



Jaardocument

Maatschappelijke Verantwoording

2007

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 2007

1. Uitgangspunten van de verslaglegging	3
2. Profiel van de organisatie	4
3. Governance	9
4. Beleid 2007	12
5. Kwaliteitsbeleid en prestaties op indicatoren	16

B. Jaarrekening 2007

1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Dit is het eerste jaardocument van de Lievegoed Zorggroep. Deze organisatie is ontstaan uit een fusie op 1 januari 2007.

De fusiepartners waren twee antroposofisch geïnspireerde organisaties: de Ita Wegman Stichting voor begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap en de Arta-Lievegoedgroep, die psychiatrie en verslavingszorg bood.

De opbouw en de items waarover wordt gerapporteerd, volgen de structuur van de Jaarverantwoording Zorginstellingen 2007.

Dit document beschrijft waar mogelijk de stand van zaken op concernniveau. Omdat de thema's voor verslaglegging verschillen in beide 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 december 2007).

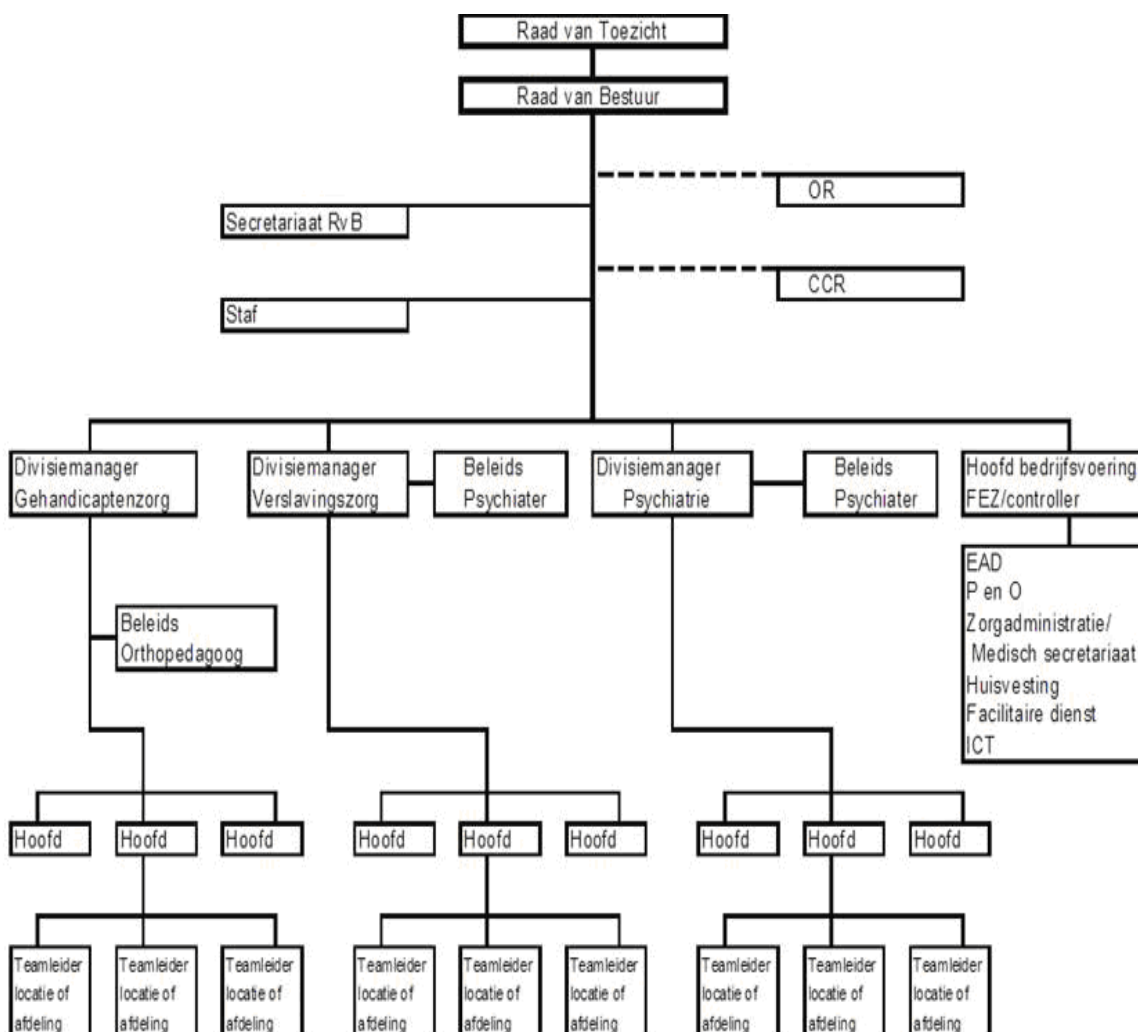
We richten ons op het stimuleren van ontwikkeling en het versterken van de gezonde kanten van onze cliënten, eerder dan op het probleem of de ziekte. We doen dit vanuit een eigen identiteit, gebaseerd op de antroposofie.

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; voorzieningen voor begeleid wonen zijn bovendien in ontwikkeling.

De gehandicaptenzorg heeft regionale werkgebieden en is geconcentreerd in vier grootstedelijke regio's: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag (dagopvang en dagbesteding, ambulant werk) en Utrecht/ Driebergen/ Zeist (wonen en dagbesteding).

2.2 Organogram Lievegoed Zorggroep



2.3 Overzicht toelatingen per 31-12-2007

GGZ: Divisies Arta verslavingszorg en Lievegoed psychiatrie

		Toelating werkelijk			CIBG	rekenstaat
		01-01-2008	aanvraag	eind 2008	01-01-2008	2007
Arta Verslaving						
Hamingen	Staphorst	12	5	17		
De Dam	Bilthoven	12		12		
Witte Hull	Austerlitz	16		16		
Aanzet nieuw	Austerlitz	12		12		
Substitutie	Bilthoven		2	2		
Totaal		52		59	38	56
Lievegoed Psychiatrie						
Bernard Lievegoed Kliniek	Bilthoven	24	3	27		
Substitutie BLK	Bilthoven		2	2		
Nieuw Rijsenburg	Driebergen-Rijsenburg	16		16		
Hoge Born	Wageningen		15	15		
Totaal		40		60	40	48
RIBW Arta	Divers	38				
RIBW Lievegoed	Divers	30				

VGZ: Divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg

Regio Utrecht:	verblijf en behandeling	97 plaatsen
	kinderdagcentra	24 plaatsen
Regio Den Haag:	dagbesteding	11 plaatsen
Regio Rotterdam:	dagbesteding	88 plaatsen
Regio Amsterdam:	verblijf en behandeling	12 plaatsen
	kinderdagcentra	12 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 11 kleinschalige afdelingen, met een totale capaciteit van 96 bedden cq plaatsen. We behandelden hier in 2007 1664 cliënten; er werden 1522 DBC's geopend en 1336 DBC's gesloten. Er zijn 10.848 deeltijdbehandelingen aangeboden en 14.799 ambulante contacten.

De bedrijfsopbrengsten bedroegen 11.723.773 euro (waarvan budget wettelijk aanvaardbare kosten 11.535.068 en overige bedrijfsopbrengsten 188.705).

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 14 afdelingen en betreft 125 intramurale cliënten, en 272 deelnemers aan dagactiviteiten. Het aantal cliënten dat ambulante begeleiding kreeg was 107. Het aantal verpleegdagen en GVT-bezettingsdagen is 39.206 en het aantal dagdelen dagactiviteiten 90.080. Er werd 23.809 uren extramurale productie geleverd.

De bedrijfsopbrengsten bedroegen 15.153.699 euro (waarvan budget wettelijk aanvaardbare kosten 14.187.419 en overige bedrijfsopbrengsten 966.280).

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 526 (297,9 fte's). In management en ondersteunende functies werkten in het verslagjaar 118 personen in loondienst (76,6 fte's). Niet in loondienst waren 146 personen bij onze instelling werkzaam (58 fte).

In totaal werkten op 31 december van het verslagjaar dus 790 personen (432,5 fte) en bovendien 35 vrijwilligers (8 fte).

