parelproject)
- het ontwikkelen van een adequate *behandeling* van zeer jonge kinderen (infants) met ASD (doelmatigheidsonderzoek)

In 2006 zijn de voorbereidingen getroffen voor het produceren en distribueren van het educatiepakket. Gesprekken met de mogelijke uitgever zijn gestart. Voor het parelproject is in 2006 een projectplan opgesteld en heeft ZonMW een toezegging gedaan voor gedeeltelijke subsidiering. Bij zorgkantoor Menzis is begin 2007 in het kader van de procedure 'zorginkoop 2007 Innovatieprojecten' een verzoek voor extra gelden ingediend. Dit laatste geldt ook voor het doelmatigheidsproject. Deze middelen zijn inmiddels toegezegd. Hiervoor loopt tevens nog een subsidieverzoek via ZonMW.

### **Publicaties en lezingen**

In bijlage E is een overzicht van publicaties en lezingen van medewerkers van Karakter opgenomen.

### **Nieuwbouw**

#### ***Enschede***

In maart 2006 vond de eerste steenlegging voor onze locatie in Enschede plaats in gezamenlijke huisvesting met de jeugdafdeling van Mediant. Op 1 maart 2007 is de nieuwe locatie van Karakter in Enschede geopend.

#### ***Uitbreiding Zwolle***

Karakter Zwolle is voornemens uit te breiden op het terrein aan de Dr. Klinkertweg. Zij doet dit samen met Accare (instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie), De Reeve (orthopedagogisch behandelcentrum voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke handicap) en De Ambelt (school voor speciaal- en voortgezet speciaal onderwijs voor kinderen/jongeren met vooral psychische en/of psychiatrische problemen).

Het voornemen is nieuwbouw te plegen en te realiseren in 2008:

- De Reeve realiseert 18 dagbehandelingsplekken.
- Accare komt hier met een polikliniek voor lichtverstandelijk gehandicapten.
- Karakter breidt haar aanbod uit met een polikliniek voor patiënten van nul- tot vier jaar.
- Ook verhuist Hulp aan Huis - thans gehuisvest in een pand aan het Rechterland in Zwolle - naar de nieuwbouw.

#### ***Logeershuis Ede***

Het logeershuis was tot medio 2006 te vinden in De Glind (nabij Barneveld), maar is per 30 juni 2006 verhuisd naar Ede om de uitbreiding naar de huidige acht plaatsen per weekend mogelijk te maken en de aansturing te vereenvoudigen. Het logeershuis geeft een beetje lucht voor zowel ouders, broertjes en zusjes als de patiënt zelf.

### **Werving middelen**

Binnen Karakter functioneert een Sponsor- en Fondsenwervingscommissie. Deze ziet toe op beleid en uitvoering ten aanzien van het werven van sponsors en fondsen voor projecten van Karakter en de oprichting van een vriendenstichting. Het gaat om activiteiten en voorzieningen waarvoor de reguliere budgetten niet toereikend zijn.

In 2006 is de speeltuin bij Karakter Almelo gerealiseerd. Op 6 oktober 2006 vond de officiële opening plaats. Deze speeltuin is mede mogelijk gemaakt door een zestiental sponsors. Tevens zijn in 2006 de voorbereidingen getroffen voor speel- en sportvoorzieningen in Ede. Naast een ontwerp van de voorzieningen zijn dankzij schenkingen van fondsen de eerste middelen voor realisatie binnen. Doel is in de zomer van 2007 de speeltuin en het sportveld te realiseren.

Op 15 november 2006 is Stichting Vrienden van Karakter opgericht met als doel het opwekken van een structurele geldstroom om activiteit en projecten voor de kinderen en jongeren van Karakter te realiseren.

## 4.7 Financieel beleid

Tabel 12 Resultaatratio

Resultaatratio	2005	2006
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	1,5%	4,5%
Resultaatratio: niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 13 Liquiditeit

Liquiditeit	2005	2006
Liquiditeit	51%	66%

Tabel 14 Solvabiliteit

Solvabiliteit	2005	2006
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen/balanstotaal)	20%	27%
Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal opbrengsten)	17%	20%

### Financieel beleid

Begin 2006 waren de vooruitzichten op het verwezenlijken van de ambities van Karakter niet zo rooskleurig. De AWBZ-regiokaders ofwel -budgetten, waarbinnen de zorgkantoren moesten contracteren, leidden tot krappe productieafspraken in relatie tot de wachtlijsten voor kinder- en jeugdpsychiatrie en het interne ambitieniveau. Vrijwel alleen de productiegroei ten gevolge van reeds eerder goedgekeurde initiatieven c.q. gerealiseerde bouw werd gehonoreerd. Karakter heeft tegen die achtergrond ingezet op enerzijds strakke kostenbeheersing en anderzijds productiestijging waar mogelijk en verantwoord. Karakter heeft echter de ontstane knelpunten voor de jeugd-GGZ reeds in april 2006 gemeld bij GGZ-Nederland en het NZa.

Het beleid heeft erin geresulteerd dat bij de herschikkingsronde in juli voor ruim 1 miljoen extra productieafspraken zijn gemaakt in het kader van de knelpuntprocedure voor jeugd-GGZ (31 miljoen landelijk vanuit VWS). Hiermee is de productie van Karakter voor 2006 met budgetafspraken met het Zorgkantoor afgedekt.

Naast voornoemde ontwikkelingen is in 2006 het interne budgetteringssysteem verder verfijnd en is de rapportagecyclus verder aangescherpt en verrijkt met kengetallen, zodat op centrumniveau adequaat kan worden gestuurd. Hiermee is een juiste balans gecreëerd tussen externe focus (het optimaliseren van het niveau van de productieafspraken) en interne beheersing (het verhogen van het productieniveau tegen minimale kosten). Het resultaat over 2006 bedraagt € 1.489.981. Na resultaatbestemming komt de Reserve Aanvaardbare Kosten uit op 20,7 % van het zogenaamd risicobudget. Door het positieve resultaat zijn we in staat geweest conform de doelstelling onze Eigen Vermogen / Budget-ratio te versterken.

Karakter zet het beleid voort om een zodanige exploitatie en vermogenspositie te bewerkstelligen, dat deze toereikend is om de toenemende onzekerheden ten gevolge van DBC-financiering, marktwerking en wijzigingen in regelgeving te kunnen opvangen. Hierbij zijn algemeen aanvaarde maatschappelijke inzichten en de toezichtnormen van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) maatgevend.

De belangrijkste kostenstijgingen ten opzichte van 2005 waren:

*Salarissen*: de stijging is grotendeels veroorzaakt door groei van de organisatie (meer fte's)

*Personeel niet in loondienst*: de inzet van interim management is ten opzichte van 2005 door vacatures e.d. gestegen.

