

**JAARDOCUMENT
MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING
2008**

Lievegoed Zorggroep
Antroposofisch geïnspireerde psychiatrie, verslavingszorg en
gehandicaptenzorg

Prof. Bronkhorstlaan 24
3723 MB Bilthoven
030 22 555 55

KvK Utrecht 30223411
info@lievegoedzorggroep.nl
www.lievegoedzorggroep.nl

INHOUDSOPGAVE

A. Maatschappelijk Jaarverslag 2008

1. Uitgangspunten van de verslaglegging	3
2. Profiel van de organisatie	3
3. Governance	8
4. Beleid 2008	12
5. Kwaliteitsbeleid en prestaties op indicatoren	16

B. Jaarrekening 2008 (apart document)

1. Uitgangspunten van de verslaglegging

De Lievegoed Zorggroep presenteert hierbij haar jaardocument 2008.

Deze organisatie biedt antroposofisch geïnspireerde zorg en begeleiding op de terreinen psychiatrie, verslavingszorg en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking.

Aan het begin van het verslagjaar is een fusie tot stand gekomen met de Beukenhof in Breda; in deze rapportage zijn de gegevens van deze locatie als onderdeel van de gehandicaptenzorg meegenomen.

De opbouw en de items waarover wordt gerapporteerd, volgen de structuur van de Jaarverantwoording Zorginstellingen 2008.

Dit document beschrijft waar mogelijk de stand van zaken op concernniveau. Omdat de thema's voor verslaglegging verschillen in de verschillende sectoren van de zorg, en om de vergelijkbaarheid met de rapportages van voorgaande jaren te handhaven, wordt waar nodig en zinvol echter gerapporteerd op het niveau van de twee organisatorische eenheden: de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ggz (psychiatrie en verslavingszorg).

2. Profiel van de organisatie

2.1 Profiel en structuur

De Lievegoed Zorggroep biedt zorg aan mensen met psychiatrische of verslavingsproblemen, een verstandelijke handicap of een combinatie hiervan.

Onze zorg is integraal, cliëntgericht, multidisciplinair en van goede kwaliteit (HKZ-gecertificeerd in sinds december 2007).

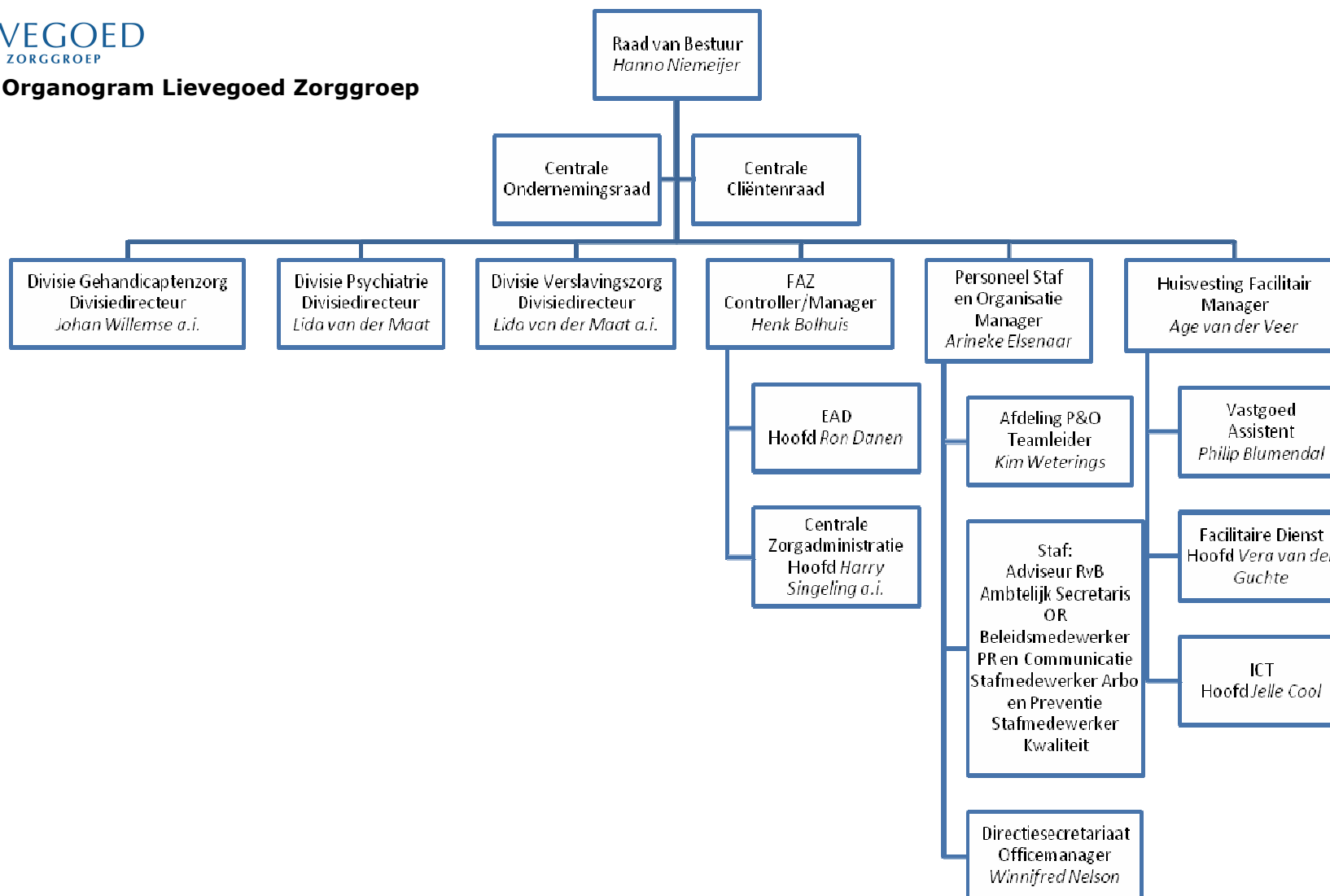
We richten ons op het stimuleren van ontwikkeling en het versterken van de gezonde kanten van onze cliënten, eerder dan op het probleem of de ziekte. We doen dit vanuit een eigen identiteit, gebaseerd op de antroposofie.

We bieden woonvormen en dagbesteding, klinische en ambulante zorg, en zijn aanvullend op de reguliere, regionaal georganiseerde gezondheidszorg. De zorg staat open voor iedereen die zich aangesproken voelt door deze benadering.

De ggz-zorg (divisie Lievegoed psychiatrie en divisie Arta verslavingszorg) heeft een landelijke functie en omvat de gehele ggz-keten: van klinische zorg (opname in een introductiecentrum, kliniek of therapeutische (leef)werkgemeenschap), poliklinische zorg of deeltijdbehandeling tot en met nazorg en maatschappelijk herstel en begeleid kleinschalig wonen.

De gehandicaptenzorg heeft regionale werkgebieden en is geconcentreerd in vijf grootstedelijke regio's: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag (doelgroep kinderen; functies dagopvang, dagbesteding en ambulante begeleiding); Utrecht/ Driebergen/ Zeist en Breda (doelgroep volwassenen; functies wonen en dagbesteding).

2.2. Organogram Lievegoed Zorggroep



2.3 Overzicht toelatingen per 31-12-2008

GGZ: Divisies Arta verslavingszorg en Lievegoed psychiatrie
exclusief ambulante zorg (deeltijd en poliklinische plaatsen)

Psychiatrie

Verblijf met behandeling 57 plaatsen

Verslavingszorg

Verblijf met behandeling 53 plaatsen

Kleinschalig wonen 15 plaatsen

VGZ: Divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg

Regio Utrecht:	verblijf met behandeling	53 plaatsen
	waarvan SGLVG	12 plaatsen
	verblijf	53 plaatsen
	dagactiviteitenplaatsen	115 plaatsen
Regio Den Haag:	dagbesteding	15 plaatsen
Regio Rotterdam:	dagbesteding	88 plaatsen
Regio Amsterdam:	verblijf met behandeling	12 plaatsen
	dagactiviteitenplaatsen	50 plaatsen
Regio Breda:	verblijf met behandeling	14 plaatsen
	verblijf	9 plaatsen.

2.4 Kernactiviteiten

GGZ (psychiatrie en verslavingszorg)

Patiënten voor psychiatrie, verslavingszorg en dubbele diagnose worden naar ons verwezen, maar nemen in veel gevallen ook zelf het initiatief door hun voorkeur voor onze instelling aan hun verwijzer kenbaar te maken. In het algemeen betreft het zware problematiek en hebben onze patiënten al meerdere ggz-behandelingen achter de rug als ze zich bij ons melden.

Het aanbod psychiatrie en verslavingszorg wordt geboden op 13 kleinschalige afdelingen, met een totale capaciteit van 125 klinische plaatsen.

We behandelden hier in 2008 2.013 cliënten; er werden 1.654 DBC's geopend en 1.439 DBC's gesloten. Er zijn 10.759 deeltijdbehandelingen aangeboden en 18.054 ambulante contacten.

De bedrijfsopbrengsten bedroegen € 14.176.396 (waarvan budget wettelijk aanvaardbare kosten €13.848.812 en overige bedrijfsopbrengsten € 327.584).

VGZ (verstandelijk gehandicaptenzorg)

Cliënten en ouders of vertegenwoordigers van cliënten worden naar onze gehandicaptenzorg verwezen of nemen zelf het initiatief.

Het aanbod gehandicaptenzorg vindt plaats op 15 afdelingen en betreft 155 intramurale cliënten, en 345 deelnemers aan dagactiviteiten. Het aantal cliënten dat ambulante begeleiding kreeg was 235.

Het aantal verpleegdagen en GVT-bezettingsdagen is 47.181 en het aantal dagdelen dagactiviteiten 103.416. Er werd 25.306 uren extramurale productie geleverd.