De instelling kende in 2007 een Ondernemingsraad en twee Cliëntenraden (een per organisatorische eenheid); tegen het eind van het verslagjaar is een voorlopige Centrale Cliëntenraad gestart.

2.5 Productie, personeel en opbrengsten

	<u>Ref.</u>	<u>2007</u>	<u>2006</u>
		€	€
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	15	25.722.487	22.329.250
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	639.503	633.254
Overige bedrijfsopbrengsten	17	595.611	522.977
		<hr/>	<hr/>
Som der bedrijfsopbrengsten		26.957.601	23.485.481
 BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	18.967.166	16.740.812
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	19	1.034.500	876.159
Overige bedrijfskosten	20	6.369.603	5.818.111
		<hr/>	<hr/>
Som der bedrijfslasten		26.371.269	23.435.082
		<hr/>	<hr/>
BEDRIJFSRESULTAAT		586.332	50.399
Financiële baten en lasten	21	-566.225	-528.500
		<hr/>	<hr/>
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		20.107	-478.101
Buitengewone baten en lasten	22	0	0
		<hr/>	<hr/>
RESULTAAT BOEKJAAR		<u>20.107</u>	<u>-478.101</u>
 RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		<u>2007</u>	<u>2006</u>
		€	€
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten		20.107	-518.101
Bestemmingsreserve ziekteverzuim		0	40.000
Bestemmingsreserve		0	0
		<hr/>	<hr/>
		<u>20.107</u>	<u>-478.101</u>

2.6 Belanghebbenden (samenwerkingspartners met wie een overeenkomst is gesloten)

Regionaliseren

Op het terrein van gehandicaptenzorg is in 2007 samenwerking gezocht met Stichting De Beukenhof in Breda; in 2008 zal de samenwerking formeel zijn beslag krijgen in de vorm van een fusie.

Hiermee 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. Een goede basis voor de verdere verspreiding van poliklinische zorg.

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 opgezet, onder leiding van een psychiater.

Psychiatrische expertise 'verhuren'

Met diverse andere aanbieders van antroposofische zorg (Bronlaak-Heimdal in Brabant en Limburg, Leendert Meeshuis in Bilthoven) zijn in 2007 samenwerkingsovereenkomsten gesloten. Deze partners hebben met name behoefte aan onze antroposofisch ingevulde psychiatrische expertise. Met Heimerstein, onderdeel van de Stichting De Opbouw, is een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met als doel dat cliënten Van Heimerstein dagactiviteiten verrichten op de Hoge Born in Wageningen.

Uitbreiden woonvoorzieningen

Samen met woningbouwverenigingen is in de regio's Haarlem, Culemborg, Austerlitz, Meppel, Zeewolde en Den Haag het opzetten van RIBW's en nazorghuizen voorbereid. We hebben een erkenning voor 68 plaatsen gekregen (verslavingszorg, psychiatrie en gehandicaptenzorg), die in 2008 op meerdere plekken gerealiseerd zullen worden. 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 (WUR) en het weten-

schappelijk 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 Kliniek voor Integrale Geneeskunde (somatiek en psychiatrie); met diverse partners en kapitaalverschaffers is gezocht naar financiering voor het maken van een businessplan hiervoor.

Met een onderwijsinstelling (Hogeschool Leiden) en wetenschappelijk onderzoeksinstituut Louis Bolk is een Kenniscentrum Antroposofische Zorg voorbereid; dit zal in 2008 effectief worden. 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 Symfona 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.

Met externe partners is een salutogenetisch personeelsbeleid ontwikkeld. Dit heeft als speerpunten coachend leiderschap en aandacht voor een goede balans tussen werk en privé, met als doel het ziekteverzuim terug te dringen. Ook op het gebied van P en O is een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd door Walvis Consulting Groep. Adviesbureau Q consult heeft ondersteuning geboden om goed voorbereid te zijn op de certificeringstoets HKZ. Voor deze certificering is een driejarig contract gesloten met Kema. Het felbegeerde HKZ-kwaliteitscertificaat is in december 2007 behaald voor de gehele instelling.

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). 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 organisatie is een drietal divisies verantwoordelijk voor de zorgverlening, respectievelijk voor verslavingszorg, psychiatrie en gehandicaptenzorg. De organisatie kent daarenboven een afdeling bedrijfsvoering, verantwoordelijk voor de ondersteuning van management en divisies.

3.1.2 Raad van Bestuur

De stichting kent een éénhoofdige Raad van Bestuur. De bestuursfunctie wordt sinds het ontstaan van de stichting vervuld door dhr. 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 o.m. in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de organisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht.

3.1.3 Raad van Toezicht

Volgens de statutaire opdracht is de Raad van Toezicht belast met het houden van toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de stichting en alle daarbij betrokkenen, met in achtneming van de identiteit van de stichting.

De Raad van Toezicht staat de Raad van Bestuur met raad terzijde en kan op eigen initiatief advies uitbrengen, als hij dit uit hoofde van zijn toezichthoudende en adviserende taak gewenst vindt.

Zowel Raad van Bestuur als Raad van Toezicht handelen daarbij conform de aanbevelingen inzake health care governance.

De Raad van Toezicht kende per ultimo 2007 zes leden, waarvan één op voordracht van de Cliëntenraad.

De samenstelling van de Raad van Toezicht per 31-12-2007 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

De onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht is statutair gewaarborgd (Artikel 17, onverenigbaarheden).

De Raad van Toezicht geeft invulling aan zijn taken door middel van:

- Goedkeuren van jaarplannen en begrotingen
- Goedkeuren van de jaarrekening
- Kwartaalbesprekingen met de Raad van Bestuur op basis van diens rapportage
- Bespreking van de managementletter met de door de Raad van Toezicht
- benoemde externe accountant en de Raad van Bestuur
- Het terzijde staan van de Raad van Bestuur en door het geven van gevraagd en ongevraagd advies.

De Raad van Toezicht ontvangt een vaste vergoeding voor zijn werkzaamheden.

3.2 Bedrijfsvoering

In 2007 zijn de afdelingen bedrijfsvoering van de beide fusiepartners op basis van een fusie-implementatieplan samengevoegd, als eerste stap naar integratie van de ondersteunende diensten. Gestart is met het samenvoegen van de financiële administratie en verslaglegging, alsmede de personeels- en salarisadministraties, zodanig dat met ingang van 1 januari 2008 met één uniforme administratie en verslaglegging wordt gewerkt. In 2008 zal de integratie en consolidatie binnen bedrijfsvoering worden voltooid.

Belangrijke mijlpaal in het fusiejaar 2007 was het behalen van het kwaliteitscertificaat HKZ voor de gehele stichting. De daaraan voorafgaande managementreview inclusief de risico-inventarisaties, vormen belangrijke pijlers voor het planjaar 2008, waarin consolidatie en borging van kwaliteit nadrukkelijk aandacht krijgen.

3.3 Cliëntenraden algemeen

In de loop van 2007 hebben de Cliëntenraden van de voormalige Arta-Lievegoedgroep (nu: divisies Lievegoed psychiatrie en Arta verslavingszorg) en van de Ita Wegman Stichting (nu: divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg) nog grotendeels separaat gefunctioneerd. Intussen bleven ook de deelraden op verschillende niveaus functioneren. Vandaar dat beide raden hieronder kort verslag doen van hun werkzaamheden in 2007.

De bestuurder voert periodiek overleg met de Centrale Cliëntenraden conform de kaders van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Beleidsissues besproken met de Cliëntenraden worden tevens besproken in het beleidsteam en directieoverleg van de stichting. Thema's die advies of instemming behoeven van de centrale of –deelraden worden vanuit beleidsteam en directie voorgelegd aan de betreffende raad. Daarmee is de cliëntenvertegenwoordiging op elk organisatorisch niveau geborgd.

In de tweede helft van het fusiejaar is een voorlopige Centrale Cliëntenraad geformeerd, bestaande uit leden van de voormalige Centrale Cliëntenraden van de fusiepartners.

Cliëntenraad GGZ in 2007

Het Cliëntenraadswerk is vrijwilligerswerk, dat gedaan wordt door (ex-)cliënten, ervaringsdeskundigen. Zij krijgen sinds enkele jaren hulp van een professionele, betaalde ondersteuner, die een vaste basis vormt waarop de Cliëntenraad kan functioneren, ook al blijft hij afhankelijk van kwetsbare mensen.