*Sociale lasten*: de stijging is merendeels veroorzaakt door de stijging van de post salarissen en stelselwijzigingen t.a.v. de zorgverzekeringswet e.d..

De stijging van de *overige bedrijfskosten* blijft door de interne beheersing achter bij de groei van de omzet.

**BIJLAGEN BIJ DE HOOFDSTUKKEN 1 T/M 4**



## **A Bijlage bij hoofdstuk 1 Uitgangspunten verslaglegging**

geen bijlagen



## B Bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

### B.1 Nadere typering

#### *Nadere typering GGZ-instellingen*

<b>Typering</b>	<b>Ja/nee</b>
Geïntegreerde GGZ-instelling (inclusief forensische zorg)	<i>Nee</i>
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (zelfstandig)	<i>Nee</i>
RIAGG (zelfstandig)	<i>Nee</i>
RIBW (zelfstandig)	<i>Nee</i>
Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek (zelfstandig)	<i>Ja</i>
Instelling voor forensische zorg (zelfstandig)	<i>Nee</i>
Instelling voor verslavingszorg (zelfstandig)	<i>Nee</i>

#### *AWBZ-functies geleverd door het concern*

<b>Functie</b>	<b>Ja/nee</b>
Huishoudelijke verzorging	<i>Nee</i>
Persoonlijke verzorging	<i>Ja</i>
Verpleging	<i>Ja</i>
Ondersteunende begeleiding	<i>Ja</i>
Activerende begeleiding	<i>Ja</i>
Behandeling	<i>Ja</i>
Verblijf op grond van de AWBZ	<i>Ja</i>

#### *Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern*

<b>Prestatie</b>	<b>Ja/nee</b>
Uitleen verpleegartikelen	<i>Nee</i>
Prenatale zorg	<i>Nee</i>
Advies, instructie en voorlichting	<i>Nee</i>
Voedingsvoorlichting	<i>Nee</i>

#### *Overige zorg geleverd door het concern*

<b>Prestatie</b>	<b>Ja/nee</b>
Dieetadvisering	<i>Nee</i>

#### *Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg*

<b>Doelgroep</b>	<b>Ja/nee</b>
Somatische aandoening of beperking	<i>Nee</i>
Psychogeriatrische aandoening of beperking	<i>Nee</i>
Psychiatrische aandoening	<i>Ja</i>
Lichamelijke handicap	<i>Nee</i>
Verstandelijke handicap	<i>Nee</i>
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	<i>Nee</i>
Psychosociale problemen	<i>Nee</i>

## B.2 Kerngegevens

*Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten GGZ*

<b>Kerngegevens</b>	<b>Aantal/bedrag</b>
<b>Patiënten/cliënten</b>	
Aantal patiënten in zorg op 31 december 2006	2.200
<b>Capaciteit</b>	
Aantal feitelijke bedden op 31 december inclusief beschermd wonen	174
<i>Waarvan feitelijke bedden beschermd wonen</i>	0
<b>Productie</b>	
Aantal verzorgingsdagen inclusief beschermd wonen exclusief BOPZ in verslagjaar	46.764
<i>Waarvan verzorgingsdagen beschermd wonen</i>	0
Aantal deeltijdbehandelingen in verslagjaar	24.465
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	77.842
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2006	653
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2006	468
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's) in verslagjaar	€ 33.675.236
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	€ 33.145.696
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	€ 529.540

## B.3 Werkgebieden

*Zorgkantoorregio's*

<b>Nr</b>	<b>Regio</b>	<b>Ja/nee</b>	<b>Nr</b>	<b>Regio</b>	<b>Ja/nee</b>
1	Groningen	<i>Nee</i>	17	Amstelland en De Meerlanden	<i>Nee</i>
2	Friesland	<i>Nee</i>	18	Zuid-Holland Noord	<i>Nee</i>
3	Drenthe	<i>Nee</i>	19	Haaglanden	<i>Nee</i>
4	Zwolle	<i>Ja</i>	20	Delft Westland Oostland	<i>Nee</i>
5	Twente	<i>Ja</i>	21	Midden Holland	<i>Nee</i>
6	Apeldoorn, Zutphen e.o.	<i>Ja</i>	22	Rotterdam	<i>Nee</i>
7	Midden IJssel	<i>Nee</i>	23	Nieuwe Waterweg Noord	<i>Nee</i>
8	Arnhem	<i>Ja</i>	24	Zuid-Hollandse eilanden	<i>Nee</i>
8	Nijmegen	<i>Ja</i>	25	Waardenland	<i>Nee</i>
10	Utrecht	<i>Nee</i>	26	Zeeland	<i>Nee</i>
11	Flevoland	<i>Nee</i>	27	West-Brabant	<i>Nee</i>
12	't Gooi	<i>Nee</i>	28	Midden-Brabant	<i>Nee</i>
13	Noord-Holland Noord	<i>Nee</i>	29	Noordoost Brabant	<i>Nee</i>
14	Kennemerland	<i>Nee</i>	30	Zuidoost-Brabant	<i>Nee</i>
15	Zaanstreek/Waterland	<i>Nee</i>	31	Noord- en Midden-Limburg	<i>Nee</i>
16	Amsterdam	<i>Nee</i>	32	Zuid-Limburg	<i>Nee</i>

#### B.4 Personeel

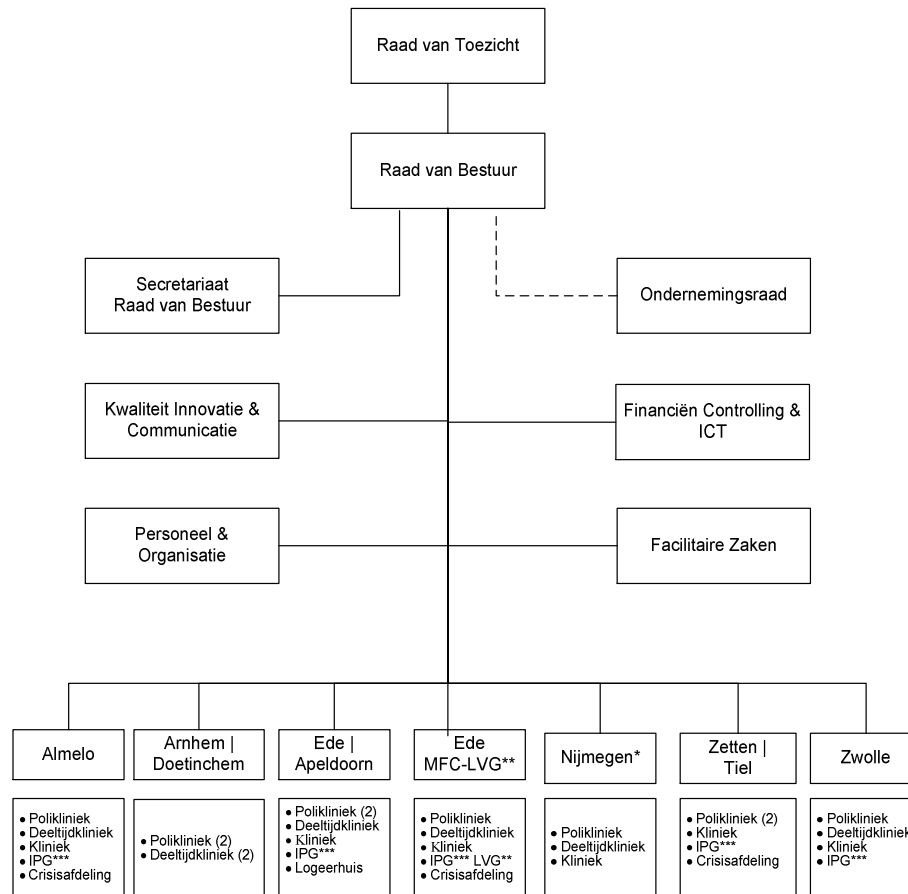
Deze bijlage B4 is niet openbaar. De gegevens worden geleverd aan de brancheorganisaties, VWS, CBZ en het CBS.