De bedrijfsopbrengsten bedroegen € 18.052.823 (waarvan budget wettelijk aanvaardbare kosten €16.010.071 en overige bedrijfsopbrengsten € 2.042.752).

Totaal concern Lievegoed Zorggroep

Op de hoofdvestiging in Bilthoven zijn de directie, staf en de afdeling bedrijfsvoering gevestigd; deze laatste is verantwoordelijk voor de ondersteuning van management en divisies.

Het aantal personeelsleden in cliëntgebonden functies in loondienst was 609 (355.5 fte's). In management en ondersteunende functies werkten in het verslagjaar 125 personen in loondienst (85.8 fte's). Niet in loondienst waren 266 personen bij onze instelling werkzaam (53.6 fte).

In totaal werkten op 31 december van het verslagjaar dus 1000 personen (495 fte) en bovendien 28 vrijwilligers (7 fte).

De instelling kende in 2008 een Ondernemingsraad en een Centrale Cliëntenraad; hiernaast functioneerden Cliëntenraden per divisie en per afdeling.

2.5 Belanghebbenden (samenwerkingspartners met wie een overeenkomst is gesloten)

Aansluiten bij landelijke trends

Wij participeren actief in de landelijke branche- en beroepsorganisaties zoals GGZ Nederland, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ).

Consolideren

Na de diverse fusies van de afgelopen jaren wordt nu de nadruk gelegd op het financieel gezond maken en consolideren van de vestigingen. De systemen en procedures zijn grotendeels op elkaar afgestemd. Na de fusie met Stichting De Beukenhof in Breda, begin 2008, richt de divisie gehandicaptenzorg zich op een vijfde regio, en krijgt de instelling als geheel meer voet aan de grond in het zuiden des lands.

Regiogerichte activiteiten

Voor de ggz zijn in antroposofische eerstelijns praktijken (Amsterdam, Amersfoort, Haarlem en Utrecht) medewerkers van de Lievegoed Zorggroep gedetacheerd; zij bieden consultatie en kortdurende behandelingen, met name op het terrein van psychiatrie en in Amsterdam ook verslavingszorg.

In Maastricht is een antroposofische psychiatrische polikliniek werkzaam, onder leiding van een psychiater in dienst van de Lievegoed Zorggroep.

Samenwerken

Met het Leendert Meeshuis in Bilthoven (antroposofische verpleeghuiszorg) wordt samengewerkt rond medische en leidinggevende expertise. Met Zideris (voorheen: Heimerstein, onderdeel van de Stichting De Opbouw) wordt samengewerkt op de Hoge Born in Wageningen.

Uitbreiden woonvoorzieningen

Samen met woningbouwverenigingen wordt in de regio's Haarlem en Almere het opzetten van kleinschalig wonen voorbereid, en in Austerlitz en Meppel is een kleinschalige woonvoorziening gerealiseerd. De 68 plaatsen kleinschalig wonen die in 2008 zijn toegekend, worden in 2009 verder gerealiseerd. In Amersfoort, Driebergen en Zeist huren we nazorghuizen verslavingszorg van woningbouwverenigingen.

Wetenschappelijk onderzoek

De Lievegoed Zorggroep is als opdrachtgever betrokken bij twee onderzoeken naar de effectiviteit van zorg. De divisie psychiatrie onderzoekt met Wageningen University and Research (WUR) en het wetenschappelijk onderzoeksinstituut Louis Bolk op een van onze afdelingen wat het aandeel van werken op een zorgboerderij is in de effectiviteit van de behandeling. De divisie verslavingszorg brengt, eveneens met het Louis Bolk Instituut, in kaart in hoeverre onze behandeling bijdraagt aan het vergroten van de Sense of Coherence van mensen, een belangrijke graadmeter voor gezond functioneren. De Lievegoed Zorggroep heeft het initiatief genomen tot het opzetten van een polikliniek voor Integrale Geneeskunde (somatiek en psychiatrie); met diverse partners en kapitaalverschaffers is een businessplan gemaakt en momenteel wordt het aanbod beschreven.

Met een onderwijsinstelling (Hogeschool Leiden) en wetenschappelijk onderzoeksinstituut Louis Bolk is een Kenniscentrum Antroposofische Zorg gestart onder de naam Antonovsky Instituut. Hier zal onderzoek en scholing worden gecoördineerd, in eerste instantie voor eigen personeel, maar later ook als aanbod voor anderen.

Inhuren expertise en diensten

De apothekersdiensten worden door de ggz-divisies afgenomen van de Symfora groep te Amersfoort; de divisie gehandicaptenzorg heeft hiervoor een contract met Apotheek de Sluis in Driebergen. Deze apotheken zijn HKZ-gecertificeerd.

De PAAZ in Meppel doet detoxificatie voor ons introductiecentrum Hamingen. Het inhuren van personeel gebeurt bij voorkeur via uitzendbureau Randstad (HKZ-gecertificeerd); in mindere mate wordt gebruik gemaakt van de diensten van NZG (Nationale Zorg Groep) en Studenten Uitzendbureau XXL.

Voor de kwaliteitscertificering is een driejarig contract gesloten met Kema. Het felbegeerde HKZ-kwaliteitscertificaat is in december 2007 behaald voor de gehele instelling en in 2008 verlegd.

Met onderaannemers wordt op kleine schaal gewerkt (Totem in de verslavingszorg; Jade in de VG-dagbesteding).

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering (Governance)

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede governance code

De Lievegoed Zorggroep is begin 2007 ontstaan uit een fusie tussen de Arta-Lievegoedgroep (antroposofische psychiatrie en verslavingszorg) en de Ita Wegman Stichting (antroposofische gehandicaptenzorg). In 2008 is opnieuw een fusie aangegaan, met Stichting de Beukenhof in Breda.

De fusieorganisatie hanteert als rechtsvorm de stichting en wordt bestuurd volgens het Raad van Toezicht-model, zoals in genoemde code is beschreven.

Binnen de Stichting Lievegoed Zorggroep is een drietal divisies verantwoordelijk voor de zorgverlening, respectievelijk voor verslavingszorg, psychiatrie en gehandicaptenzorg. De organisatie kent daarnaast een afdeling bedrijfsvoering, verantwoordelijk voor de ondersteuning van management en divisies.

3.1.2 Raad van Bestuur

In 2008 was sprake van een eenhoofdige Raad van Bestuur, te weten de heer drs. H.J. Niemeijer. De bestuurder wordt benoemd door de Raad van Toezicht.

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder andere in dat hij verantwoordelijk is voor strategie en beleid van de instelling, de realisatie van de doelstellingen en resultaten die hieruit voortvloeien. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht. Afspraken tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur zijn vastgelegd in statuten en het huishoudelijk reglement.

De bezoldiging van de Raad van Bestuur is gebaseerd op de richtlijnen van de NVZD. De Raad van Bestuur ontvangt een vast salaris met onkostenvergoeding, er wordt geen beloningssystematiek met bonussen gehanteerd.

3.1.3 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht van de Lievegoed Zorggroep heeft in het verslagjaar vier maal plenair vergaderd. Een delegatie van de Raad heeft bovendien nog eens vier keer een gesprek gevoerd met de Bestuurder over lopende zaken. Bovendien hebben andere delegaties van de Raad vergaderingen bijgewoond van de Centrale Ondernemingsraad en de Centrale Cliëntenraad. Ook hebben voorzitter en vicevoorzitter een jaarlijks functioneringsgesprek gevoerd met de Bestuurder.

De Raad van Toezicht benoemt en controleert de Bestuurder en moet toestemming geven voor grote investeringen, het aangaan van financiële verplichtingen en fusies. Ook moet de Raad do door de Bestuurder vastgestelde begroting en de rekening van verantwoording goedkeuren. De Raad heeft in het verslagjaar krachtens zijn bevoegdheid een nieuwe accountant aangesteld, die ook rechtstreeks aan de Raad verslag uitbrengt.

In 2008 heeft de Raad zich op alle bovengenoemde onderdelen van zijn taak gekweten. Het uitgangspunt is daarbij dat de bestuurder bestuurt, en dat de Raad niet op diens stoel gaat zitten. De Raad is niet ontvankelijk voor klachten of andere berichtgevingen uit de organisatie die een sturend karakter (pretenderen te) hebben. Binnen de Raad is voldoende deskundigheid aanwezig om te beoordelen of de grote lijnen van het beleid van de Bestuurder in het voordeel van de organisatie zijn.

De Raad heeft uitgesproken opvattingen over de gewenste kwaliteit binnen de organisatie, over de identiteit en over het toekomstperspectief. Daarbij kiest de Raad voor "de" antroposofische identiteit, vanuit de wetenschap dat hier geen sprake is van een vaste grondslag, maar van een beweging in de richting van een steeds veranderende toekomst, waarover steeds gesproken moet worden, binnen de organisatie en binnen de Raad.

Daarbij acht de Raad de medewerker die zich met hart, ziel en verstand voor de organisatie inzet, de waardevolle pijler waarop de organisatie rust; deze verdient dan ook respect bij alle beslissingen. Daarnaast zijn we de cliënten zeer erkentelijk, die met zo velen hun vertrouwen in de Lievegoed Zorggroep stellen.

De Raad hoopt dat medewerkers begrip hebben voor pijnlijke maatregelen ten gevolge van noodzakelijke bezuinigingen, want als de organisatie niet gezond "draait" is in deze tijd het einde snel nabij. Bovendien kan een materiele teruggang soms een geestelijke vooruitgang betekenen.

De Raad heeft tenslotte zijn vertrouwen in de Bestuurder in het verslagjaar gefundeerd bevestigd en bestendig.

De Raad van Toezicht kende per ultimo 2008 zes leden, waarvan één op voordracht van de Cliëntenraad. De onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht is statutair gewaarborgd (Artikel 17, onverenigbaarheden).