In de loop van 2007 hebben vier van de vijf leden afscheid genomen en zijn er vier nieuwe leden bij gekomen. Ondanks deze wisselingen is er hard gewerkt, met enthousiasme en inzet, en heeft het team snel zijn draai gevonden.

De opdracht die de Cliëntenraad heeft, is het behartigen van de belangen van de cliënten en zo mede zorgdragen voor handhaving en verbetering van de kwaliteit van zorg. De uitdaging is steeds weer om de dorre WMCZ-letters levend en werkzaam te maken in de eigen praktijk. Dit wordt waargemaakt door direct contact te onderhouden met de cliënten, op de diverse locaties en afdelingen, en op basis van deze ervaringen, aangevuld met de eigen expertise van de leden van de CR,

zaken aan te kaarten bij het management om gezamenlijk te zoeken naar oplossingen.

In 2007 is de Cliëntenraad gaan werken met zgn. "signaleringslijsten", waarin alle klachten en problemen die cliënten naar voren brengen systematisch worden ondergebracht in drie categorieën: incident, trend of patroon. Eveneens wordt genoteerd wat er aan gedaan wordt en door wie, zodat bij een volgend bezoek aan de afdeling hierover kan worden teruggerapporteerd. Zien cliënten geen verbetering, dan wordt dat weer teruggemeld aan het management. Deze concreetheid van rapporteren is een belangrijke verbetering gebleken.

Behalve bezoeken aan afdelingen en locaties en de daaruit voortvloeiende overlegvergaderingen met het management, werd een nummer van Lemniscaat uitgebracht, het cliëntenblad. Tevens is contact geweest met de Patiënten Vertrouwens Persoon (PVP).

Cliëntenraad VGZ in 2007

De Cliëntenraad Gehandicaptenzorg bestaat uit ouders en wettelijke vertegenwoordigers die een representatieve afspiegeling zijn van de locaties van de Divisie Gehandicaptenzorg van de Lievegoed Zorggroep.

De locaties zijn geclusterd in vier regio's (Driebergen, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag). De in opbouw zijnde regio Den Haag is nog niet vertegenwoordigd. Het streven is om medio 2008 elke regio over een Regionale Cliëntenraad te laten beschikken. Uit hun midden is een Centrale Cliëntenraad samengesteld op divisieniveau. Deze afvaardiging vertegenwoordigt de divisie ook op organisatieniveau, samen met de Raad van de Divisies Verslavingszorg en Psychiatrie.

Zijn gesprekspartners zijn respectievelijk Teamleiders, Regiomanagers, Directie en Raad van Bestuur. De overlegfrequentie is vier tot zes keer per jaar, mede afhankelijk van de agenda. De vergoeding is op basis van werkelijk gemaakte kosten (declaratiebasis). In 2008 wordt een budget vastgesteld.

Vergaderruimten worden door de organisatie ter beschikking gesteld.

In 2007 zijn adviezen uitgebracht aan het management van elk organisatieniveau, variërend van onderwerpen ten aanzien van cliënttevredenheid, arbeidsomstandigheden, veiligheid, voorgenomen fusie, huisvesting, aannamebeleid van leidingge-

venden en reorganisatie van de divisie. Besproken zijn tevens de inrichting en organisatie van de klachtenafhandeling en de aanstelling van een klachtenbemiddelaar, certificatie HKZ en kwaliteitshandboek, huishoudelijk reglement van de Cliëntenraad, invoering zorgzwaartepakketten en overige onderwerpen aangaande de kwaliteit van zorgverlening in brede zin.

De constructieve samenwerking heeft onder andere geleid tot acties voortkomend uit het gehouden cliënttevredenheidsonderzoek en het ontwikkelen van een nieuw lange termijn huisvestingsplan.

De Cliëntenraad van de divisie Ita Wegman gehandicaptenzorg wordt in 2008 lid van VraagRaak, het steunpunt zeggenschap en medezeggenschap voor mensen met een verstandelijke handicap (een onderdeel van Kans Plus, de vereniging van ouders en verwanten van mensen met een verstandelijke handicap).

3.4 Klachtenbehandeling

De Lievegoed Zorggroep beschikte in 2007 over een externe onafhankelijke klachtencommissie en een vertrouwenspersoon a.i.

De werkzaamheden rond klachtenafhandeling zullen in 2008 overgaan naar een andere organisatie, waardoor de gehele Lievegoed Zorggroep deze dienst van één dezelfde organisatie gaat betrekken.

4. Beleid en inspanningen

4.1 Meerjarenbeleid

Missie

De Lievegoed Zorggroep biedt goede, integrale, multidisciplinaire en patiëntgerichte zorg, begeleiding en behandeling.

Onze cliënten en patiënten zijn mensen met psychiatrische problemen, verslavingsproblemen, een verstandelijke beperking, of met een combinatie van dergelijke problemen.

Het doel van onze interventies is de cliënt of patiënt te helpen zich verder te ontwikkelen. Vandaar ons motto: "Wij helpen mensen het beste uit zichzelf en het leven te halen."

Visie

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 verstandelijk gehandicapte mensen. 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.

Er wordt gewerkt vanuit de antroposofie als inspiratiebron; hiermee is de instelling aanvullend op de zorg zonder levensbeschouwelijke kleur.

Onze zorgenheden zijn bewust kleinschalig van opzet; de administratieve, organisatorische en randvoorwaardelijke processen zijn op centraal niveau gebundeld.

Waarden

De waarden die ons drijven zijn: gelijkwaardigheid tussen zorgvrager en zorgverlener, dienstbaarheid met respect, en tegenwoordigheid van geest (aandacht, alles doet ertoe).

Wij sluiten ons hiermee aan bij de basiswaarden, zoals die door de Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Zorg zijn omschreven.

We willen ons openstellen voor wie de patiënt of cliënt wezenlijk is en hoe wij hem of haar het best kunnen helpen. Bovenop onze reguliere professionele scholing vereist het voortdurende innerlijke scholing en een bewust omgaan met je vak, om met enige terughoudendheid er te zijn voor de patiënt of cliënt en te vertrouwen op de mogelijkheden voor verandering die zich dan voordoen.

Antroposofische uitgangspunten voor zorgverlening

Vanuit de antroposofische inspiratie bieden wij holistische, integrale zorg.

Kernbegrippen hierin zijn: het antroposofisch, holistisch mensbeeld; het aansluiten bij de gezonde kern van de cliënt/patiënt en bij diens mogelijkheden tot ontwikkeling; de regie over het eigen leven zoveel mogelijk bij de cliënt/patiënt leggen; de kracht van gemeenschapsvorming hierbij en de aandacht voor zin- en betekenisgeving. Deze uitgangspunten worden in het Kwaliteitssysteem Lievegoed Zorggroep nader toegelicht en zijn bij alle medewerkers bekend (zie bijlage 1).

4.2 Beleid 2007

Het Fusieplan, dat in het najaar van 2006 de doelstellingen schetste van de voorgenomen fusie tussen de Ita Wegman Stichting en de Arta-Lievegoedgroep, geeft de hoofdlijnen aan van het beleid van de gefuseerde stichting in haar eerste jaar, 2007. Twee hoofdlijnen hierin: consolidatie na een periode van onrust en het opzoeken van de optimale synergie die het samengaan kan bieden (een en een is drie).

Zorginhoudelijk: synergie zoeken

- In verschillende projecten wordt nieuwe zorg ontwikkeld voor doelgroepen met complexe problematiek, waarbij de expertise van onze verschillende divisies wordt ingezet. Zo worden nieuwe product-markt-combinaties ontwikkeld door onze zorginhoudelijk leidinggevenden.
- Tevens beschrijven we ons aanbod op een nieuwe wijze, die aansluit bij de DBC- en ZZP-registratie en facturatie.
- De zorgbreedte is toegenomen met de toelating voor 68 RIBW-plaatsen, die op diverse plaatsen in het land gestalte zullen krijgen, en waar cliënten van verschillende divisies een plek zullen vinden.
- Psychiatrische en verslavingszorg wordt op

meerdere plaatsen in het land poliklinisch aangeboden, mede door de met de fusie bereikte verruiming van het aantal locaties en regionale contacten in nieuwe regio's.