#### B.5 Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie

Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking			
Psychogeriatrische aandoening of beperking			
Psychiatrische aandoening		169	5
Lichamelijke handicap			
Verstandelijke handicap			
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis			
Psychosociale problemen			

#### B.6 Organigram



\* Universitair Centrum

\*\* Multifunctioneel Centrum – Licht Verstandelijk Gehandicapten

\*\*\*Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling

## B 7 Personalia

### Raad van Toezicht

dhr. drs. H.A. Doek	voorzitter
dhr. J.G.M. Buijs, MHA	vice-voorzitter
mevr. drs. M.J. Abbink-de Roos	lid
mevr. drs. K.N. van den Berge	lid
dhr. prof. mr. H.M. de Jong	lid
dhr. mr. T.J.M. Roos	lid

### Raad van Bestuur

dhr. drs K.W.U.F. Stibane	voorzitter
dhr. mr. drs. P. Lukkien	lid

### Hoogleraar psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie UMC St Radboud

dhr. prof. dr. J. K. Buitelaar	Universitair Centrum Nijmegen
--------------------------------	-------------------------------

### Hoogleraar klinische kinder- en jeugdpsychiatrie UMC St Radboud

dhr. prof. dr. R. J. van der Gaag	Universitair Centrum Nijmegen
-----------------------------------	-------------------------------

### Kinder- en jeugdpsychiaters

mevr. drs. J.G. van der Kooij-Briels	Almelo
dhr. drs. B. Nusselder	Almelo
mevr. drs. H.M. van der Most van Spijk	Almelo
mevr. drs. J.A. Rijnberk	Almelo
mevr. drs. O.A. Jansen-Heijtmajer	Arnhem   Doetinchem
mevr. drs. A. Lamote	Arnhem   Doetinchem
dhr. drs. G. Kroesbergen	Arnhem   Doetinchem
mevr. drs L.F.A. Vandenberg	Arnhem   Doetinchem
mevr. drs. C.M. Maandag-Jansen	Ede   Apeldoorn
mevr. drs. L.A.M. Kok	Ede   Apeldoorn
mevr. drs. M. Maiwald-Visser	Ede   Apeldoorn
dhr. drs. A. den Hertog	Ede MFC LVG
mevr. drs. F.J. Hesta-van der Meer	Ede MFC LVG
dhr. drs. P.A. Jochems	Ede MFC LVG
mevr. drs. M.M.M. Janssen	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. G.H.H. van de Loo-Neus	Universitair Centrum Nijmegen
dhr. drs. R.J. Nielen	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. J.C. Visser	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. N.H. Weemhoff-Wils	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. T.H. Roobol	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. J.C. den Boer	Zetten   Tiel
mevr. drs. P.T.G.M. Gerrits	Zetten   Tiel
mevr. drs. S. Schreuder (tot 1 november)	Zetten   Tiel
mevr. dr. F. Scheepers	Universitair Centrum Nijmegen, Zetten   Tiel
mevr. drs. R.J. Huy	Zwolle
dhr. drs. P.M. Boeting	Zwolle
mevr. drs. I. Koopman	Zwolle

### Managers behandelzaken

dhr. drs. B. Nusselder	Almelo
dhr. drs. G. Kroesbergen	Arnhem   Doetinchem
mevr. drs. L. Kok	Ede   Apeldoorn
dhr. drs. P.A. Jochems	Ede MFC LVG
dhr. prof. dr. R. J. van der Gaag	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. dr. F. Scheepers	Zetten   Tiel
mevr. drs. I. Koopman	Zwolle

### Managers bedrijfsvoering

dhr. M. Leijen	Almelo
dhr. drs. L.H. Heijs	Arnhem   Doetinchem
dhr. W.K. Zwart MPM	Ede   Apeldoorn
dhr. T. Scholten (tot 1 maart)	Ede MFC LVG
dhr. J. Simons (a.i., vanaf 1 maart)	Ede MFC LVG
dhr. G.A.M. Groenendijk	Universitair Centrum Nijmegen
dhr. G.A.M. Groenendijk	Zetten   Tiel
dhr. W.H. Dommerholt	Zwolle

### Stafhoofden

dhr. R.G. Arends	Personeel & Organisatie (P&O)
dhr. ing. J.P. Boonstra	Facilitaire Zaken (FZ)
mevr. drs. J.M. Nell	Kwaliteit Innovatie & Communicatie (KIC)
dhr. drs. R.A.J. Verhoef	Financiën Control & ICT (FCI)

### Ondernemingsraad

mevr. J.C. Boots	Voorzitter	Zetten   Tiel
mevr. drs. M. Braune	Secretaris	Arnhem   Doetinchem
mevr. M.T. Derks	Lid	Almelo
dhr. B.S. Been	Lid	Almelo
mevr. D.A.M. Janssen-Willems	Lid	Nijmegen
dhr. A. de Lange	Lid	Almelo
dhr. F. van Henten	Lid	Ede   Apeldoorn
dhr. A. Meems	Lid	Zwolle
mevr. A.L. Roobol	Lid	Ede MFC LVG
mevr. drs. I.A. Postma	Lid	Nijmegen
mevr. P.M. O'Brien	Lid	Bestuurlijk Centrum
mevr. drs. H.A.T. Wiersema	Ambtelijk Secretaris	Bestuurlijk Centrum