De samenstelling van de Raad van Toezicht per 31-12-2008 was als volgt:

- Dhr. Dr. H.G. van den Doel, voorzitter
- Dhr. Drs. P.J.J. de Bot, vice-voorzitter
- Mw. C.M.W. Hooghwinkel
- Dhr. Dipl. Oec. F.C. Lucke
- Dhr. R. van der Ploeg
- Mw. J. de Vries.

3.2 Bedrijfsvoering

Zowel de externe ontwikkelingen als de fusies in 2007 en 2008 vragen forse inspanningen ten aanzien van het verder optimaliseren van de bedrijfsvoering. Ultimo 2008 was dit proces nog niet ten einde, maar er is hard aan gewerkt en er zijn belangrijke vorderingen gemaakt. De volgende activiteiten zijn uitgevoerd:

- Beschrijving AO/IC
- Ontwikkeling managementinformatie
- Inrichting planning en control
- Oriëntering op strategisch beleid
- Implementatie DBC's
- Implementatie ZZP's
- Verbetering registratie
- Herinrichting ICT infrastructuur.

In 2008 is op een aantal sleutelposities binnen het management nieuwe bezetting gekomen. Hierdoor hebben sommige processen vertraging opgelopen, maar is nu wel voldoende expertise in huis om deze activiteiten in de loop van 2009 op een gedegen wijze te voltooien.

3.3 Cliëntenraden

2008 was het eerste volledige jaar dat de **Centrale Cliëntenraad** van de Lievegoed Zorggroep (CCR) functioneerde. Afsproken is dat de CCR zich vooral zal bezig houden met belangen en beleidszaken die het geheel van de LZG betreffen. Uitgegaan wordt van de principes dat besluitvorming en standpunt- bepaling door de cliëntenraden zo laag mogelijk in de organisatie plaats vindt, dus zo dicht mogelijk bij de cliënten, maar ook dat zeggenschap de besluitvorming in de organisatie volgt. In de praktijk zal de juiste invulling van deze niet altijd te verenigen principes gestalte moeten krijgen op basis van gezamenlijk overleg en praktische afspraken. Uiteindelijk zal de werkwijze in reglementen moeten worden vastgelegd. Die reglementen moeten nog worden op- en vastgesteld evenals een samenwerkingsovereenkomst tussen de bestuurder en de CCR.

De CCR functioneert uiteraard op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen en andere wetten die bevoegdheden aan cliëntenraden toekennen.

Binnen de divisie Verslavingszorg en Psychiatrie functioneert een **Cliëntenraad GGZ**, die alle cliënten in beide delen divisies (Arta en Lievegoed) vertegenwoordigt. De leden van de CR-GGZ houden direct contact met de cliënten door middel van regelmatige bezoeken van en gesprekken met groepen en individuele cliënten op de locaties. Het systeem van de zg. 'signaleringslijsten' waarmee in 2007 is gestart, is in 2008 gecontinueerd en verbeterd. Het blijkt goed te werken en geeft de leden van de CR adequate informatie over bijvoorbeeld de wijze waarop cliënten door de professionals van de organisatie worden benaderd. De CR-GGZ is ook in 2008 doorgegaan met het uitgeven en verspreiden van haar eigen cliëntenblad, Lemniscaat. De CR-GGZ krijgt ondersteuning van een professionele, betaalde ondersteuner.

Binnen de divisie Gehandicaptenzorg Ita Wegman hebben in principe alle locaties een eigen cliëntenraad en vaardigen die CRen allemaal één afgevaardigde naar de **Divisie Cliëntenraad Ita Wegman (DCR-IW)**. Niet alle locaties beschikken over een cliëntenraad, bijvoorbeeld omdat ouders of andere wettelijke vertegenwoordigers daar geen tijd voor hebben. Sommige CRen bestaan uit cliënten zelf, aangevuld met ouders of andere familieleden, andere CRen bestaan alleen uit ouders, familieleden of wettelijke vertegenwoordigers. De keuze hangt af van de lokale omstandigheden. De leden van de CRen houden voeling met hun eigen achterban op de wijze die past bij de omstandigheden. Dat verschilt dus per locatie. In een enkel geval is ook nog sprake van een ouderraad, die een aanvullende functie heeft op de formeel bij wet geregelde medezeggenschap via cliëntenraden.

Als gevolg van de afspraak dat de CCR zich alleen bezighoudt met onderwerpen van gezamenlijk belang, behandelen de CR-GGZ en de DCR-IW de inhoudelijk voor de cliënten meest belangrijke onderwerpen die centraal behandeld dienen te worden en niet door alleen de locatie cliëntenraden afgehandeld kunnen worden. Reglementering van het functioneren van de DCR-IW dient nog plaats te vinden, bij de CR-GGZ is dat proces afgerond. Ook afspraken over taakverdeling tussen DCR-IW en de lokale CRen dienen nog vastgelegd te worden in een reglement, waarbij uitgangspunt ook hier zal zijn, dat de belangenbehartiging zo dicht als mogelijk is bij de cliënten plaats dient te vinden, dus op de locaties.

De CCR is samengesteld uit drie leden aangewezen door de CR-GGZ en 3 leden aangewezen door de DCR-IW . De delegatie van de GGZ wordt tijdens de vergaderingen ondersteund door hun permanente ondersteuner. Voorzitter en vice-voorzitter zijn afkomstig uit de DCR-IW; na een jaar zal deze werkwijze worden geëvalueerd. De overlegvergaderingen met de bestuurder worden beurtelings voorgezeten door de bestuurder en de voorzitter van de CCR. De CCR kent geen aparte werkgroepen. Gedurende het jaar 2008 zijn de samenstelling en taakverdeling ongewijzigd gebleven.

Tijdens deze verslagperiode heeft de CCR er voor gekozen om het lid van de Raad van Toezicht van de GGZ dat werd benoemd op voordracht van de CR van de GGZ en tijdens de fusie mee was overgekomen naar de nieuw gevormde RvT van de LZG, Mw. Josien de Vries, als de door de CCR voorgedragen kandidaat voor de RvT van de LZG te bevestigen. Ook heeft tijdens dit verslagjaar een kennismakingsgesprek tussen een delegatie van de RvT en de CCR plaats gevonden. Tijdens dat gesprek werd ook een aantal inhoudelijke zaken besproken.

Onderwerpen die tijdens het overleg tussen de bestuurder en de CCR aan de orde kwamen of waar de CCR zich op andere wijze mee bezig heeft gehouden, zijn o.a.:

- De behoefte van de CCR om een handzame regelmatige rapportage te ontvangen over de kwaliteit van de zorg binnen de divisies van de LZG, de ontwikkelingen daarvan en gebeurtenissen die voor de vertegenwoordigers van de cliënten in dit

kader relevant zijn, zodat de CCR, de CR-GGZ en de DCR-IW de vinger aan de (kwaliteits)pols kunnen houden. De uitvoering van zo'n rapportage systeem kan per divisie verschillend zijn en waar mogelijk aansluiten bij of gebruikmaken van al bestaande rapportagesystemen.

- Met een uitvoerige brief van de voorzitter van de CCR heeft deze raad commentaar geleverd en suggesties gedaan op een Plan van Aanpak gericht op verbetering van de kwaliteit van de te leveren zorg door de LZG.
- Komende en al ingevoerde wijzigingen in het zorgstelsel, die gevolgen hebben voor de zorg die door de LZG en de divisies wordt geleverd zijn toegelicht en besproken. Het betreft hier met name de invoering van de zg. Diagnose Behandel Combinaties (DCB's) voor de zorg die binnen de GGZdivisie wordt geleverd en de Zorgzwaartepakketten (ZZPen), die in de VGZdivisie voor de 24-uurs zorg zullen worden ingevoerd in 2009. De financiële gevolgen van deze wijzigingen zorgen voor grote onzekerheden m.b.t. financiering van de te leveren zorg. Het oplossen van daarmee gepaard gaande problemen vergt veel tijd en inzet van het management en de administratie van de LZG. Een en ander komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede en vormt een voortdurend punt van aandacht en zorg voor de CCR en andere cliëntenraden binnen de LZG.
- Een begin kon worden gemaakt met het in beeld brengen van het gehele bestel van klachten- en vertrouwenspersonen en klachtencommissie. Als gevolg van de fusie zijn aanpassingen noodzakelijk. Voor de divisies Verslavingszorg en Psychiatrie functioneert al geruime tijd een Patiënten Vertrouwenspersoon, waarmee de CR-GGZ goede contacten onderhoudt. Bij de divisie VGZ is de Cliënten Vertrouwenspersoon kort geleden begonnen met haar werk en dient het contact tussen de DCR en de CVP nog tot stand te worden gebracht.
- Alhoewel de discussies over de noodzakelijke sanering van de divisie Ita Wegman voornamelijk plaats vinden in de DCR-IW heeft ook de CCR zich daar (op afstand) mee bezig gehouden, omdat de financiën van de IW divisie uiteindelijk mede bepalend zijn voor de financiële positie van de hele LZG en deel uitmaken van de begroting voor en financiële verslaggeving van de hele LZG. De CCR gaat er overigens van uit dat de Raad van Toezicht zich nadrukkelijk met de financiën bezighoudt en toezicht houdt op een verantwoorde financiële huishouding. Tijdens het kennismakingsgesprek met de RvT is dat ook nadrukkelijk zo uitgesproken.
- Alhoewel de CCR zich kon vinden in een ontwerptekst voor de toekomstige middellange strategie van de LZG en haar divisies, heeft de CCR via een notitie van haar voorzitter een aantal opmerkingen, suggesties en voorstellen gedaan. De te ontwikkelen strategie heeft o.a. als doel om enerzijds de zorgdienstverlening te focussen op activiteiten die uitvoerbaar zijn met de expertise en (financiële) middelen waarover de LZG beschikt, maar anderzijds door het aanbieden van nieuwe dienstverlening, bijvoorbeeld de combinatie van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische zorg de LZG een sterkere basis te verstrekken. De antroposofie zal de belangrijkste inspiratie bron blijven, maar de LZG zal ook open staan voor andere inspiratiebronnen, als die kunnen bijdragen aan een goede kwaliteit van de zorg. Verdere discussies zullen plaats vinden in de CR-GGZ en DCR-IW aan de hand van vertalingen van de ZG strategie voor de twee delen van de LZG.
- Gebruik van LZG-website en intranet t.b.v. het cliëntenraden bestel is een aantal malen aan de orde geweest, omdat juist deze elektronische middelen van communicatie in een aantal gevallen een welkome aanvulling kunnen vormen op de mondelinge en persoonlijke communicatie van leden van CR-en en DCR met hun achterban.