- Verbreding en verdieping van de antroposofische zorg is voorbereid in het Kenniscentrum antroposofische zorg in oprichting, dat in 2008 van start gaat met scholing en wetenschappelijk onderzoek. Eveneens ligt er een plan voor een (poli)kliniek integrale geneeskunde, waarvoor samenwerking en financiering gezocht wordt met andere zorgaanbieders.

Nieuwe vormen voor communicatie

- De fusie, nieuwe naam en nieuwe huisstijl is aangegrepen voor een meer offensieve, zelfverzekerde communicatie met de buitenwereld. Er werd een brochure uitgebracht en verspreid over de fusie en samenwerking (Samen sterk), een vernieuwde website met pagina's voor de afdelingen in eigen beheer van de afdeling ging de lucht in en een externe nieuwsbrief voor verwijzers en relaties is (opnieuw) opgezet en verschijnt 4 maal per jaar.
- De interne communicatie stelt, met een verdubbeling van omvang van de organisatie en een bredere landelijke spreiding van locaties, nieuwe eisen. Hiertoe is de interne nieuwsbrief vernieuwd, deze verschijnt 4 maal per jaar, en had in het fusiejaar als rode draad: kennismaken met elkaar.
- Tevens is een Kwaliteitssysteem op intranet beschikbaar gemaakt, waarin het merendeel van de belangrijke documenten, procedures en protocollen binnen de instelling zijn ontsloten (dec 2007 bevatte het systeem 600 documenten). Hiermee is tevens een begin gemaakt met de digitalisering van de interne communicatie via intranet.

Synergie in kwaliteit gecertificeerd

- De verschillende ervaringen met het opzetten van een kwaliteitssysteem en het uitvoeren van interne audits bij de fusiepartners, hebben elkaar goed aangevuld. Dit resulteerde in het behalen van het HKZ-certificaat voor de gehele instelling in december 2007.

Consolidatie van bedrijfsvoering

- De bedrijfsvoering is begin 2007 gecentraliseerd en verregaande integratie van systemen is gepland en grotendeels doorgevoerd,

volgens het fusie-implementatieplan van 2006. Dit geldt voor P en O (personeels- en salarisadministratie, functiegebouw) en voor de financiële administratie, en grotendeels voor de zorgadministratie, ict, bouwzaken en de facilitaire ondersteuning.

- In 2007 is een begin gemaakt met het systematisch en cyclisch werken aan planning en control via de management review (oktober) en de kaderbrief van de bestuurder met doelen voor 2008 (november).
- Bij een flink aantal afdelingen zijn verbouw- en nieuwbouwplannen in gang gezet of gerealiseerd.

Bijstellingen in organisatie van de divisies

- In de divisie gehandicaptenzorg is een reorganisatie doorgevoerd. Het niveau van afdelingshoofd is vervangen door dat van regiomanager, hetgeen een nauwere samenhang van het aanbod in de regio's tot doel heeft.
- In de verslavingszorg is een centrale intake ingevoerd en geëvalueerd; deze is klantgerichter dan voorheen en geeft meer overzicht op de doorstroming binnen de divisie. Tevens is de nieuwe afdeling voor dubbele diagnose, De Dam, van start gegaan. De beschikbare capaciteit van deze afdeling wordt continu volledig benut.

4.3 Beleid voor 2008

- Zorginhoudelijk zal meer nadruk komen op het uitbreiden van ambulante aanbod, geïntegreerd voor psychiatrie en verslavingszorg en mogelijk ook gehandicaptenzorg, op meer plaatsen in het land. Klinische trajecten zullen meer variatiemogelijkheden krijgen, zowel in duur als in inhoud.
- 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 service-

- gericht 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 Kwaliteit van medewerkers

Visie op personeelsbeleid

Vanuit het werk in de zorg weten we dat werken gezond makend is. Onze visie op zorg is ontleend aan het antroposofisch mensbeeld; een beeld dat ook terugkomt in het personeelsbeleid. Wij richten ons in dit beleid nadrukkelijk op gezond makende aspecten van het mens zijn, met al de kenmerken die bij de verschillende levensfasen horen, en op evenwicht tussen goed werkgeverschap en goed werknemerschap.

Om deze visie vorm te geven baseert de Lievegoed Zorggroep het personeelsbeleid op Salutogenese, Lean en Levensfasebeleid. Deze drie uitgangspunten sluiten aan bij het antroposofische mensbeeld en leveren handvatten, inzichten en enthousiasme voor integraal personeelsbeleid, dat bij onze instelling past.

Salutogenese

De salutogene benadering richt zich op de gezond makende factoren en de mogelijkheden van medewerker, team en organisatie. Uitgaan van het gezonde of gezond makende is een vertrekpunt dat nauw aansluit bij het antroposofisch mensbeeld. Essentieel in deze benadering is het coherentiegevoel dat mensen kunnen opbouwen: het vermogen om zodanig op een zinvolle wijze met belastende factoren om te gaan, dat men niet uit een innerlijk evenwicht wordt gebracht.

Iedereen heeft de mogelijkheid zelf zin te geven aan of een uitdaging te vinden passend bij de eigen persoonlijke situatie. Het is ieders verantwoordelijkheid om deze eigen zingeving of uitdaging steeds weer te zoeken. Iedere (levens)fase vergt weer nieuwe keuzes van loslaten en/of verbinding aangaan met dat wat wordt herkend als passend, uitdagend, nodig voor het eigen evenwicht. In werksituaties liggen de keuzes in de aard van het werk, de context en doel van het werk, de samenwerking met anderen, de organisatie, de cultuur, etc. Men kiest zijn eigen werkomgeving die een stimulans vormt voor de eigen weg om lichamelijke en geestelijke gezondheid (of de sense of coherence of salutogenese) te bevorderen.

Antonowski, grondlegger van het begrip salutogenese, geeft aan dat coherentie om drie aspecten

gaat:

Ervaren dat wat je meemaakt (innerlijk en uiterlijk) gestructureerd, voorspelbaar en verklaarbaar is: ik begrijp wat er gebeurt.

De eisen en inspanning die je moet leveren om met de situatie om te gaan, zijn de moeite waard: ik zie de zin er van in.

Je hebt de mogelijkheid om aan de eisen die de situatie oproept, te voldoen: ik kan er invloed op uitoefenen.

Lean

Lean is het streven naar het creëren van toegevoegde waarde en het vermijden van verspilling. Dit wordt bereikt met behulp van simpele structuren, slanke en effectieve processen, met en door kundige en betrokken medewerkers.

Wat niet bijdraagt aan deze waarde maar onvermijdelijk is (bijvoorbeeld door wet en regelgeving of omdat het een ondersteunende activiteit is) wordt zo slim mogelijk ingericht. Alles wat niet bijdraagt wordt vermeden.

Levensfasebeleid

Uitgangspunt bij ons levensfasenbeleid is het bewust worden van de eigenschappen en thema's van de levensfasen en deze meenemen in het gesprek tussen medewerker en organisatie. De methode combineert daarbij de persoonlijke behoeften en kenmerken van de medewerker met de organisatorische ontwikkelingen en belangen. In het jaargesprek spreken we met elkaar over de balans van de medewerker in het licht van levensfase waarin de medewerker zich bevindt. In dit zelfde gesprek gaat het ook om het bepalen van de bijdrage van de medewerker aan de voor het team/afdeling geformuleerde doelstellingen en ambities. Daarmee wordt dit gesprek ook de plaats waar zaken als levensloopregeling, loopbaanbeleid, competenties, levensfasen en persoonlijke ontwikkelplannen een plek kunnen krijgen.

De jaargesprekken zijn ingebed in een jaarcyclus. De jaarcyclus bestaat uit het maken van een afdelingsjaarplan en een daaraan gekoppelde begroting. De realisatie van de voornemens en de uitputting van de begroting wordt gevolgd in de balance scorekaart en de kwartaalrapportages. De jaargesprekken maken onderdeel uit van deze cyclus. De stappen waaruit deze cyclus bestaat, komen aan bod in het volgende hoofdstuk.