### Klachtencommissie

dhr. mr. R.A.Th. Bernsen (tot 15-08-06)	Jurist (secretaris)	Extern
dhr. drs. P. Boeting	Kinder- en jeugdpsychiater	Zwolle
dhr. H.M. de Jong	Behandelcoördinator	Zwolle
mevr. mr. J. Steenbrink	Jurist (voorzitter)	Extern
mevr. drs. M.M.M. Janssen (per 11-04-06)	Kinder- en jeugdpsychiater	Universitair Centrum Nijmegen
mevr. drs. M. van Dockum (per 11-04-06)	GZ-psycholoog	Arnhem   Doetinchem
mevr. mr. W.G. Kuster-Van de Ven (per 15-08-06)	Jurist (secretaris)	Extern

### MIP-commissie

mevr. drs. K. van Gils	Psycholoog	Universitair Centrum Nijmegen
dhr. A.J. Alderden (in 2006 afgetreden)	IPG- gezinsbegeleider	Ede MFC-LVG
mevr. B. Jannink-Winkelhorst	Groepsleider	Almelo
dhr. D.G. Janssen	Groepsleider	Zetten   Tiel
mevr. T. Lendering	Groepsleider	Arnhem   Doetinchem
dhr. C.H. Rap	Huismeester	Zwolle
mevr. K.A.M. Ros	Arbocoördinator P&O	Bestuurlijk Centrum
mevr. E.M. v.d. Sommen	Behandelcoördinator	Ede   Apeldoorn
mevr. drs. J.M. Nell	Hoofd KIC (voorzitter)	Bestuurlijk Centrum
mevr. I.S. Huijser	Secretariaat	Bestuurlijk Centrum

### Middelen of Maatregelen

dhr. W.G. Landman	Teamleider	Ede   Apeldoorn
mevr. H.C. Klaarhamer	Opleidingen/trainer	P&O
mevr. I.H. Poorterman-Stokvis	Teamleidster	Almelo
dhr. J.H.A.M. van der Wielen	Behandelcoördinator	Zetten   Tiel
mevr. drs. S. Schreuder	Kinder- en Jeugdpsychiater	Zetten   Tiel
mevr. S.J.M. Luijn-van de Windt	Groepsleidster	Ede MFC-LVG

**Geneesmiddelencommissie**

mevr. drs. J.C. den Boer  
 dhr. F. Poppe  
 dhr. J.H.A.M. van der Wielen  
 dhr. prof. dr. R.J. van der Gaag  
 dhr. drs. R.J. Nielen  
 dhr. drs. P.A. Kroezen  
 mevr. drs. J.M. Nell  
 mevr. M. Steenbrugge

Psychiater (voorzitter)  
 Teamleider  
 Behandelcoördinator  
 Hoogleraar  
 Psychiater  
 Apotheker  
 Hoofd KIC  
 Stafmedewerker Kwaliteit

Zetten | Tiel  
 Almelo  
 Zetten Tiel  
 Universitair Centrum Nijmegen  
 Universitair Centrum Nijmegen  
 Apotheek Midden Betuwe  
 Bestuurlijk Centrum  
 Bestuurlijk Centrum

**Toetsingscommissie Mensgebonden Onderzoek**

dhr. drs. K.W.U.F. Stibane  
 mevr. drs. M.H.L.M. Verhoeven  
 dhr. drs. P.A. Jochems

Voorzitter Raad van bestuur  
 Behandelcoördinator  
 Kinder- en jeugdpsychiater  
 manager behandelzaken  
 Hoofd FCI  
 Beleidsmedewerker KIC

Bestuurlijk Centrum  
 Zetten | Tiel  
 Ede MFC-LVG

dhr. drs. R.A.J. Verhoef  
 mevr. drs. W. Benoist

Bestuurlijk Centrum  
 Bestuurlijk Centrum

**Sponsor- en Fondsenwerving**

dhr. drs. K.W.U.F. Stibane

Voorzitter Raad van Bestuur  
 (voorzitter)  
 Hoofd FZ  
 Hoofd KIC  
 Projectmedewerker KIC  
 (secretaris)

Bestuurlijk Centrum

dhr. ing. P. Boonstra  
 mevr. drs. J.M. Nell  
 mevr. P.M. O'Brien

Bestuurlijk Centrum  
 Bestuurlijk Centrum  
 Bestuurlijk Centrum

**Opleidingscommissie gedragswetenschappen**

mevr. drs. M.J.A.C.P. van Mook

Klinisch psycholoog  
 Psychotherapeut  
 Psychiater, hoogleraar  
 manager behandelzaken  
 Hoofd P&O  
 Adviseur Opleiding &  
 Ontwikkeling  
 GZ-psycholoog i.o. 1<sup>e</sup> jaars  
 GZ-psycholoog i.o.  
 GZ-psycholoog i.o. 2<sup>e</sup> jaars

Almelo

dhr. prof. dr. R.J. van der Gaag

Universitair Centrum Nijmegen

dhr. R.G. Arends  
 mevr. M. Lahey-Geurts

Bestuurlijk Centrum  
 Bestuurlijk Centrum

mevr. drs M. Verhoeven  
 mevr. drs. N. de Waal  
 mevr. drs. A. v.d. Vegte

Almelo  
 Arnhem | Doetinchem  
 Ede | Apeldoorn

## C Bijlage bij hoofdstuk 3 Governance

### C.1 Bestuur en toezicht

#### C.1.1 Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur

##### *Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur*

<b>Transparantie-eis</b>	<b>Ja/nee</b>
Is er een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat? Toelichting: geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding hebben.	Ja
Hebben de leden van het toezichthoudend orgaan geen directe belangen bij de instelling, bijvoorbeeld als directeur, werknemer of beroepsbeoefenaar die zijn praktijk voert in de instelling?	Ja
Legt de instelling schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	Ja
Heeft uw instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging (als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek)?	Ja
Zo ja, Zijn er meer dan 50 personen werkzaam? (artikel 2 WOR)	Ja

Indien de laatste vraag met 'ja' is beantwoord, geldt de volgende tabel.