Het overleg tussen de bestuurder en de CCR vond in 2008 in goede harmonie plaats. Alhoewel de samenwerking nog vastgelegd moet worden in een samenwerkingsovereenkomst, heeft het ontbreken ervan niet geleid tot enig probleem.

3.4. Klachtenbehandeling

De Lievegoed Zorggroep beschikte in 2008 over een externe onafhankelijke klachtencommissie en een interne klachtenfunctionaris a.i. In hoofdstuk 5.3 wordt gerapporteerd over hun werkzaamheden.

4. Beleid en inspanningen

4.1 Meerjarenbeleid

De Lievegoed Zorggroep heeft eind 2008, begin 2009 haar meerjarenbeleid opnieuw geformuleerd. Hierop baseren de divisies in het voorjaar van 2009 hun beleidsplannen en de afdelingen hun jaarplannen. Zo wordt binnen de instelling vormgegeven aan de cyclus van planning en control.

Missie

Patiënten en cliënten willen geholpen worden hun met problemen, of deze nu hun oorsprong vinden in een verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis, verslavingsgedrag, of in een combinatie hiervan.

De Lievegoed Zorggroep doorbreekt de scheiding tussen de sectoren geestelijke gezondheidszorg, zorg voor verslaafden en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Wij willen hiermee in eerste instantie het belang van patiënten en cliënten dienen.

Wij bieden hen een zorgaanbod op maat, doordat we beschikken over gespecialiseerde medewerkers die professioneel met elkaar samenwerken.

Onze medewerkers zijn regulier opgeleid met een extra antroposofische scholing. De antroposofische kijk op gezondheid en ziekte biedt hen een gemeenschappelijk referentiekader en gedeelde uitgangspunten. Tegelijk staan ze open voor andere bronnen van inspiratie die hierbij aansluiten, bv complementaire behandelwijzen (CAM), integrale psychiatrie en nieuwe therapeutische stromingen (o.a. mindfulness en EMDR).

Visie

Onze visie kort samengevat:

- "Heel de mens"
Onze invalshoeken zijn divers (biologisch, psychologisch, sociaal en existentieel); hiertoe werken we in goed opgeleide, multidisciplinaire teams.
- Het gezonde versterken
In behandeling van ziekte en ondersteuning bij een beperking zoeken we naar individuele ontwikkelingskansen.
- Het creëren van een helende omgeving
Alles doet ertoe: de situering van de zorglocaties, de bouw en inrichting van de ruimtes, het materiaal- en kleurgebruik, gezonde voeding, contact met de natuur, het (her)vinden van levensritme, de aanwezigheid van inspirerende kunst: al deze aspecten worden bewust ingezet.
- Met aandacht voor zingeving
Ziekte of beperking roept bij cliënten vaak zingevingsvragen op en hieraan besteden we in onze begeleiding aandacht.
- Vanuit een menselijke maat
Onze zorg en begeleiding bieden we in kleinschalige eenheden op een voor de cliënt en medewerker herkenbare schaal. We geloven in de heilzame werking van het vormen van een gemeenschap.

4.2 Terugblik op beleid 2008

In het najaar van 2007 verscheen de kaderbrief, waarin de Raad van Bestuur de doelstellingen voor 2008 vaststelde. De twee hoofdlijnen die voor het vorige beleidsjaar golden (consolidatie na een periode van onrust en het opzoeken van synergie tussen de zorgsectoren) waren ook in 2008 onze leidraad. De inspanningen en resultaten worden hierna geëvalueerd. De financiële doelstellingen, die in dit beleidsjaar lastig te realiseren bleken, worden apart beschreven onder 4.3.

Zorginhoudelijk: synergie zoeken

- In enkele projecten is gestart met het ontwikkelen van nieuwe zorg voor doelgroepen met complexe problematiek, waarbij de expertise van onze verschillende divisies wordt ingezet (VG en psychiatrie; verslaving en jeugd). Het integreren van verschillende zorgtypen blijkt geen gemakkelijke opgave.
- Het complete aanbod psychiatrie en verslavingszorg is op hoofddiagnoses in groepen behandelaars geëvalueerd vanuit met name de aspecten van efficiency en kosten, en opnieuw beschreven in zorgprofielen/ klinische paden.
- De zorgbreedte is toegenomen met de opzet van drie locaties voor kleinschalig wonen; meer kleinschalige woonvormen zijn in voorbereiding.
- Verbreding en verdieping van de antroposofische zorg is voorbereid in het Kenniscentrum antroposofische zorg in oprichting, dat in 2008 van start ging. Eveneens ligt er een businessplan voor een polikliniek integrale geneeskunde, waarvoor samenwerking en financiering gezocht wordt met andere zorgaanbieders.

Zorglogistiek

- De zorginformatiesystemen zijn verrijkt om goed te kunnen registreren en factureren in DBC- en ZZP-categorieën.
- Het verbeteren van de zorglogistiek van de ggz door een centrale intake en een sterk frontoffice is nog niet gerealiseerd.
- Er is meer zicht op de individuele productiviteit per medewerker, maar er wordt nog verder gewerkt aan rapportage hiervan als sturingsinformatie.
- In het algemeen is de omvang en de kwaliteit van de sturingsinformatie toegenomen.

Nieuwe vormen voor communicatie

- Personele problemen bij de bezetting van de afdeling communicatie zijn er de oorzaak van dat de externe communicatie minder uit de verf is gekomen dan gewenst. Wel hebben de media een aantal malen positief aandacht aan onze instelling besteed. Aan de interne communicatie middels intranet en personeelsblad is gestaag verder gebouwd.
- Tevens is het Kwaliteitssysteem op intranet op vele plaatsen in de organisatie gedemonstreerd, waardoor het merendeel van de belangrijke documenten, procedures en protocollen binnen de instelling zijn ontsloten. Hiermee is tevens een begin gemaakt met de digitalisering van de interne communicatie via intranet.

Synergie in kwaliteit gecertificeerd

- Er is veel aandacht geweest voor de kwaliteitscirkel in alle bedrijfsprocessen; ook in de interne audits was dit een centraal thema. Het verbeterregister staat voor 2009 hoog op de agenda, evenals het meten van resultaten.
- Ondanks de problemen tav de bedrijfseconomische situatie is de kwaliteit van de zorg en begeleiding op de meeste afdelingen hoog gebleven en zijn de cliënten in meerderheid tevreden over de zorg.

Consolidatie van bedrijfsvoering

- De uniformering van bedrijfsprocessen is sterk toegenomen, en de rolverdeling tussen centrale en decentrale sturing is verhelderd. Dit geldt voor P en O (personeels- en salarisadministratie, functiegebouw), voor de financiële administratie, voor de zorgadministratie, ict, bouwzaken en de facilitaire ondersteuning.
- In 2008 zijn belangrijke stappen gezet in het systematisch en cyclisch werken aan planning en control via de management review (oktober), de kaderbrief van de bestuurder met doelen voor 2008 (november) en de beleids- en jaarplannen.

- Er is veel extra aandacht gegaan naar verzuimbeleid, vanwege de hoge verzuimcijfers bij diverse afdelingen. Een tendens tot daling van verzuim is zichtbaar aan het eind van het verslagjaar. Ook is waar mogelijk bezuinigd op inhuren van tijdelijk personeel; uitbreidingen en vervanging van personeel is waar mogelijk gehaald uit de bestaande formatie.
- Bij een flink aantal afdelingen zijn verbouw- en nieuwbouwplannen gerealiseerd. Hiermee is een belangrijke basis gelegd voor onze zorg, waarin ook omgevingsfactoren als helende factor een rol spelen.

Bijstellingen in organisatie van de divisies

- In de divisie gehandicaptenzorg is een reorganisatie doorgevoerd in de leidinggevende structuur en binnen twee regio's is de zorg ingrijpend geherstructureerd.
- In de verslavingszorg is de afdeling nazorg geherstructureerd en heeft de centrale intake beter vorm gekregen.

4.3 Beleid voor 2009

- Zorginhoudelijk zal meer nadruk komen op het uitbreiden van die vormen van zorg en begeleiding waarin onze instelling een meerwaarde heeft en die rendabel aan te bieden zijn. Dat betekent focussen op bepaalde vormen van aanbod, mn meervoudige problematiek, en daarin meer massa creëren.
- In de ggz wordt een centrale intake en een sterk front office ontwikkeld; op alle locaties komt meer aandacht voor hoe de wensen van de cliënt aanpassingen vragen op het aanbod. Het aanbod wordt flexibeler ingezet, en avondspreekuren en internethulpverlening worden ontwikkeld. Het ambulante aanbod van psychiatrie en verslavingszorg zal organisatorisch sterk worden gekoppeld.
- In de externe communicatie zal het voor het voetlicht brengen van ons aanbod en vergroten van de naamsbekendheid een belangrijk doel zijn.
- Voortgegaan wordt met het aangaan van strategische allianties met andere antroposofische zorginstellingen, om de positie en continuïteit van de antroposofische zorg te versterken en het aanbod uit te breiden.
- Intern zal via een goed werkend intranet sneller en eenduidiger worden gecommuniceerd.
- Het werken aan kwaliteit zal geïmplementeerd worden in alle lagen van de organisatie.
- De afdelingen bedrijfsvoering worden servicegericht ten behoeve van de interne klanten.
- Het zoeken naar een locatie voor een nieuwe hoofdvestiging met groeipotentie voor de komende twee decennia blijft doorgaan.