Doelstellingen personeelsbeleid 2007 - 2008

In de Kaderbrief formuleert de bestuurder de volgende doelstellingen voor het verslagjaar en het jaar daarna:

- verzuim daalt naar 5 % en blijft stabiel op dat niveau;
- implementatie van nieuwe systematiek in het personeelsbeleid en het voeren van jaarsprekken volgens de hierboven beschreven visie;
- in alle afdelingen uitvoeren van medewerkers tevredenheidsonderzoek en op basis van de uitkomsten een plan van aanpak hierop maken per afdeling.

4.5 Financieel beleid

De vermogenspositie van het GGZ-deel van de Lievegoed Zorggroep bedroeg per de fusiedatum, 1 januari 2007, 7,1 % van de omzet. Voor het VGZ-deel van de instelling was dat 2,2 %. Kosten van integratieprojecten en reorganisatie conform het fusieplan hebben een neerwaarts effect op de vermogenspositie veroorzaakt. Door tussentijdse maatregelen en bewust in gang gezet beleid t.a.v. de versterking daarvan, bedroeg de solvabiliteit per 31 december 2007 voor de Lievegoed Zorggroep als geheel 5,1 % van het totaalvermogen, terwijl het eigen vermogen in procenten van de totale omzet 3,9 bedraagt, een lichte daling in het fusiejaar. Het financieel beleid is erop gericht om de vermogenspositie in 2008 verder te versterken. Doelstelling 2008, conform de planbrief van de Raad van Bestuur, is het bereiken van een solvabiliteitsratio van 8 %, als opmaat naar een vermogenspositie die tenminste gelijk is aan het gemiddelde van de benchmarkgegevens in de branche, namelijk een vermogensniveau van ca. 15 % van de omzet.

De financiële positie van de Lievegoed Zorggroep per 31 december samengevat:

- Solvabiliteit: (EV/TV) : 5,1 %
- Liquiditeit: (vlottende activa / kort vreemd vermogen) : 0,14
- Eigen vermogen in procenten van de totale opbrengsten: 3,9

5. Kwaliteitsbeleid en prestaties op indicatoren

5.1 Kwaliteitsbeleid algemeen op concernniveau

Het voorbereiden van de certificeringstoetsen is in de eerste helft van 2007 in de verschillende divisies in afzonderlijke projecten vormgegeven. Al snel bleek dat door samenwerking meerwaarde gecreëerd kon worden. Er is een kwaliteitssysteem geïmplementeerd waarin de sterke kanten van de divisie gehandicaptenzorg (veel uitgeschreven protocollen) en die van de andere divisies (een digitaal systeem in Mavim en interne audits in uitvoering) elkaar hebben versterkt. Door de intensieve samenwerking die hierbij ontstond en het organiseren van verschillende implementatiebijeenkomsten voor de afdelingen is tevens een flinke stap gemaakt in het integreren van beide fusieorganisaties.

Digitaal kwaliteitshandboek

In een digitaal kwaliteitshandboek zijn nagenoeg alle belangrijke documenten, processen en procedures bijeen gebracht en ontsloten voor alle medewerkers die toegang hebben tot een pc, gekoppeld aan het netwerk. Parallel hieraan is het aantal werkplekken met pc-toegang vergroot. De papieren handboeken behoren tot het verleden. Hiermee is een goede basis gelegd voor een intranet, een passende manier van informatievoorziening in onze instelling met haar veelheid aan kleinschalige afdelingen, verspreid over het land.

Managementreview en kaderbrief

Tevens heeft dit jaar veel nadruk gelegen op het meten van resultaten; niet alleen de harde resultaten als productie en ziekteverzuim, maar ook zachtere parameters als tevredenheid van cliënten en medewerkers. We zijn gestart met management reviews, waarbij we tweemaal per jaar reflecteren op een flink aantal verschillende vormen van resultaatmeting, die op een zinvol gecombineerde wijze zijn gepresenteerd. In een kaderbrief formuleert de bestuurder vervolgens de rode draad van het beleid voor de komende beleidsperiode.

Interne audits

Er is een werkwijze ontwikkeld voor het doen van interne audits, waarbij elke afdeling eens in de twee jaar geaudit wordt. Een twintigtal medewerkers uit alle lagen van de organisatie is intern getraind tot auditor; groepjes van 4 auditoren, onder leiding van een lid van het team kwaliteit, voeren de audits uit. In 2007 hebben de eerste 4 audits

plaatsgevonden, terwijl er in 2008 en 2009 15 per jaar zijn gepland. Nevendoelstelling is het nader kennismaken met afdelingen van andere divisies en het leren van elkaar.

Cultuuronderzoek en medewerkerstevredenheid

De uitkomsten van een cultuuronderzoek, waarin de bedrijfsculturen van de fusieorganisaties in kaart zijn gebracht en werd geconcludeerd dat er een brede basis voor synergie was, zijn in de loop van 2007 op een aantal bijeenkomsten in de organisatie gepresenteerd. In een medewerkerstevredenheidsonderzoek, dat in de laatste maanden van 2007 werd uitgevoerd door een extern bureau (Walvis Consulting Groep) is dieper ingegaan op hoe medewerkers over hun werk en hun plaats in de organisatie dachten, kort op de fusie. Opvallende uitkomsten waren dat men hoog scoort ten aanzien van plezier in het werk, en relatief laag op het naar de zin hebben in de organisatie. De leidinggevenden hebben op basis van de uitkomsten opdracht gekregen een plan van aanpak voor hun afdeling te maken, dat in 2008 zal worden uitgevoerd.

Certificering en plan van aanpak 2008

Deze inspanningen hebben in december 2007 geresulteerd in het behalen van het HKZ-certificaat voor alle onderdelen van de organisatie; de auditoren van Kema omschreven onze organisatie als "gewoon een goede tent".

Hun aanbevelingen betreffen enerzijds het beter omschrijven van de specifieke antroposofische elementen in onze zorg, en anderzijds het verstevigen van de beleidscyclus in de hele organisatie. Er is een plan van aanpak voor kwaliteitsverbeteringen in 2008, waarover breed in de organisatie zal worden gecommuniceerd, zodat ieder weet wat zijn of haar bijdrage hieraan zal zijn. Want was kwaliteit in 2007 nog vooral een zaak van het management en de staf, in 2008 zal in het een plek krijgen in hart, hoofd en handen van alle medewerkers.

5.2 Kwaliteitsbeleid t.a.v. 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 19)

5.2.1 Kwaliteit van zorg in de divisie gehandicaptenzorg

Cliënttevredenheidsonderzoek

Het in het najaar van 2007 uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoek gehandicaptenzorg heeft belangrijke input opgeleverd voor verbetering. Er zijn 342 vragenlijsten uitgezet, waarvan 36% is teruggekomen.

Enkele conclusies: driekwart van de respondenten is tevreden over de eigen woonruimte; de helft vindt de dagactiviteiten zinvol en 90% is daar tevreden over; ruim de helft vindt de therapie aansluiten bij wat nodig is aan ondersteuning. Zowel cliënten als hun vertegenwoordigers geven de instelling een 8 als rapportcijfer.

Klachten 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 zal worden aangesloten bij de interne klachtenbemiddeling zoals die in andere divisies gebruikelijk is; de personele invulling van deze functie is nog in bespreking.

FOBO

De divisie kent een FOBO-commissie, die in 2007 twee maal bijeen is geweest; de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de commissie waren, ondanks reorganisatie, steeds helder. De teamleiders zijn zelf verantwoordelijk gesteld voor het bespreken van incidenten in hun team en vervolgens te zoeken naar verbeterpunten om incidenten te minimaliseren of te voorkomen. De commissie heeft deze geregistreerd en de directie geadviseerd.

Er zijn 148 incidenten gemeld (in 2005: 173, in 2006: 132). De meerderheid, 98 incidenten, hadden betrekking op agressief gedrag. 22 meldingen betroffen fouten bij het verstrekken van medicatie, 13 valincidenten, 4 incidenten met bouwkundige oorzaak en 11 incidenten van diverse aard.