##### *Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek door cliëntenvertegenwoordiging volgens BW*

<b>Transparantie-eis</b>	<b>Ja/nee</b>
Kent u in uw statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek ( een verzoek tot enquête door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam)?	Ja

##### *Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek toegekend aan ander orgaan*

Aan wie heeft het concern deze bevoegdheid nog meer toegekend?	
--	--

##### *Wijziging statuten*

<b>Transparantie-eis</b>	<b>Ja/nee</b>
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering veranderingen plaatsgevonden (als bedoeld in het uitvoeringsbesluit WTZi, toelichting bij hoofdstuk VI transparantie-eisen)?	Nee
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	

### C.1.2 Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

#### Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

Transparantie-eis	Ja/nee
Heeft de instelling schriftelijk vastgelegd welk orgaan/organen van de instelling welke bevoegdheden heeft/hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering?	ja
Heeft de instelling schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden?	ja
Heeft de instelling schriftelijk vastgelegd welk orgaan/organen van de instelling welke bevoegdheden heeft/hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering?	ja
Heeft de instelling schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden?	ja
Worden de activiteiten van de instelling waarvoor de toelating(-en) geldt/gelden, in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling?	ja
Zijn in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan?	ja

### C.1.3 Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht M/V

	Aantal vrouwen	Percentage vrouwen
Raad van Bestuur	0	0
Raad van Toezicht	2	33,33%

## C.2 Jaarverslag 2006 Raad van Toezicht

### Jaarverslag Raad van Toezicht Karakter 2006

#### Vergaderingen

In 2006 heeft de Raad van Toezicht zes keer regulier vergaderd op drie verschillende centra. Vier van de vergaderingen werden voorafgegaan door een overleg met het centrummanagement, te weten Karakter Ede | Apeldoorn, Karakter Universitair Centrum Nijmegen, Karakter Ede MFC LVG en Karakter Zetten | Tiel. Ook werd eenmaal met het hoofd en een stafmedewerker van de stafdienst Facilitaire Zaken van gedachten gewisseld. In deze informele bijeenkomsten kreeg de Raad van Toezicht een goede indruk van de manier waarop genoemde centra en stafdienst inspelen op de toenemende maatschappelijke verantwoordelijkheid, de marktwerking in de zorg, op samenwerking in de regio en op de groei van Karakter in het algemeen. Dezelfde onderwerpen werden ook besproken tijdens de bijeenkomst met de Ondernemingsraad.

#### Heimiddag

De Raad van Toezicht heeft zich samen met de Raad van Bestuur een halve dag teruggetrokken voor beraad. De besproken onderwerpen waren "maatschappelijk verantwoord instellingsbestuur" en "politiek bestuurlijke ontwikkelingen rond de jeugdzorg en jeugd-ggz". Basis voor het eerste onderwerp was de "Zorgbrede Governancecode". Deze is op elk onderdeel getoetst aan het functioneren van de Raad van Toezicht van Karakter. Op grond hiervan zijn de Statuten en het Reglement Raad van Toezicht gewijzigd en is het

Statuut Raad van Bestuur vervangen door het Reglement Raad van Bestuur. Bij de bespreking van de politiek bestuurlijke ontwikkelingen rond de jeugdzorg en jeugd-ggz kwam aan de orde wat deze ontwikkelingen voor de positie van Karakter betekenen. Dit resulteerde in het opstellen door de Raad van Bestuur van het strategisch beleid van Karakter voor de komende jaren, waaraan de Raad van Toezicht zijn goedkeuring hechtte.

### **Samenstelling**

De Raad van Toezicht nam afscheid van mevrouw mr. drs. G.M.T. ten Velde, die volgens rooster in juli 2006 aftrad. In januari 2006 is de heer prof. mr. H.M. de Jong aangetreden als lid van de Raad van Toezicht, in een sinds 2005 bestaande vacature. Het bleek niet mogelijk in het verslagjaar in de vacature van mevrouw Ten Velde te voorzien.

### **Belangrijke onderwerpen**

#### ***Overleg***

De Raad van Toezicht wordt door de Raad van Bestuur op een zodanige open en efficiënte wijze geïnformeerd dat hij in staat is zijn taken en bevoegdheden afgewogen uit te oefenen.

#### ***Herkenbaar in beeld***

De Raad van Toezicht heeft met belangstelling ingestemd met de nieuwe naamgeving en huisstijl van Karakter. De Raad van Toezicht heeft de visie van Karakter op het uitoefenen en ontwikkelen van het specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie besproken in de zin van onder andere toetsbaarheid, meetbaarheid en specificiteit.

#### ***Functioneren Raad van Toezicht en Raad van Bestuur***

De Raad van Toezicht heeft in zijn vergadering - volgens de governance code - aandacht besteed aan zijn eigen functioneren en aan dat van de leden van Raad van Bestuur, individueel en als geheel. Ook de samenwerking tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur werd positief geëvalueerd.

#### ***Audit***

In het verslagjaar is het reglement van de auditcommissie financiën van kracht geworden. Deze commissie functioneerde reeds in voorgaande jaren. Ook is het reglement van de auditcommissie primair proces vastgesteld. Deze commissie kwam in het verslagjaar voor het eerst bijeen.

#### ***Financiën***

Conform de planning- en controlecyclus heeft de Raad van Toezicht de jaarrekening 2005 en de begroting 2007 kunnen goedkeuren. De genoemde auditcommissie financiën heeft de jaarrekening en de begroting met de Raad van Bestuur besproken. Door middel van kwartaalrapportages heeft de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht tussentijds geïnformeerd over productie- en financiële ontwikkelingen.

De Raad van Toezicht constateert dat de aanbestedingsprocedure bij de Zorgkantoren leidt tot een aanzienlijke verzwaring van het financiële risico voor de zorginstellingen.

Dit stelt de organisatie voor belangrijke afwegingen. Met name de afweging tussen het leveren van optimale zorg en de daarvoor noodzakelijke innovatie en de financiële risico's. Een adequate financiële- en zorgregistratie, inclusief resultaatsvastlegging, is daarbij van groot belang.

De Raad van Toezicht constateert dat het management en de medewerkers zich bewust zijn van deze ontwikkelingen en daar verantwoord op inspelen.

De Raad van Toezicht bedankt de medewerkers en de leden van de Raad van Bestuur voor de grote inspanningen die ook in 2006 door hen zijn geleverd.



## D Bijlage bij hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties

### D.1 Algemeen Kwaliteitsbeleid

*Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties*

Certificaat, label of accreditatie behaald	Nee
--	-----

*Indien ja:*

Naam behaalde certificaat, label of accreditatie	
Datum van uitreiking certificaat, label of accreditatie	
Datum van expiratie geldigheid	
Naam toetsende instantie	

*Indien nee:*

Er is een traject gestart om een kwaliteitscertificaat, -label of accreditatie te verkrijgen.	Ja
---	----

*Indien een traject is gestart:*

Naam beoogde certificaat, label of accreditatie	HKZ
Verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	november 2007
Naam toetsende instantie	TNO

### D.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

#### D.2.1 Kwaliteitsbeleid van zorg GGZ

<b>Verandering in ernst van de problematiek</b>	<b>Percentage</b>
Het percentage cliënten, naar diagnosegroep waarbij de behandeling heeft geleid tot verbetering van de klachten naar oordeel van de cliënt	
Percentage patiënten	70,46%
Het totaal aantal patiënten dat de vragen beantwoordt heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten per diagnosegroep	88,2%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