4.4 Financieel beleid

Financiële doelstelling voor 2008 was het behalen van winst om daarmee het vermogen te versterken. Dit bleek te ambitieus. Met name de problemen binnen de divisie verstandelijk gehandicaptenzorg en in mindere mate ook de nazorgafdelingen binnen de verslavingszorg bleken van dien aard dat uiteindelijk 2008 met een verlies moest worden afgesloten. De kracht van onze antroposofische zorgverlening vormt tegelijkertijd een lastig thema in bedrijfsmatig opzicht. Kleinschalige voorzieningen, langere behandeltermijnen, andere vormen van therapieën etc. geven een opwaartse druk op de kosten maar zorgen wel voor meer kwaliteit van leven en zorg en behandeling met duurzame resultaten. De externe financiering is hierop echter niet ingericht, zodat een balans moet worden gevonden tussen deze zorginhoudelijke aspecten en de betaalbaarheid.

De financiële problemen binnen de divisie VG dateren al van vóór de fusie in 2007, en zijn al vanaf 2003 aan de orde. In 2008 is begonnen orde op zaken te stellen, waarbij een aantal posities in het management van de divisie zijn vervangen, een plan van aanpak is opgesteld en een nieuwe werkorganisatie is ontworpen. In het najaar 2008 is begonnen met de uitvoering van dat plan van aanpak, waarbij cliëntenraden en ouders intensief bij betrokken zijn.

In juni 2008 is een herziene begroting 2008 opgesteld, waarbij kosten en opbrengsten integraal zijn verwerkt voor elke locatie of afdeling. Hierdoor kan door het middenmanagement beter gestuurd worden op resultaat, en kan op termijn de stap gemaakt worden naar echte resultaatverantwoordelijke eenheden. Deze operatie heeft er toe geleid dat beter inzichtelijk is gemaakt waar zich structureel tekorten voordoen, hetgeen vervolgens weer de input is geweest voor het plan van aanpak binnen de divisie VG.

Belangrijke elementen om het financiële resultaat te verbeteren zijn:

- Inzet van personeel (kwalitatief en kwantitatief) in lijn brengen met zorgvraag.
- Verzuim terugdringen
- Inzet van uitzendkrachten en interim personeel tot een absoluut minimum reduceren.
- Financiering in lijn brengen met geleverde zorg (bijv. door het aanvragen van zorgzwaartoeslagen e.d.)
- Volledige capaciteit benutten en productie opvoeren.
- Registratie verbeteren.

De omzet is in t.o.v. 2007 toegenomen met € 3.519.275. Dit wordt veroorzaakt door:

- Volumegroei
- Stijging vergoeding kapitaallasten
- Extra zorgzwaartoeslagen.

In 2008 is, als gevolg van investeringen in bouw en DBC- voorfinanciering, de liquiditeitspositie teruggelopen. Mede door de kredietcrisis zijn banken terughoudend geworden waar het gaat om financiering en blijkt het lastig bouwkredieten te consolideren en DBC voorfinanciering op het gewenste niveau te krijgen. Het verlies over 2008 en onze zwakke solvabiliteitspositie is hierbij een extra complicerende factor. Niettemin zijn juist investeringen nodig, en ook uitgevoerd in 2008, om de noodzakelijke verbeteringen in de bedrijfsvoering te kunnen doorvoeren. Dit betreft investeringen ten aanzien van huisvesting, informatievoorziening en ICT- infrastructuur. Momenteel zijn gesprekken gaande met banken om in de financieringsbehoefte te voorzien. Tevens is de facturering van DBC's versneld en wordt optimaal gebruik gemaakt van bevoorschotting door verzekeraars.

Daarnaast wordt overwogen onroerend goed af te stoten en terug te huren, bijvoorbeeld via een regionale woningbouwvereniging.

Over voorgaande jaren staat nog een vordering open op het zorgkantoor van ca. € 1,4 miljoen. Afwikkeling hiervan levert een belangrijke bijdrage een verbetering van de liquiditeitspositie.

Tenslotte is nog van belang te vermelden dat de LZG opbouwer is in de nieuwe systematiek van zorgzwaarte bekostiging en tevens in 2009 uitbreiding is gevraagd met 16 SGLVG plaatsen en omzetting van 28 plaatsen VG van licht naar zwaar, hetgeen substantieel extra budget zal opleveren.

5. Kwaliteitsbeleid en prestaties op indicatoren

5.1 Kwaliteitsbeleid algemeen op concernniveau

De eerste externe audit door Kema, die in december 2007 plaatsvond, leverde een reeks verbeterpunten op. Op basis hiervan is een **Plan van Aanpak Kwaliteit** vastgesteld, met doelen op centraal en decentraal niveau, waaraan in de loop van 2008 is gewerkt. In de audit van november 2008 zijn de verbeterpunten weer aangescherpt.

De auditoren waren positief over de betrokkenheid van de medewerkers bij hun cliënten en de specifieke kenmerken van de antroposofische zorg; ons werd aangeraden deze specifieke kenmerken meer op de voorgrond te zetten in de communicatie. In 2008 is hierin voortgang geboekt in folders en website.

Ook wordt door de psychiaters gewerkt aan een frisse beschrijving van de zorgprofielen. Tevens wordt, ism andere antroposofische instellingen, geformuleerd welke criteria onze identiteitsgebonden kwaliteit zichtbaar maken.

Belangrijk doel voor 2008 was de borging van het **kwaliteitssysteem** in alle afdelingen (van het management naar de werkvloer). In de meeste afdelingen is een presentatie gehouden van het systeem, en tevens zijn knelpunten tav de toegankelijkheid van de digitale bestanden vanaf de locaties die hierbij zichtbaar werden grotendeels opgelost. Mede werkers hebben gezien wat het systeem ze te bieden heeft en raadplegen het nu vaker. Een goede zoekfunctie en het automatisch bijhouden van evaluatiedata van documenten worden in de huidige programmatuur node gemist. In 2009 wordt over de aanschaf van een ander softwareprogramma een besluit genomen.

In bijeenkomsten voor leidinggevend en medewerkers bedrijfsvoering zijn de kwaliteitscirkels (PDCA en IMWR) belicht, is het verbeterregister geïntroduceerd en is de relatie gelegd tussen kwaliteit en **prestatieindicatoren (PI's)**. De afdelingen bedrijfsvoering hebben met hulp van het team kwaliteit hun PI's geformuleerd. Het meten van resultaten van de zorg, een van de PI's in de ggz waarvoor nog meer moet worden gemeten, is voorbereid en de verschillende landelijk geadviseerde instrumenten zullen in de vorm van een ROM-project vanaf 2009 stapsgewijs worden geïmplementeerd.

De **interne audits** worden steeds meer een normaal gegeven, en er zijn veel nieuwe auditoren opgeleid. Een checklist is ontwikkeld nav de externe audits en de PI's, ter voorbereiding van de interne audits; zo wordt de inhoud van de audits steeds meer maatwerk. In de drukte van alledag valt het niet mee om afdelingen aan de afspraken mbt de audits te houden.

5.2 Kwaliteitsbeleid tav patiënten/ cliënten

Vanwege de verschillende eisen die aan de rapportage worden gesteld voor de sectoren VGZ en GGZ, wordt over kwaliteitsbeleid gerapporteerd op sectorniveau. We starten met de sector VGZ (5.2.1), en vervolgen met GGZ (5.2.2, pagina 22).

5.2.1 Kwaliteit van zorg in de divisie gehandicaptenzorg

De divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg heeft in 5 regio's een aanbod. Het gaat om Driebergen/Utrecht en Breda (vnl volwassenen) en Rotterdam, Den Haag en Amsterdam (vnl kinderen). Ten aanzien van kwaliteit is per indicator een divisiebreed beeld geformuleerd, ook al betekent dit dat regionale verschillen hierbij wegvallen.

De verbeteracties, die worden genoemd bij de diverse items, komen terug in het Strategisch Beleidsplan van de divisie voor de periode 2009-2012.

a. Zorgafspraken en ondersteuningsplan

De zorgplansystematiek, die beschreven is in de publicaties Cliëntzorgprofiel en Kindzorgprofiel (G. van Zetten e.a., 2007) is opgenomen in het kwaliteitssysteem en wordt op alle afdelingen gebruikt. Er was een achterstand in het actueel maken van zorg- en begeleidingsplannen; deze kwam o.a. naar voren in de interne en externe audits die in 2008 bij de meeste afdelingen zijn gedaan. De achterstand die hierin was is grotendeels ingelopen. Voor 2009 is een verbeterpunt het uitwerken van de systematiek in begeleidingsplannen. Het betrekken van cliënten bij opstellen en evalueren van de plannen gebeurt, indien het niveau van de cliënt het toelaat, op de meeste plaatsen goed.

b. Zelfbepaling

Cliënten worden gestimuleerd zelf keuzes te maken, als hun beperkingen dit toestaan. Verbetering is te behalen door deze keuzes systematisch te koppelen aan het zorg- en ondersteuningsplan; dit is een doel in 2009.

c. Belangen

Cliënten worden in het algemeen goed geïnformeerd. Er ligt een nieuwe tekst voor de folder klachtrecht, er is vertrouwenspersoon cq klachtenfunctionaris benoemd. Het implementeren hiervan vraagt in 2009 nog aandacht.