In het najaar van 2007 heeft een pilot preventie agressie plaatsgevonden, waar medewerkers van

alle locaties zich konden scholen op een visie op agressie en hoe het te voorkomen. Bovendien is op locaties waar vaak sprake was van agressie hulp ingeschakeld van buitenaf, bv van een orthopedagoog. Bij de intramurale zorg was de insteek om meer vaste, gekwalificeerde personeelsleden aan te nemen en zo de incidenten terug te dringen. De medicatiefouten bleken voor te komen in de intramurale zorg. Onderzocht is of de distributie van de medicatie geheel in handen van de apotheek gelegd kon worden; dit is mogelijk maar brengt teveel kosten met zich mee, zodat ervan af is gezien.

Kwaliteitsontwikkelingen zorginhoud

Rapportage op prestatie-indicatoren per regio

a. Lichamelijk welbevinden

In de regio Driebergen is de medische expertise uitgebreid met die van een arts, gespecialiseerd in verstandelijke handicaps (AVG-arts), die voornamelijk betrokken is bij een verblijfslocatie, en daarnaast voor de gehele regio voor vragen beschikbaar is. Organisatie en afstemming van de medische zorg is nodig om een efficiënte en deskundige dienstverlening te bereiken, en daarom een speerpunt in 2008.

In Amsterdam is het uitbreiden van materiaal en expertise bij de zorgondersteunende dienst generaliseerd ten aanzien van fysiotherapie, euritmie, logopedie en medische zorg.

In Rotterdam werkt men per locatie met een functionaris cliëntwelbevinden. Hulpmiddelen en voorzieningen worden door deze functionaris verzorgd, hetgeen regionaal door een fysiotherapeut wordt gecoördineerd. Meer uitwisseling tussen locaties en een beheerplan worden voorbereid. Er zijn afspraken gemaakt met het Meldpunt Kinder mishandeling over hoe om te gaan met vermoedens van verwaarlozing die buiten de beïnvloedings-sfeer van de instelling plaatsvindt en dit aan te kaarten bij betrokkenen; het beleid hierop wordt in 2008 verder geformaliseerd.

In Den Haag wordt op het kinderdagcentrum sinds kort gebruik gemaakt van een externe fysiotherapeut; de plek van dit onderdeel in het totale aanbod wordt in 2008 verhelderd; mogelijkheden voor het aanbieden van andere therapieën zullen in 2008 worden onderzocht. Bij Mens en Tuin onderzoeken we mogelijkheden om binnen te werken voor de oudere doelgroep.

b. Psychisch welbevinden

Alom signaleren we een toenemende complexiteit van de zorgvraag: bij een steeds groter deel van de cliënten is naast een verstandelijke beperking sprake van ernstige gedragsproblematiek. In Amsterdam is daarom de samenwerking met een antroposofische kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek en met het Centrum voor Consultatie en Expertise voor mensen met een verstandelijke handicap (CCE) uitgebreid.

Door de fusie met Lievegoed psychiatrie is in de regio Driebergen psychiatrische expertise in de organisatie uitgebreid. In de regio Rotterdam wordt het CCE regelmatig geconsulteerd; aan verbeteringen in begeleidingsstijl en organisatorische randvoorwaarden wordt in 2008 verder gewerkt. Regionaal wordt deelgenomen aan een initiatief om de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor en de communicatie met allochtone doelgroepen te verbeteren. Plannen worden ontwikkeld om cliënten nauwer te betrekken bij de kwaliteit van de zorg, via cliëntenraden.

In Den Haag zijn extra gelden verworven vanwege de verzwaren van de doelgroep van het kinderdagcentrum Marjatta; hiervan hebben we meer individueel en in kleine groepen kunnen werken. Bij Mens en Tuin heeft inzet van een vrijwilliger het aanbod verrijkt met de mogelijkheid tot kunstzinnig werken.

c. Interpersoonlijke relaties en zelfbepaling

In de regio Driebergen is op vraag van een van de cliënten op de locatie Salvia (wonen volwassenen) een weerbaarheidstraining gegeven voor een tiental cliënten. Een van de begeleiders van Salvia is via een train-de-trainer-opzet nu opgeleid om de cursus aan te bieden; dit zal intern divisiebreed gebeuren in 2008.

In Den Haag zijn bijeenkomsten gehouden met ouders/ vertegenwoordigers, hetgeen in 2008 een structureel karakter zal krijgen.

d. Deelname aan de samenleving

In Driebergen is samen met de Stichting Welzijn Driebergen gezorgd voor een doorstart van "de club", een soosachtige avond voor met name de bewoners van onze woonvoorzieningen in deze regio.

Bij Mens en Tuin in Den Haag wordt gewerkt met een bredere doelgroep dan gehandicapten; het nabij gelegen verzorgingshuis maakt gebruik van de tuin voor wandelingen.

e. Belangen

Belangenbehartiging vindt op afdelingsniveau plaats in rechtstreeks contact tussen ouders en begeleiders of teamleiders, of via de cliëntenraad. In Amsterdam zijn in 2007 themagebonden signaleringsavonden voor ouders of verzorgers gestart. Nog niet alle locaties hebben een adequaat functionerende raad; in 2008 wordt hieraan veel aandacht besteed, evenals aan de formulering van aandachtsgebieden van de raden.

f. Zorgafspraken en ondersteuningsplan

Een nieuwe systematiek rond zorgplannen is ingevoerd, waarbij de nadruk ligt op doelgericht en methodisch werken. Medewerkers zijn in een instructiebijeenkomst opgeleid; voor 2008 staan een verdere implementatie, evaluatie en mogelijk bijstellen van de methodiek op het programma.

g. Cliëntveiligheid

In verband met de eerder geconstateerde toename van gedragsproblemen is op diverse locaties opnieuw gekeken naar de huisvesting en de inrichting en zijn separeermogelijkheden verbeterd.

h. Kwaliteit van medewerkers en organisatie

Medewerkers hebben in 2007 scholing gekregen met name op het gebied van agressie en bedrijfshulpverlening. Voor komend jaar staat een organisatiebreed scholingsplan op de rol. Leidinggevenden zijn getraind in een nieuwe methodiek met betrekking tot het voeren van jaargesprekken, vanuit de achtergrond van levensfasebeleid, dat in 2008 zijn beslag zal krijgen.

Er is in de regio Driebergen een Calibris-erkenning verworven zodat erkende arbeidsleerplaatsen en stageplaatsen worden aangeboden; tevens dwingt het bieden van een leeromgeving ons weer met meer aandacht naar de teamprocessen te kijken. Binnen een van de woonhuizen van Salvia is een specifiek behandelklimaat ontwikkeld voor een specifieke doelgroep, met extra inhuren van gedragsdeskundige expertise.

i. Samenhang in zorg en ondersteuning

In 2007 heeft de regionalisering centraal gestaan: meer afstemming tussen de verschillende locaties over aanbod, gebruik maken van elkaar, mobiliteit van medewerkers, uitwisseling van deskundigheden, zorg en dienstverlening. Dit alles onder leiding van een regiomanager, waarmee een nieuwe functie is gecreëerd en een interne reorganisatie is doorgevoerd. De regioconsulent krijgt eveneens

een duidelijke rol in de regionalisering; in Den Haag zijn stappen gezet om te komen tot een gemeenschappelijk zorgloket.

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 tweede 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. 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

Voor landelijk werkende instellingen is het niet verplicht om op deze indicator te rapporteren, omdat de omvang van de risicogroep landelijk onbekend is. We willen een uitzondering maken voor onze voorlichtingsavonden voor familie en naasten van cliënten die bij ons in behandeling zijn; dit is een risicogroep die wel enigszins in kaart te brengen is. Niet al onze afdelingen organiseren deze activiteit, maar bij de 5 afdelingen die dit wel

doen zijn in 2007 312 naasten van patiënten op een dergelijke bijeenkomst bereikt. 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 74 % van de cliënten, dat de behandeling heeft geleid tot verbetering of stabilisering van de klachten. Bij de divisie verslavingszorg is dat 90 %, en voor de instelling als geheel vindt 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 dient tijdens de behandeling met een voor- en nameting te worden gemeten met een instrument als de SCL-90 of de HONOS. Dat is in 2007 niet systematisch gedaan op alle afdelingen; op verschillende afdelingen zijn wel pilots in deze richting gedaan; in 2008 zal dit resulteren in een meer systematische effectmeting.