<b>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</b>	
1. Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	
2. Het percentage patiënten dat bij <i>aanvang</i> van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd.	
3. Het percentage langdurig opgenomen patiënten dat <i>jaarlijks</i> somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd.	
Beschikken over een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	Ja

<b>Onveiligheid door ontbreken van informatie:</b>	
1. Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie. (verplicht beantwoorden over 2006)	
2. Het percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende patiënten waarbij de hulpverlener <u>niet</u> kon beschikken over actuele informatie van de patiënt over: medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en crisiskaart	
Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	Ja

<b>Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte:</b>	<b>Percentage</b>
Percentage overleden patiënten ten gevolge van suïcide gedurende het registratiejaar gerelateerd aan de instellingsgrootte, onderscheiden naar ambulante en klinische behandeling/begeleiding.	
Percentage patiënten overleden door suïcide	0%

<b>Wachttijd tot start behandeling:</b>	
1. Gemiddelde wachttijd in dagen tussen inschrijving en start behandeling / begeleiding voor ambulante behandeling, klinische behandeling en plaatsing in een RIBW	
2. Het % patiënten waar de wachttijd tussen inschrijving en start behandeling niet langer is dan: 98 dagen voor ambulante zorg 105 dagen voor klinische zorg	
Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/begeleiding	77 dg

<b>Informed consent:</b>	<b>Percentage</b>
Percentage patiënten dat informed consent ervaart.	
Percentage patiënten	87,25%
Het totaal aantal patiënten dat vraag 6 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde patiënten	96,66%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

<b>Keuzevrijheid</b>	<b>Percentage</b>
Het percentage patiënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart.	
Percentage patiënten	78,64%
Het totaal aantal patiënten dat vraag 4 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde patiënten	96,07%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

<b>Vervulling zorgwensen</b>	<b>Percentage</b>
Percentage patiënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen.	
Percentage patiënten	76,2%
Het totaal aantal patiënten dat vraag 11 en 12 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde patiënten	91,01%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

<b>Adequate bejegening door de hulpverleners</b>	<b>Percentage</b>
Het percentage patiënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren.	
Percentage patiënten	84,66%
Het totaal aantal patiënten dat vraag 9 en 10 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde patiënten	94,1%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

<b>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</b>	<b>Percentage</b>
Het percentage patiënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren.	
Percentage patiënten	82,75%
Het totaal aantal patiënten dat vraag 1 en 2 en 3 beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde patiënten	98,88%
<i>Percentage berekend op basis van uitkomsten van ouders en jongeren ouder dan 12 jaar, conform GGZ Jeugdthermometer.</i>	

## D.2.2 Klachten

*Aantallen klachten in het verslagjaar*

	<b>Aantal</b>
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	3
Aantal klachten als % van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte's	0,6%
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	3
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	0
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	0

## D.3 Personeelsbeleid

### D.3.1 Kwaliteit van het personeel

*Verloop personeel*

<b>Verloop personeel</b>	<b>Aantal personeelsleden</b>	<b>Aantal fte</b>
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	172	122
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	136	96
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	139	99
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	110	78

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie (alle sectoren behalve UMC's), in percentages

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,91
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst <i>In onze systemen wordt het ziekteverzuimpercentage niet naar functies gesplitst. Gezien de kosten die dit met zich meebrengt is ervoor gekozen dit voor het verslagjaar 2006 niet uit te laten rekenen. Vanaf 2007 zullen de cijfers wel op deze wijze kunnen worden aangeleverd.</i>	onbekend

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof (definitie zoals vastgelegd in de toolkit van het Arboservicepunt HOO) in percentages

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	n.v.t.
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	n.v.t.

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	45	8
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	42	8

### D.3.2 Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

1. Heeft u in het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van het werk?	nee
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het werk?	nee

Indien ja bij 1:

Gebruikte meetmethode	n.v.t.
-----------------------	--------

Indien nee bij 1:

In welk jaar heeft de laatste raadpleging plaatsgevonden	2004
--	------

Indien ja bij 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	n.v.t.
--------------------------------------	--------

Indien ja bij 1 en ja bij 2

Uitkomst van de raadpleging o.b.v. normering sector	n.v.t.
---	--------

Indien ja bij 1 en nee bij 2:

Kunt u een benadering geven van de uitkomst van de raadpleging?	n.v.t.
---	--------

Heeft u maatregelen getroffen naar aanleiding van de uitkomst?	n.v.t.
--	--------

#### D.4 Financieel beleid

Tabel Resultaatratio

<b>Resultaatratio</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	1,5%	4,5%
Resultaatratio: niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	n.v.t.	n.v.t.

Tabel Liquiditeit

<b>Liquiditeit</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
	51%	66%

Tabel Solvabiliteit

<b>Solvabiliteit</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen/balanstotaal)	20%	27%
Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal opbrengsten)	17%	20%



## E Publicaties en lezingen

### Voordrachten

#### januari

- 3 januari 2006, R. J. van der Gaag: Université Toulouse Le Mirail TED Diplome Universitaire.
- 19 januari 2006, R. J. van der Gaag: Sanadrome Nijmegen - Congres Pompestichting Neurobiologie.
- 16 februari 2006, R. J. van der Gaag: Politie Regio IJsselland GGD Zwolle: Jeugd en Alcohol
- 23 februari 2006, R. J. van der Gaag: Rechtbank Arnhem: Ontsporingrisico's bij ontwikkelingsstoornissen.
- 23 februari 2006, Van de Loo – Neus, G.H.H Kinderpsychiatrie-ontwikkelingspsychopathologie  
Cursus voor de opleiding tot kinderfysiotherapeut
- februari 2006, Couwenbergh, C. PAOG Lezing: Dubbeldiagnose onder Adolescenten, UMCN.
- 26 januari 2006, R. J. van der Gaag: Niort Autisme France TED à l'Adolescence.
- 27 januari 2006, R. J. van der Gaag: AMC Symposium Amsterdamse school: schizofrenie en behandeling McDD.