Op alle niveaus zijn cliëntenraden actief, lokaal-regionaal samengesteld uit cliënten zelf; voor de divisie IW en op instellingsniveau bestaande uit ouders/ vertegenwoordigers. Als gevolg hiervan zijn mn ouders, wettelijk vertegenwoordigers actief betrokken bij het beleid. Bij het reorganiseren van twee regio's zijn adviesaanvragen aan deze raden voorgelegd. In 2009 is verbeterpunt de verantwoordelijkheden van de raden te verhelderen en hen systematisch, gestructureerd, tijdig en met meer openheid te raadplegen.

d. Lichamelijk welbevinden

Het signaleren van gezondheidsrisico's gebeurt in de dagelijkse praktijk door de persoonlijk begeleider. Indien nodig worden AVG artsen of, waar deze niet beschikbaar zijn, basisartsen geraadpleegd. Het verbeteren van de gezondheid wordt ondermeer vormgegeven door bewust kwalitatief hoogwaardige voeding aan te bieden volgens de antroposofische visie op voeding, weergegeven in het interne kwaliteitssysteem.

e. Psychisch welbevinden

Het monitoren van psychisch welbevinden en hierop ingrijpen is ook in eerste instantie een taak voor de persoonlijk begeleider. Zo nodig wordt een gedragsdeskundige geraadpleegd (orthopedagoog/psycholoog) en tevens is voor nagenoeg alle locaties een psychiater op afroep beschikbaar.

Op signalen uit de woonvoorzieningen voor volwassenen dat men zich niet thuis voelde in de leefomgeving, zijn in 2008 individuele oplossingen gezocht. Op de langere termijn (2009) worden groepen opnieuw samengesteld op basis van diverse vormen van leefklimaat.

In 2009 willen we de tevredenheid van cliënten met de zorg opnieuw gaan meten, met een instrument waarvan deel uitmaakt: het op hun gemak zijn in de leefomgeving en het serieus genomen voelen.

f. Persoonlijke ontwikkeling

In onze antroposofische instelling is veel aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling in de vorm van de sociaaltherapie en heilpedagogie; een beschrijving van het ontwikkelingsprofiel maakt vast deel uit van elk begeleidingsplan, of het nu om wonen of dagbesteding gaat. De visie hierop is recent geactualiseerd.

Op de locaties krijgen cliënten diverse mogelijkheden aangeboden om ambachtelijk werk te doen en hun dagbesteding in te vullen met verschillende vormen van kunstzinnige activiteiten op een hoog niveau.

g. Inter-persoonlijke relaties

Belangrijk onderdeel van de sociaaltherapie en heilpedagogie is het uitgangspunt dat medewerker en cliënt zich allebei en aan elkaar, samen, ontwikkelen. De rol van de gemeenschap waarvan men samen deel uitmaakt is hierbij expliciet aan de orde. Doelen op dit vlak maken deel uit van het persoonlijk begeleidingsplan. De antroposofische zorg onderscheidt zich hiermee; in 2009 zal dit worden opgenomen in het kwaliteitssysteem en de externe communicatie.

h. Participatie en toegang tot samenleving

Diverse locaties, mn zorgboerderijen en ateliers, hebben verkooppunten waar ze in contact komen met kopers en andere geïnteresseerden. Zo komt de samenleving naar de instelling. In de komende tijd willen we graag vormen van samenwerking met andere organisaties in de wijken verder ontwikkelen, waardoor we onze bewoners en cliënten gebruik laten maken van externe voorzieningen.

i. Materieel welzijn

De huisvesting van diverse locaties is in 2008 kritisch beoordeeld op ruimte en privacy. Deze verbeteren en meer divers maken is een van de belangrijkste doelstellingen voor 2009.

j. Cliëntveiligheid

In 2008 is er veel energie gestoken in het op orde brengen van vergunningen, BHV scholing en bijscholing. Daarnaast zijn er met externe ondersteuning ontruimingsoefeningen georganiseerd bij de locaties waar 24 uren zorg wordt geboden. De legionella-risico's zijn geïnventariseerd en aanpassingen daar waar nodig uitgevoerd. Er is actueel legionella beheersplan. Medewerkers die voor de voeding zorgen zijn bijgeschoold (HACCP). Agressietraining is op een aantal afdelingen gegeven; agressiebeleid is op een themadag geïnventariseerd en besproken; en er is een plan van aanpak op dit gebied voor 2009 gemaakt. Maatregelen om vrijheidsbeperking te voorkomen worden geformuleerd in het geactualiseerde agressiebeleid (voorjaar 2009). Daar waar (dringend) nodig zijn er bouwkundige aanpassingen uitgevoerd; onderhoud en aanpassingen van de gebouwen zijn opgenomen in een meerjarenplan.

k. Kwaliteit van medewerkers en organisatie

De medewerkers zijn in het algemeen zeer betrokken bij de cliënten. Vanwege de specifieke visie hebben zij bewust voor een instelling met antroposofische kleur gekozen. Op een introductiedag voor nieuwe medewerkers wordt hierop dieper ingegaan. In 2009 zal meer aandacht gegeven worden aan werving en selectie van medewerkers en het behouden van bewaarde ervaren medewerkers. Leidinggevenden worden vanuit de centrale bedrijfsvoering beter toegerust om te sturen op hun formatie, die tenslotte de grootste kostenpost is in de zorg.

In 2008 is de opleidingsbehoefte in kaart gebracht, waarbij een van de conclusies was dat bij- en nascholing te lang is verwaarloosd. Naar aanleiding hiervan heeft agressietraining plaatsgevonden. Tevens hebben met name leidinggevenden training aangeboden gekregen met actuele thema's (zoals projectmatig werken, zorgregistratie en ZZP, jaargesprekken, arbo, de rol van cliëntenraad en OR) en is een cursus financieel management voor leidinggevenden voorbereid (aanbod begin 2009).

Er is een achterstand geconstateerd op het actief sturen van beroepspraktijkvorming (stagebeleid); in 2008 is dit voor een regio weer opgepakt, en zijn verlengingen van erkenningen als leerbedrijf afgegeven voor verschillende locaties; in 2009 volgen de andere regio's. In 2009 wordt tevens een opleidingscoördinator aangesteld, die een opleidingscarrusel voor de hele instelling zal ontwikkelen, in lijn met het Beleidsplan

2009-2012; een inwerk cursus en gespecialiseerde scholing tav werken met meervoudige problematiek zal hier zeker deel van uitmaken.

Het functiegebouw heeft dringend aandacht nodig, waarbij duidelijker profielen zullen komen en het aantal functies wordt teruggebracht. Vanwege hoog verzuim op enkele locaties, met name in de regio 's Rotterdam en Utrecht, is sterk ingezet op actief verzuimbeleid. Een nieuw protocol is ingevoerd, waarbij contact vanuit de leidinggevende op de eerste verzuimdag en het verzoek om loondoorbetaling tijdens het verzuim door de medewerker concrete punten zijn. Leidinggevend en zijn geschoold in verzuim(preventie). Zij worden gestimuleerd en bijgestaan door een verzuimcoördinator en geadviseerd door de personeelsadviseur, beiden werkzaam bij de centrale afdeling P en O.

I. Samenhang in zorg en ondersteuning

De fusie van januari 2007 heeft ook in 2008 nog sporen nagelaten.

Informatiestromen lopen nog niet optimaal en er bestaat een zekere spanning tussen de zorgorganisatie en de afdelingen bedrijfsvoering.

Samenwerking tussen divisies rond cliënten met meervoudige problematiek is zeer gewenst, en zal in 2009 concreet gestalte krijgen in projectvorm. De samenwerking met externe partijen, met name andere zorgaanbieders, eerstelijns voorzieningen en woningbouwverenigingen, wordt in alle regio 's met nieuw elan opgepakt in 2009.

5.2.2 Kwaliteit van zorg in de divisies psychiatrie en verslavingszorg; Rapportage op prestatie-indicatoren

De mate waarin de Lievegoed Zorggroep ggz-zorg levert van voldoende kwaliteit wordt dit jaar voor het derde jaar gerapporteerd aan de hand van de voor de GGZ overeengekomen prestatie-indicatoren. Vergelijking met het voorgaande jaar is daarom mogelijk, en is gedaan waar substantiële verschillen zichtbaar zijn.

Bronnen voor deze gegevens zijn enerzijds de instellingsregistratie (vastgelegd vanuit het perspectief van de hulpverlener) en anderzijds de tevredenheidsmeting onder patiënten/ cliënten (die het cliëntperspectief weergeeft), die wij afnemen bij alle patiënten aan het eind van een afgerond behandeltraject. In 2008 hebben we, door een verandering van de wijze van verspreiden, een respons van 208 lijsten retour gehaald (2007:99).

Deze twee bronnen kennen binnen onze instelling een verschillend aggregatieniveau. Dat verklaart waarom we sommige prestaties alleen op concern- of divisieniveau kunnen rapporteren, en andere op het niveau van de hoofddiagnose.

5.2.2.1 Effectiviteit ggz

De eerste set indicatoren betreft de effectiviteit van behandeling.

Deze set bestaat uit:

- a. bereik van preventieactiviteiten
- b. verandering van ernst van de klachten,
- c. verandering in dagelijks functioneren,
- d. het aantal heropnames versus de duur van de opnames,
- e. drop-out gegevens,
- f. de mate waarin somatische screening plaatsvindt bij opname en
- g. de mate waarin na ontslag tijdig contact met ambulante zorg is geregeld.