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 2007 van 1184 patiënten GAF-scores ingevuld; bij 237 patiënten (20%) is sprake van een verbeterde GAF-score. Hierbij moet worden opgemerkt dat in verband met het gaan registreren in DBC-systematiek een inhaalslag moest worden gemaakt met oudere, lang lopende dossiers, waarbij een deel van de informatie niet goed meer te achterhalen was. In veel gevallen zijn de GAF-scores onvoldoende geregistreerd. In 2008 zullen betrouwbaarder scores leverbaar zijn

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 30% (2006: 20%). Bij de meeste diagnosegroepen betreft het tussen de 15

en 25% heropnames; verslavingszorg scoort zoals te verwachten was het hoogst met 40% heropnames. Dit is verklaarbaar vanwege het draaideureffect in de verslavingszorg: zorg wordt door cliënten verslavingszorg sneller afgebroken, maar hiermee is rekening gehouden, er is een lage drempel om terug te komen in zorg, de zgn. positieve draaideur. De gemiddelde duur van een eerste opname is 83 dagen (2006: 79 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 5 % van de behandelrelaties. In de psychiatrie gaat het om 2% van de behandelrelaties. Uitsplitsing naar diagnose laat zien dat drop-out vooral voorkomt in de verslavingszorg: 10%. Zoals we hiervoor al zagen, is dit een ingecalculeerd gegeven.

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 is dit bij slechts 20% van de patiënten binnen een week te realiseren; echter binnen 6 weken hebben alle patiënten een dergelijke screening gehad. Screening gebeurt volgens een vastgelegde procedure 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 91% van de ontslagen het geval. De verslavingszorg scoort hierbij 87%, de psychiatrie 94%.

5.2.2.2 Veiligheid ggz

De indicatoren voor veiligheid van patiënten zijn:

- a. onveiligheid door het ontbreken van informatie
- b. percentage suicides
- 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 waarbij dossiergegevens niet voorhanden waren. Dit komt in onze instelling naar schatting 1 tot 5 keer per jaar voor. In het FOBO-meldingssysteem moet in de toekomst hiervoor het ontbreken van informatie worden geregistreerd, hetgeen in onze instelling nog niet expliciet het geval is; in 2008 zal dit aan de FOBO procedure worden toegevoegd.

Ad b. Percentage suicides

Hiermee wordt gevraagd naar het aantal suicides tijdens de behandeling in 2007, gerelateerd aan de instellingsgrootte. In 2007 heeft zich een suicide voorgedaan tijdens de behandeling, het betrof een ambulante patiënt. Er zijn 1493 ambulante patiënten in behandeling geweest; het gaat dus om minder dan 1 promille.

Ad c. Incidenten cliëntenzorg/ FOBO meldingen

In de Lievegoed Zorggroep, divisies verslavingszorg en psychiatrie, zijn in 2007 30 meldingen van incidenten gedaan door medewerkers (FOBO; vorig jaar ook 30). Het totaal aantal ingeschreven cliënten was 1664; het gaat dus om 1,8%. Van de meldingen betroffen er 18 de divisie psychiatrie, in meerderheid de Bernard Lievegoed kliniek. Uit de divisie verslavingszorg zijn 11 meldingen gekomen; het aantal meldingen is redelijk in verhouding tot het aantal patiënten bij de divisies. De FOBO-procedure lijkt beter bekend op iedere afdeling dan voorheen.

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

Gemiddeld was de wachttijd tot de start van de behandeling 72 dagen (in 2006: 68). Deze wachttijd komt geheel voor rekening van de ambulante zorg: hier was de wachttijd 119 (vorig jaar 66) dagen, en 45 % (2006: 70%) van de behandelingen is hier binnen de afgesproken normtijd van 98 dagen gestart. Bij de klinische zorg was nauwelijks wachttijd: gemiddeld 1 dag (vorig jaar: 75 dagen); hier is 99% (2006: 77%) van de behandelingen binnen de normtijd van 105 dagen gestart. De fusie en de onbekendheid van de nieuwe naam speelde hierbij waarschijnlijk een rol.

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; 92% van de divisie psychiatrie en 91% van de divisie verslavingszorg.

Ad c. Keuzevrijheid

Het percentage cliënten dat naar eigen zeggen kon meebeslissen over de behandeling is 83%. Hierop scoort de divisie verslavingszorg 80%, en de psychiatrie 86%.

Ad d. Vervulling van zorgwensen

Het gaat hier om een maat voor de ervaren vraag-gerichtheid van de zorg. Bron is antwoorden op twee vragen uit de tevredenheidsmeting. Voor de instelling als geheel zegt 81% van de cliënten dat hiervan sprake is (vorig jaar was dat 90%); cliënten van verslavingszorg vinden dit in 87% van de gevallen, van psychiatrie in 71%.

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 niet of nauwelijks patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn; deze indicator is voor onze instelling dus 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 92% van de cliënten; 83% bij de divisie psychiatrie en 96% bij verslavingszorg.

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 behandelmogelijkheden 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 73% van onze cliënten op alledrie de vragen een positief antwoord. Bij de divisie psychiatrie is dit 62%, bij verslavingszorg 80%. Deze verschillen zijn verklaarbaar uit de verschillen in helderheid van de doelstellingen van de verslavingszorg (clean worden) en de psychiatrie.

5.2.2.4 Zelfbenoemde prestatie-indicatoren

In 2007 heeft onze instelling voor het eerst eigen prestatie-indicatoren geformuleerd, aanvullend op de verplichte landelijke punten. Het gaat om drie meetpunten die rechtstreeks voortkomen uit onze visie en missie, nl:

- a. multidisciplinaire hulpverlening
- b. antroposofische beeldvorming vult de diagnose aan
- c. verandering van kwaliteit van leven.

Ad a: multidisciplinaire hulpverlening

De behandeling binnen de Lievegoed Zorggroep behelst altijd twee of meer vormen van therapie. Onze holistische kijk op gezondheid brengt met zich mee dat we ook op meerdere aspecten van de mens hulpmiddelen willen aanreiken om gezonder te worden, ook op basis van de ervaring dat behandelwijzen elkaar kunnen versterken. Een dossiersteekproef bevestigt dat dit in alle behandelingen, klinisch of ambulant, de praktijk van werken is.

Ad b: antroposofische beeldvorming aanvullend op DSMIV diagnose

Uit de holistische, integrale benadering vloeit voort dat we een brede beeldvorming hanteren

bij in de intake, om de reguliere diagnose aan te vullen en te verfijnen. Ook hiervan is middels een dossiersteekproef vastgesteld dat dit in alle gevallen gebeurt en wordt geregistreerd.

Ad c: Verandering in kwaliteit van leven

Dit wordt gemeten door vraag 15 van de tevredenheidsmeting cliënten, die navraagt in hoeverre mensen na de behandeling beter in staat zijn de dingen te doen die zijn belangrijk vinden. Van onze ggz- cliënten vindt 88 % dat dit het geval is.

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 zal worden aangesloten bij de interne klachtenbemiddeling zoals die in andere divisies gebruikelijk is; de personele invulling van deze functie is nog in bespreking.

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. Hier zijn in 2007 7 klachten binnengekomen, vorig jaar waren dat er 10. De klachten betreffen merendeels behandeltechnische en communicatieve vraagstukken. Ze werden ingediend vanuit 6 verschillende afdelingen, waaruit

mag blijken dat de beschikbaarheid van de interne klachtenfunctionaris breder bekend is geworden. In drie gevallen werd de klacht bevredigend afgerond; eveneens in drie gevallen was de afloop voor de cliënt onbevredigend, maar werd door deze geen verdere actie ondernomen. Een klacht is overgenomen door de Patiënten Vertrouwens Persoon (PVP).

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. De dossiervorming van de interne klachten kan verbeterd worden. Eind 2007 is een nieuwe functionaris aangetreden, die hiervoor verantwoordelijkheid neemt.