#### maart

- 6 maart 2006, R. J. van der Gaag: Auch Maison du Handicap la détection et le diagnostic précoce des troubles du spectre de l'autisme.
- 7 maart 2006, R. J. van der Gaag: Université Le Mirail Classification & Dimensions en Autisme.
- 7 maart 2006, R. J. van der Gaag: RPC Nieuwegein - Leo Kannerhuis: Autisme spectrum stoornissen en ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen.
- 10 maart 2006, drs C Gunning, klinisch psycholoog/psychotherapeut studiemiddag VKJP Depressieve adolescenten lezing door mij met de titel IPT bij Adolescenten.
- 15 maart 2006, R. J. van der Gaag: Vincent van Gogh Instituut Venray Psychopathologie bij adolescenten
- 17 maart 2006, R. J. van der Gaag: Jaarbeurs Utrecht Utrecht jeugdartscongres ADHD
- 16 maart 2006, Van de Loo – Neus, G.H.H Lunchbijeenkomst Pedologisch Instituut De Waarden  
Atomoxetine versus methylfenidaat

#### april

- april, 2006, J. K. Buitelaar: Prenatal risk factors for children's development. International Symposium, Athens.
- april 2006, J. K. Buitelaar: Early screening for autism spectrum disorders. Design and screening results. Distinguished Lecture Series, M.I.N.D. Institute, UC Davis, Sacramento, CA.
- april 2006, J. K. Buitelaar: Early screening for autism spectrum disorders. Nested studies. Distinguished Lecture Series, M.I.N.D. Institute, UC Davis, Sacramento, CA.
- 6 april 2006, R. J. van der Gaag: NvVP Voorjaarsdagen Martini Plaza Groningen ADHD vraag en Antwoord
- 20 april 2006, Van de Loo – Neus, G.H.H Responsiecollege betreffende ADHD en autisme Medisch studenten UMC St. Radboud, Blok Psychoproblematiek
- 20 april 2006, R. J. van der Gaag: Denemarken Universiteit Odense McDD
- 27 april 2006, R. J. van der Gaag: Montreal TED sans Frontières Autisme Trouble Envahissants du Développement Diagnostic & Évaluation

#### mei

- 6 mei 2006, R. J. van der Gaag: Université Toulouse Le Mirail TED Diplome Universitaire
- 9 mei 2006, drs C Gunning, klinisch psycholoog/psychotherapeut SKJPON-congres Herkenbaar in beeld workshop samen met P. van Deurzen titel Cognitie, affect en jeugddepressies.
- 18 mei 2006, R. J. van der Gaag: Universiteit van Groningen: ADHD en het jonge brein
- 19 mei 2006, R. J. van der Gaag: Rotterdam Sophie Kinderziekenhuis: ADHD en het zich ontwikkelende brein
- 31 mei 2006, R. J. van der Gaag: Maastricht STAP studieconferentie Dubbel Diagnoses bij jongeren

#### juni

- juni 2006, Couwenbergh, C. Lezing Publieksdag Fonds Psychische Gezondheid: Dubbeldiagnose onder Jongeren, Congrescentrum IJsselstein,
- 1 juni 2006, R. J. van der Gaag: Université Toulouse Le Mirail TED Diplome Universitaire
- 8 juni 2006. drs C Gunning, klinisch psycholoog/psychotherapeut & dr M van der Smagt, Gzpsycholoog/psychotherapeut. Voorjaarscongres van de VKJP "De spelkamer, een ruimte met vele gezichten", Titel: Ruimte voor spel: de inrichting van de spelkamer en de plek van spel in de behandeling van kinderen.
- 9 juni 2006, R. J. van der Gaag: Buiten Sociëteit Zwolle ADHD bij volwassenen en kinderen
- 22 juni 2006, R. J. van der Gaag: Musis Sacrum Arnhem Leo Kannerhuis Links met autisme samen met Mw PJM van Wijngaarden-Cremers

#### september

- september 2006, J. K. Buitelaar: Assessment of ADHD in adults. Educational lecture at ECNP Congress, Paris.
- september 2006, J. K. Buitelaar: Early environmental risk factors in ADHD. ECNP Congress, Paris.
- 5 september 2006, R. J. van der Gaag: IACC Edinburgh Developmental Psychopathology in Young Adults with Substance Related Disorders An Exploratory Study
- 13 september 2006, R. J. van der Gaag: Paris Zyprexa Advisory Board Meeting ADHD and atomoxetine
- 14 september 2006, R. J. van der Gaag: Brussel Symposium of Strattera Atomoxetine
- 21 september 2006, R. J. van der Gaag: Maison de la Chimie Parijs 7ème EABCT Cognitive Therapies in Autism Spectrum Disorders
- 22 september 2006, R. J. van der Gaag: Mons Autisme Hommage au Professeur Magerotte Autisme Prise en Charge

#### oktober

- oktober 2006, J. K. Buitelaar: Workshop Gene-environment interaction at International ADHD Genetics Congress, Bruxelles.
- oktober 2006, J. K. Buitelaar: Early cognitive risk factors in ADHD. European Network on Hyperactivity Disorders, Bruges.
- oktober 2006, J. K. Buitelaar: Psychopharmacology of Autism. INSERM Workshop, Paris.
- 3 oktober 2006, R. J. van der Gaag: Pompe Kliniek Kairos Nijmegen "voor Galg en Rad" Orthopsychiatrie
- 5 oktober 2006, R. J. van der Gaag: Planetarium Amsterdam Benecke
- Ontwikkelingsstoornissen 31 oktober 2006, R. J. van der Gaag: Kaapstad Zuid-Afrika World Autism Congress Subtypes in Autism Spectrum Disorders Importance for Research & Individual Guidance

#### november

- 3 november 2006: congres in Utrecht van het NIP, sectie revalidatiepsychologie, voordracht samen met Frank Jonkman: "Sociale interactiebegeleiding bij kinderen en adolescenten met ASD"
- 7 november 2006, R. J. van der Gaag: Sanodrome Nijmegen: Symposium Karakter Meet the expert Margareth Weiss
- 14 november 2006, R. J. van der Gaag: Nederalands Vlaams Centrum de Buren Brussel Debat GGZ voor jongeren NL
- 17 november 2006, R. J. van der Gaag: Golden Tulip Hotel Brede EINAQ ADHD in a European Perspective
- 21 november 2006, drs C Gunning, klinisch psycholoog/psychotherapeut GGZ te Nijmegen, met Jet roobol lezing met de titel Preventie en behandeling van depressie bij kindren en jeugdigen.
- 22 november 2006, R. J. van der Gaag: GGZ Nijmegen ADHD een behandelbare stoornis
- 25 november 2006, R. J. van der Gaag: Beatrix Theater NVA congres Behandeling van Autisme Mogelijkheden & Beperkingen van Medicatie
- 30 november 2006, R. J. van der Gaag: Torpen Museum Amsterdam Najaarsconferentie NvVP Protocollen in de zorg
- 30 november 2006: Provinciale Contactpersonendag van Samenwerkingsverband Autisme Gelderland, voordracht samen met Janne en Tim: "Vroege herkenning, vroege diagnostiek en vroege behandeling van autisme spectrum stoornissen"