Ad a. Bereik van preventieactiviteiten

Omdat we landelijk werken heeft het uitvoeren van preventieactiviteiten niet onze focus; dit past bij uitstek bij regionaal werkende instellingen. Uitzondering hierop zijn de voorlichtingsavonden die we op diverse afdelingen organiseren voor familie en naasten van cliënten die bij ons in behandeling zijn; dit is een risicogroep die wel in kaart te brengen is. In totaal zijn bij verschillende afdelingen in 2008 475 naasten van patiënten op een dergelijke bijeenkomst bereikt (vorig jaar 312). Doel is achtergrondinformatie te verschaffen over de ziektebeelden die voorkomen, de wijze van behandelen en de manier waarop zij ondersteunend kunnen zijn in dit proces.

Ad b. Verandering ernst van de problematiek

Het oordeel van de cliënt hierover wordt gemeten met de tevredenheidsmeting, officieel Cliëntthermometer geheten. Bij onze divisie psychiatrie zegt 68 % van de cliënten, dat de behandeling heeft geleid tot verbetering of stabilisering van de klachten. Bij de divisie verslavingszorg is dat 89 %, en voor de instelling als geheel vindt 80% (2007: 89%) van de cliënten dat men door de behandeling meer greep heeft gekregen op de problemen en voldoende vooruit is gegaan.

Het oordeel van de hulpverlener hierover is in dit verslagjaar nog niet gemeten; invoering van de meetinstrumenten staat gepland voor najaar 2009.

Ad c. Verandering in dagelijks functioneren

Als maat hiervoor wordt het perspectief van de hulpverlener genomen, door de GAF-scores bij opening en afsluiting van de DBC met elkaar te vergelijken. In onze instelling zijn in 2008 van 1131 patiënten GAF-scores ingevuld; bij 24% is sprake van een verbeterde GAF-score, terwijl bij 70% de score stabiel is.

In 2009 zal het controversiële instrument GAF-score worden vervangen door de HONOS, zoals landelijk wordt aangeraden.

Ad d. Aantal heropnames versus de duur van de opnames

Als maat van de effectiviteit van de behandeling wordt het percentage heropnames binnen 3 maanden afgezet tegen de duur van de opname in dagen.

In de instelling als geheel kennen we een heropnamepercentage van 26% (2006: 20%, 2007:30%). Bij de meeste diagnosegroepen betreft het rond de 25% heropnames; een uitzondering hierop vormt de diagnose schizofrenie (44% heropnames). De gemiddelde duur van een eerste opname is 97 dagen (2006: 79 dagen, 2007: 83 dagen).

Ad e. Drop-out

Drop-out is de vroegtijdige eenzijdige beëindiging van de behandeling door de patiënt. Voor de instelling als geheel komt dit voor in 10 % van de behandelrelaties. Uitsplitsing naar diagnose laat zien dat drop-out vooral voorkomt in de verslavingszorg: 21%.

Ad f. Somatische screening

Aan het begin van een klinische behandeling vindt in onze instelling standaard een somatische screening plaats, tenzij dit elders recent nog is gedaan. Dit komt voort uit onze antroposofische, holistische kijk op gezondheid. Een constitutioneel consult door een arts vormt een belangrijk onderdeel van de (verlengde) intakeperiode, waarin we een breed beeld van de totale gezondheid van patiënten krijgen. Vanwege de omvang van dit consult en het geringe aantal artsen kan dit niet altijd binnen een week gebeuren; dossieronderzoek laat zien dat in 15% van de gevallen iets meer dan een week duurt, maar niet meer dan 3 weken. Screening gebeurt volgens een vastgelegd procedure en screeningslijst en de uitkomsten ervan worden schriftelijk vastgelegd en in het dossier opgenomen.

Ad g. Tijdig contact met ambulante zorg na ontslag

De meeste cliënten die klinisch behandeld worden in de ggz hebben hierna ambulante vervolgzorg nodig. Het is belangrijk dat de continuïteit van zorg in stand blijft, daarom is

gekozen voor deze indicator, die de mate weergeeft waarin men na ontslag uit de klinische voorziening binnen twee weken een poliklinisch of deeltijdzorg-contract heeft. In onze instelling als geheel is dit in 84 % (2007:91 %) van de ontslagen het geval. De verslavingszorg scoort hierbij 96 %, de psychiatrie 76%.

5.2.2.2 Veiligheid ggz

De indicatoren voor veiligheid van patiënten zijn:

- a. onveiligheid door het ontbreken van informatie
- b. percentage suïcides
- c. incidenten cliëntenzorg

Ad a. Onveiligheid door het ontbreken van informatie

Hiermee wordt de toegang die hulpverleners hebben tot de meest actuele cliëntinformatie bedoeld. In het verslagjaar wordt dit gemeten aan het aantal spoedopnames van bekende cliënten (in de BLK gaat dit om slechts ongeveer 10 gevallen per jaar) waarbij dossiergegevens niet voorhanden waren. Dit komt in onze instelling naar schatting 2 keer per jaar voor. Aanvullend kan nog worden gemeld dat uit de FOBO-registratie blijkt dat in de instelling als geheel 12 maal een dossier was vermist of foutief opgeborgen. In het FOBO-meldingssysteem zal in 2009 het ontbreken van informatie exacter worden geregistreerd.

Ad b. Percentage suïcides

Hiermee wordt gevraagd naar het aantal suïcides tijdens de behandeling in 2007, gerelateerd aan de instellingsgrootte. In 2008 hebben zich geen suïcides voorgedaan tijdens de behandeling, noch bij ambulante noch bij klinische patiënten.

Ad c. Incidenten cliëntenzorg/ FOBO meldingen

In de Lievegoed Zorggroep, divisies verslavingszorg en psychiatrie, zijn in 2008 35 incidenten-meldingen gedaan door medewerkers (FOBO; vorige jaren rond de 30). Het totaal aantal ingeschreven cliënten was 2013; het gaat dus om 1,8 %.

Van de meldingen betroffen er 12 medicatiefouten, waarbij opvalt dat 7 hiervan in de vroege ochtend worden begaan. Er zijn signalen dat het melden gevoeld wordt als afgerekend worden op fouten; eveneens is het gevoelde ontbreken van feedback niet stimulerend. Naar aanleiding hiervan heeft de FOBO-commissie haar werkwijze beperkt tot systematiseren en signaleren van trends, en rapporteert zij vaker en rechtstreeks naar de Raad van Bestuur. Van daaruit gaat de feedback via de divisiedirectie naar de afdelingen.

5.2.2.3 Cliëntgerichtheid ggz

Hiervoor worden op dit moment de volgende prestatie-indicatoren gehanteerd, die grotendeels uit de tevredenheidsmeting worden berekend:

- a. wachttijd tussen aanmelding en start behandeling
- b. informed consent
- c. keuzevrijheid
- d. vervulling zorgwensen
- e. actualiteit behandelplannen
- f. bejegening
- g. informatieverstrekking door hulpverleners

Ad a. Wachtijd tussen aanmelding en start behandeling

In de ambulante zorg was de wachttijd in 2008 gemiddeld 90 dagen (vorig jaar 119 dagen). 73 % van de behandelingen is gestart binnen de normtijd van 98 dagen (vorig jaar 45 %).

Bij de klinische zorg was de wachttijd gemiddeld 106 dagen (2006: 75 dagen, over 2007 is geen betrouwbaar cijfer beschikbaar); hier is 32% (2006: 77%) van de behandelingen binnen de normtijd van 105 dagen gestart.

Ad b. Informed consent

De vastgelegde toestemming van de cliënt met het behandelplan kan worden gezien als het sluitstuk van het informeren van de cliënt en het in samenspraak opstellen van het behandelplan. In de tevredenheidsmeting wordt gevraagd of men heeft ingestemd met het behandelplan; bij ons geeft 92 % van de cliënten hierop bevestigend antwoord (2007: 92%).

Ad c. Keuzevrijheid

Het percentage cliënten dat naar eigen zeggen kon meebeslissen over de behandeling is 87% (2007: 83 %)

Ad d. Vervulling van zorgwensen

Het gaat hier om een maat voor de ervaren vraaggerichtheid van de zorg. Bron is antwoorden op twee vragen uit de tevredenheidsmeting. Voor de instelling als geheel zegt 83% van de cliënten dat hiervan sprake is (vorig jaar was dat ook 83%).

Ad e. Actualiteit behandelplannen

Hierbij wordt gevraagd naar het aantal cliënten dat langdurige zorg ontvangt en dat een behandelplan heeft dat meer dan een jaar oud is. We hebben nauwelijks patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, daarom is deze indicator voor ons niet van toepassing.

Ad f. Adequate bejegening

Adequate bejegening is een van de meest belangrijke randvoorwaarden voor goede zorgverlening in de ggz. Als indicator hiervoor is gekozen voor de antwoorden op de vragen of de hulpverlener voldoende respect toonde voor de cliënt, en of deze voldoende geïnteresseerd was in diens mening. Positief antwoord op beide vragen geven bij ons 91% van de cliënten; vorig jaar 92 %.

Ad g. Adequate informatieverstrekking

Goede informatieverstrekking is cruciaal in de ervaren kwaliteit van de zorg. Drie vragen uit de tevredenheidsmeting gaan hier op in: is er voldoende informatie gegeven over de behandel mogelijkheden van de instelling, over de aanpak van de behandeling en over het te verwachten resultaat? Vooral dit laatste is in de ggz een lastige opdracht. Desondanks geven in totaal 70% van onze cliënten op alledrie de vragen een positief antwoord (vorig jaar 73 %).

5.3 Klachten, toegankelijkheid en veiligheid

5.3.1 Klachten algemeen

Naast de beschreven prestatie-indicatoren, wordt de kwaliteit van de zorg eveneens zichtbaar gemaakt in de beschrijving van het aantal klachten, de toegankelijkheid en de veiligheid van de zorg. Deze items worden gerapporteerd op het niveau van de organisatorische eenheden: gehandicaptenzorg en ggz.