Klachtencommissie

Samen met enkele andere antroposofische zorginstellingen beschikt de instelling over een klachtencommissie. De samenstelling van deze commissie is in het verslagjaar gewijzigd; zoals was voorgenomen bestaat zij nu geheel uit externe leden, die zich scholen om dit werk te kunnen doen. Hiermee zal de doelstelling, nl. een objectief oordeel ontvangen over een minder goed verlopen gang van zaken, beter worden gerealiseerd. De drempel om een klacht in te dienen wordt lager, en de kritische blik van buitenstaanders zal de instelling naar verwachting manen tot het voorkomen van klachten. De klachtencommissie ontving in het verslagjaar twee klachten vanuit de Lievegoed Zorggroep, die beide in 2008 zullen worden afgehandeld. Beide voorgaande jaren was dat één klacht. De commissie had regelmatig overleg met de bestuurder.

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. In 2007 is daarvan een flink deel toegewezen, zodat we kunnen uitbreiden, vnl. met RIBW-voorzieningen.

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. Vandaar dat een belangrijke beleidsdoelstelling is om op meer locaties ambulante zorg te starten. Uitbreiding in deze zin is in het verslagjaar gerealiseerd in Eindhoven (i.s.m. Bronlaak Heimdal) en in Maastricht, en wordt op verschillende andere plekken voorbereid.

Telefonische bereikbaarheid is aangevuld met een mogelijkheid per e-mail cliënten aan te melden. De divisie psychiatrie heeft de voorkeur grotendeels centraal georganiseerd, en voor de verslavingszorg is een centrale intake in januari 2007 van start gegaan. Voor de cliënt betekent dit: een kortere reisafstand, een kortere wachtlijst en een snellere en kwalitatief betere trajecttoewijzing.

Toegankelijkheid VGZ

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

5.3.3 Veiligheid

Veiligheid concernbreed

Op het gebied van ARBO is in 2007 een aantal risico-inventarisaties uitgevoerd; voor de divisie gehandicaptenzorg is dit nagenoeg compleet. Bij de andere divisies is een nulmeting gedaan; dit is de eerste inventarisatie, die veel aanknopingspunten geeft voor plannen van aanpak voor 2008. Er is een beheersplan legionella voor de locaties van de gehandicaptenzorg; meting van de voortgang hiervan is overgedragen aan de verantwoordelijken voor bouw en huisvesting. De bedrijfshulpverlening is opnieuw aangepakt in 2007: er zijn ongeveer 30 medewerkers opgeleid en velen hebben herhalingscursussen gevolgd.

Gegevensbeveiliging en dossiervorming

In 2007 is verder gewerkt aan het ontwikkelen van een duidelijke richtlijn voor het aanvragen van kopiëstukken, het laten vernietigen van het eigen dossier (zowel elektronisch als papieren versie). Bovendien is een werkinstructie gemaakt voor het bundelen van elektronisch opgeslagen correspondentie in een map per patiënt.

Privacyreglement

In het kader van de voorbereiding van HKZ-certifi-

cering is het privacyreglement geactualiseerd en concernbreed ingevoerd.

5.4 Samenleving

Maatschappelijk verantwoord ondernemen t.a.v. 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 bij voorkeur uit natuurlijke materialen en er wordt schoongemaakt met biologisch afbreekbare middelen. Wat betreft de maaltijden wordt gekozen voor biologische, en zo 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 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.

Bijlage 1

Uitgangspunten voor zorgverlening en bejegening vanuit de antroposofische mensvisie

Bron: kwaliteitssysteem Lievegoed Zorggroep, nov 2007

1. Holistisch mensbeeld en integrale benadering

Het antroposofisch mensbeeld is holistisch en vormt een inspiratiebron voor onze zorg. Dat betekent dat zowel diagnostiek als therapieën vanuit vier verschillende gezichtspunten worden benaderd. Het fysieke aspect, de levensprocessen, het zieleleven en de geestelijke dimensie, die in samenwerking met elkaar een rol spelen, krijgen elk hun eigen betekenis binnen een holistische visie op de mens (A. Rumke: Verkenningen in de psychiatrie, een holistische benadering, Christofoor, Zeist). De zorg vindt dan ook plaats vanuit een integrale benadering van de patiënt of cliënt, met aandacht voor de hele mens en een behandeling die lichaam, ziel en geest aanspreekt.

2. Gezonde kern als basis voor bejegening

Gemeenschappelijk is tevens het gezichtspunt dat iedereen een gezonde kern in zich draagt, hoe problematisch of beperkt het leven op dit moment ook is. Deze kern wordt gezocht in de behandeling en begeleiding, en naast het bestrijden van het zieke richt de aanpak zich nadrukkelijk op het versterken van het gezonde. Hierbij sluiten we aan op de theorie van de salutogenese (Antonovsky en Maslow).

Een beperking of ziekte zegt niets over de waarde van iemands leven. Dit uitgangspunt is essentieel voor de bejegening bij onze hulpverlening en begeleiding. Niemand is meer of minder dan een ander; ieder mens is op geheel eigen wijze "onderweg".

3. Visie op ontwikkeling

Menselijke ontwikkeling is een centraal thema vanuit het antroposofisch mensbeeld.

Ontwikkeling is een basisbehoefte van ieder mens. De mens doet in zijn leven zinvolle ervaringen op en komt zo tot ontwikkeling als vrij wezen. Zonder weerstanden, zonder keuzemogelijkheden kan er geen sprake zijn van de ontwikkeling van vrijheid. Een leidende vraag voor het maken van een behandel-/begeleidingsplan is dan ook: wat maakt ontwikkeling optimaal mogelijk?

4. Zelfbepaling/ regie over eigen leven

De mens blijft te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de eigen ontwikkeling en het eigen leven, hoe

afhankelijk van hulp ook. Dat betekent het zeer serieus nemen van de signalen en keuzes die een levensrichting aangeven. Er wordt altijd gezocht naar mogelijkheden om een cliënt/patiënt zo te ondersteunen dat het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen doen en laten maximaal is. In de begeleiding/ behandeling is de motivatie van de patiënt/cliënt dus een leidende factor.

Hierbij sluiten we aan bij de theorie van Sense of Coherence (Antonovsky), die aangeeft dat het gezond makend is als mensen ze begrijpen wat er gebeurt, hier invloed op kunnen uitoefenen en er de zin van inzien.

5. Gemeenschapsvorming

Ontwikkeling is alleen mogelijk door te leven in een sociale context, die enerzijds bescherming biedt en anderzijds eisen aan je stelt. Daar waar de mens zich vroeger vooral als groepsmens manifesteerde, is er nu sprake van een steeds individuelere invulling van ontwikkeling. Psychiatrische ziektebeelden en verslaving kenmerken zich door een vorm van isolement, zich afgesneden voelen. Het (weer) onderdeel uitmaken van sociale verbanden, van een gemeenschap, is een belangrijk aspect van veel van onze behandelingen.

Tegelijkertijd is en blijft de mens te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de eigen ontwikkelingsweg. Ook de mens met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek is, hoe afhankelijk ook van hulp van anderen, in diepste wezen verantwoordelijk voor het eigen leven. Er wordt in de zorg altijd gezocht naar mogelijkheden om een cliënt of patiënt, zoveel als mogelijk is, verantwoordelijk te laten zijn voor het eigen doen en laten.

6. Zingeving

De confrontatie met ziekte, verslaving of ontwikkelingsproblematiek blijkt voor veel mensen zingevingsvragen op te roepen. De antroposofisch geïnspireerde zorg sluit hierbij aan. Het ervaren van zin in het leven is een belangrijk doel van de aanpak. Het leveren van een bijdrage in een groter geheel, door te participeren in een groep, samen te leven, zinvolle (lichamelijke) arbeid te verrichten waarvan het resultaat direct zichtbaar is, in contact komen met cultuur en natuur, het vieren van feesten en gedenkwaardige momenten zijn manieren om (weer) een zinvolle verhouding tot jezelf en de wereld te vinden. In combinatie met gerichte therapeutische methodieken vormen deze elementen een behandelcultuur die helend werkt en die nieuwe vertrekpunten aanreikt voor een volgende levensfase.