#### december

- 14 december 2006, R. J. van der Gaag: Buiten Sociëteit Zwolle SCEM Empathie in alle soorten en maten Karakter GGZ Zwolle Empathie en Autisme (*samen met Dr. D. Slaats-Willemse*)
- 15 december 2006, Van de Loo – Neus, G.H.H Kinderpsychiatrie-ontwikkelingspsychopathologie  
Cursus voor de opleiding tot kindersfiotherapeut

### Publicaties

- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, JK et al. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders : A systematic review and European treatment guideline. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 15:476-95.
- Brookes, K., Xu, X., Chen, W., Zhou, K., Neale, B., Lowe, N. , Buitelaar, JK et al. (2006). The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Mol.Psychiatry*, 11:934-53.
- Buitelaar JK, Barton J, Danckaerts M, Friedrichs E, Gillberg C, Hazell PL, Hellemans H, Johnson M, Kalverdijk LJ, Masi G, Michelson D, Revol O, Sebastian JS, Zhang S, Zuddas A (2006) A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations.*Eur Child Adolesc Psychiatry* 15:177-81
- Buitelaar, JK, Michelson, D., Danckaerts, M., Gillberg, C., Spencer, T. J., Zuddas, A. et al. (2007). A Randomized, Double-Blind Study of Continuation Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder After 1 Year. *Biological Psychiatry*, 61:694-9.
- Couwenbergh C, van den Brink W, Zwart K, Vreugdenhil C, van Wijngaarden-Cremers PJM, van der Gaag RJ. (2006) Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 319-328
- Couwenbergh, C. Dubbeldiagnose onder jongeren: als middelenmisbruik en psychiatrische problemen samenkomen, SOZIO vakblad voor sociale en pedagogische beroepen, nr 69, april 2006
- Couwenbergh,C; vandenBrink,W; Zwart,K; Vreugdenhil,C; vanWijngaarden-Cremers,P; vanderGaag,R-J, Dept. of Psychiatry, Radboud University Medical Centre & the Academic Centre for Child and Adolescent Psychiatry Oost-Nederland. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review., *Eur-Child-Adolesc-Psychiatry*. 2006 Sep; 15(6): 319-28

- De Deyn PP, Buitelaar JK (2006) Risperidone in the management of agitation and aggression associated with psychiatric disorders. Eur Psychiatry 21:21-8
- Dietz C, Swinkels S, van Daalen E, van Engeland H, Buitelaar JK (2006) Screening for Autistic Spectrum Disorder in Children Aged 14-15 Months. II: Population Screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and General Findings. J Autism Dev Disorders, 36:713-22.
- Groen W., Leen W., Lagro-Janssen A., van der Gaag R.J. De ontwikkelingsstoornissen: ADHD en autisme in de huisartsenpraktijk Huisarts & Wetenschap 2 324-328
- Kalverdijk, L.J., Buitelaar, J.K., van der Gaag, R.J. (2006) Medicatie voor aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en het risico op cardiovasculaire sterfte. Nederlands tijdschrift Geneeskunde 150; 2238-4
- Konijnenberg AY, de Graeff-Meeder ER, van der Hoeven J, Kimpen JL, Buitelaar JK, Uiterwaal CS; Pain of Unknown Origin in Children Study Group (2006) Psychiatric morbidity in children with medically unexplained chronic pain: diagnosis from the pediatrician's perspective. Pediatrics 117:889-97
- Mercadante MT, Van der Gaag RJ, Schwartzman JS. (2006) [Non-autistic pervasive developmental disorders: Rett syndrome, disintegrative disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified Rev Bras Psiquiatr. 2006 May;28 Suppl 1:S12-20.
- Ogdie, M. N., Bakker, S. C., Fisher, S. E., Francks, C., Yang, M. H., Cantor, R. M., Loo, S. K., van der Meulen, E., Pearson, P., Buitelaar, J.K., Monaco, A., Nelson, S. F., Sinke, R. J., & Smalley, S. L. (2006). Pooled genome-wide linkage data on 424 ADHD ASPs suggests genetic heterogeneity and a common risk locus at 5p13. Mol Psychiatry, 11, 5-8.
- Reyes M, Buitelaar JK, Toren P, Augustyns I, Eerdeken M (2006) A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. Am J Psychiatry 163:402-10
- Schlooz WA, Hulstijn W, van den Broek PJ, van der Pijll AC, Gabreels F, van der Gaag RJ, Rotteveel JJ. (2006) Fragmented Visuospatial Processing in Children with Pervasive Developmental Disorder. J Autism Dev Disord. Aug 8;
- Swinkels SH, Dietz C, van Daalen E, Kerkhof IH, van Engeland H, Buitelaar JK (2006) Screening for Autistic Spectrum in Children Aged 14 to 15 Months. I: The Development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). J Autism Dev Disorders 36:723-32.
- Van de Loo – Neus, G.H.H. (2006). ADHD. Bijblijven 2006/22/5, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsysteem, kinder- en jeugdpsychiatrie (pp. 25-35).
- van der Gaag RJ (2006) L'adolescent et l'adulte avec autisme L'autisme à l'adolescence : une période de transition avec ses risques, mais aussi ses possibilités 67-74 Bulletin Scientifique de l'Arapi Paris - Toulouse
- van der Gaag, R.J. (2006) Kind en adolescent jaargang 27 Opmerkelijk: Alcoholgebruik door jongeren maakt minder los dan je lief is. nr 2 blz 128-137
- van der Gaag, R.J. 2006 Bijblijven kinder – en jeugdpsychiatrie Inleiding: ontwikkelingspsychopathologie in beweging blz 5-12
- van der Gaag, R.J. 2006 Bijblijven kinder – en jeugdpsychiatrie Autisme spectrumstoornissen blz 46-56
- Van der Gaag, R.J. (2006) Maremagnum autismo Galicia Trastornos do espectro autista unha vision xeral ; nr 10 23-37
- van der Gaag, R.J. en Ellen Fliers 2006 Gedrags-en ontwikkelingsstoornissen Kinderfysiotherapie onder redactie van R. van Empelen, R. Nijhuis-van der Sanden, A. Hartman blz 619-659
- Zeegers M, Van Der Grond J, Durston S, Nievelstein RJ, Witkamp T, Van Daalen E, Buitelaar J, van Engeland H (2006) Radiological findings in autistic and developmentally delayed children. Brain Development, 28, 495-499.
- Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Buitelaar JK (2006) Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45:476-83.
- Zwirs, B. W., Burger, H., Buitelaar, JK, & Schulpen, T. W. (2006). Ethnic differences in parental detection of externalizing disorders. Eur.Child Adolesc.Psychiatry, 15:418-





kinder- en jeugdpsychiatrie  
**karakter**

Horalaan 5  
Postbus 68  
6710 BB Ede  
t. 0318 67 66 11  
f. 0318 67 66 12  
kic@karakter.com  
www.karakter.com

© Karakter 2007