Klachten VGZ (gehandicaptenzorg)

Het beleid was erop gericht de klachten in eerste instantie bij de afdelingsleiding neer te leggen; wanneer dit te moeilijk was voor een cliënt(-vertegenwoordiger) kon men rechtstreeks naar de cliëntvertrouwenspersoon. Deze bemiddelde en zorgde dat de partijen weer in gesprek kwamen.

Bij grote problemen, of als bemiddeling niet tot een bevredigende oplossing leidde, kon men zich rechtstreeks tot de klachtencommissie wenden. Overigens zijn de laatste jaren geen klachten ingediend.

In 2008 is aangesloten bij de interne klachtenbemiddeling zoals die in andere divisies gebruikelijk is; de personele invulling van deze functie is sinds kort structureel geregeld.

Klachten GGZ (verslavingszorg en psychiatrie)

Interne klachtenfunctionaris

Cliënten kunnen bij de Lievegoed Zorggroep gebruik maken van de interne klachtenfunctionaris, een laagdrempelige voorziening die vooral bemiddeling biedt. De klachtenfunctionaris is 6 keer geraadpleegd over de klachtenprocedure of om een klacht te melden, waarbij het te woord staan en informatie geven volstond en verdere actie niet nodig was.

Hiernaast zijn er 12 klachten binnengekomen, een verdubbeling van het jaar daarvoor. De klachten betreffen merendeels zaken van behandeltechnische aard of hebben betrekking op de communicatieve of de bejegening. Ze werden ingediend vanuit BLK kliniek (4), BLK deeltijd (4), de nazorg verslavingszorg (3) en 1 vanuit kleinschalig wonen.

In 7 gevallen werd de klacht bevredigend afgerond; in 3 gevallen was de afloop voor de cliënt onbevredigend of ongewis, maar werd door de cliënt geen verdere actie ondernomen. In 2 gevallen is de klacht later opnieuw in behandeling genomen. Twee klachten zijn bij de klachtencommissie ingediend, maar na een nieuwe bemiddeling door de klachtenfunctionaris alsnog ingetrokken.

Wanneer klachten een feitelijke grond hebben, vinden cliënten het belangrijk dat de organisatie haar fouten erkent. Veel kan voorkomen worden door cliënten van tevoren nog zorgvuldiger over de gang van zaken te informeren.

Klachtencommissie

Samen met enkele andere antroposofische zorginstellingen beschikt de instelling over een klachtencommissie. De samenstelling van deze commissie is in het verslagjaar niet gewijzigd; zij bestaat geheel uit externe leden, die zich scholen om dit werk te kunnen doen. De commissie heeft jaarlijks overleg met de bestuurder; hiernaast is er regelmatig telefonisch contact.

De klachtencommissie ontving in het verslagjaar 7 klachten vanuit de Lievegoed Zorggroep, dat is een verdubbeling vergeleken met voorgaande jaren. Drie klachten zijn ingetrokken na bemiddeling vanuit de instelling; twee worden in 2009 behandeld.

Dat betekent dat 4 klachten in 2008 zijn behandeld. Ze betroffen met name tekortkomingen in de medisch-specialistische begeleiding tav medicatieverstrekking. Daarnaast was er sprake van een niet geldende behandelovereenkomst, een onvolledige dossiervorming en een te laat opgestelde ontslagbrief. Een ander geval betrof het niet aangeven van de reden van het beëindigen van een behandelrelatie, die overigens formeel nog niet was overeengekomen en nog gegrond was op een behandelovereenkomst van een veel eerdere datum.

De aanbevelingen betreffen vooral het dossierbeleid, de behandelovereenkomst en de zorgvuldigheid in de verslaglegging. De bestuurder heeft in zijn reactie aangegeven de aanbevelingen nader te doen implementeren.

5.3.2 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid concernbreed

De Lievegoed Zorggroep is een kleine instelling met een specifiek aanbod; onze mogelijkheden voor opname zijn beperkt en we moeten vaker dan gewenst verwijzingen weigeren. Met regelmaat vragen wij daarom uitbreiding aan van onze productie en aantal bedden cq stoelen.

Toegankelijkheid GGZ

Geografisch bekeken is onze bereikbaarheid voor een landelijk werkende instelling matig: het overgrote deel van onze voorzieningen bevindt zich in de regio Utrecht/ Utrechtse heuvelrug. Voor de klinische functie is dit minder een probleem dan voor de ambulante zorg. In het nieuwe Strategisch Beleidsplan wordt dan ook gekozen voor een zekere concentratie van de gehele zorgketen in het midden van het land; het is onrealistisch gebleken te streven naar volledige beschikbaarheid in het hele land.

Telefonische bereikbaarheid is aangevuld met een mogelijkheid per e-mail cliënten aan te melden, waarvan veel gebruik wordt gemaakt. Ook zijn avondsprekuren ingesteld om het cliënt gemakkelijker te maken. De divisies psychiatrie en verslavingszorg zijn voornemens hun voordeur gezamenlijk en centraal te organiseren, in het verlengde van de centrale intake waarmee verslavingszorg reeds was gestart. Voor de cliënt betekent dit: een kortere reisafstand, een kortere wachttijd en een snellere en kwalitatief betere trajecttoewijzing. Ook de front office wordt versterkt, waarmee voortdurend een actueel overzicht is van plaatsen die vrij gaan komen.

Toegankelijkheid VGZ

De voorzieningen van de divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg zijn geconcentreerd in vijf regio's: Driebergen/ Zeist, Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en Breda. Zij hebben een sterk regionaal karakter, en zijn ter plaatse ingebed in een netwerk van instanties en voorzieningen.

5.3.3 Veiligheid

Veiligheid concernbreed

Doel in 2008 was om de basisveiligheid op alle afdelingen te borgen. Hiertoe is veel energie gestoken in het op orde brengen van vergunningen, BHV- scholing en bijscholing. Daarnaast zijn er met externe ondersteuning ontruimingsoefeningen georganiseerd bij de locaties waar 24 uren zorg wordt geboden. De legionella-risico's zijn geïnventariseerd en aanpassingen daar waar nodig uitgevoerd. Er is een actueel legionella beheersplan op alle afdelingen. Medewerkers die voor de voeding zorgen zijn bijgeschoold (HACCP). Trainingen fysieke weerbaarheid zijn op een aantal afdelingen gegeven; agressiebeleid is in de VG op een themadag geïnventariseerd en besproken; en er is een plan van aanpak op dit gebied voor 2009 gemaakt. Maatregelen om vrijheidsbeperking te voorkomen worden geformuleerd in het geactualiseerde agressiebeleid (voorjaar 2009). Daar waar (dringend) nodig zijn er bouwkundige aanpassingen uitgevoerd; onderhoud en aanpassingen van de gebouwen zijn opgenomen in een meerjarenplan. Op diverse locaties, verdeeld over de divisies, is een Risico Inventarisatie en Evaluatie uitgevoerd.

5.4 Samenleving

Maatschappelijk verantwoord ondernemen tav mensen, maatschappij en milieu

De Lievegoed Zorggroep heeft vanuit haar antroposofische visie een uitgesproken beleid en een expliciete praktijk ten aanzien van deze aandachtsgebieden.

Steeds meer mensen hebben behoefte aan integrale zorg, zorg die hen als geheel mens ziet in plaats van als een (verzameling) ziektebeeld(en). We zien het als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om met ons aanbod meer keuzevrijheid te bieden wat zorg betreft. Bovendien blijkt uit onderzoek dat een deel van de cliënten (in de ggz en verslavingszorg rond de 30%) behoefte heeft stil te staan bij zingevingsvragen, juist door de confrontatie met hun ziekte of verslaving. Hier sluit het aanbod van onze instelling op aan.

Het organiseren van de zorg op kleine locaties is een zeer bewuste keuze. Zo bieden we cliënten in persoonlijk contact een veilige, helende zorgomgeving, waarbinnen we ze tegelijkertijd aanspreken op hun handelen.

Zorgzame aandacht voor de omgeving is een essentieel onderdeel in een antroposofische behandeling.

Veel van onze zorg vindt plaats op locaties in een natuurlijke omgeving met veel buitenruimte. De inrichting van de gebouwen bestaat uitsluitend uit natuurlijke en milieutechnisch verantwoorde materialen. In principe worden de meubels gemaakt van noord-europees hout met een zo laag mogelijke milieubelasting. Verder wordt er schoongemaakt met biologisch afbreekbare middelen en natuurlijke zepen en geschilderd met milieuvriendelijke verf.

Wat betreft de maaltijden wordt gekozen voor biologische, en zoveel mogelijk biologisch-dynamische, producten. Dit vanwege hun goede kwaliteit en omdat ze zijn verbouwd of geteeld op een wijze die respectvol is voor mens, dier en natuur. Wat betreft energieverbruik worden zo duurzaam mogelijke oplossingen gekozen. Een voorbeeld hiervan is een warmteopslaginstallatie in de diepere grondlagen van de Beukenhof in Breda.

Een aanzienlijk deel van onze locaties verbouwt haar eigen groenten. Activiteiten hierin van cliënten vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Op deze groenten-, moes- en bloementuinen wordt landbouw en terreinonderhoud gepraktiseerd volgens biologisch-dynamische normen, die strenger zijn dan de normen van de biologische landbouw. Hiermee wordt tevens het leefmilieu van omwonenden verrijkt. Bij meerdere locaties kan het publiek bovendien producten kopen en zo nader kennismaken met onze cliënten.

Op sommige locaties maakt (het maken en/of) het uitvoeren van een theaterstuk deel uit van de behandeling. Met de uitvoering van deze stukken binnen en buiten de instelling, bijvoorbeeld op scholen of in buurthuizen, wordt ook een bijdrage geleverd aan de verscheidenheid van de culturele omgeving.