



**JAARDOCUMENT
MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING
ZORGINSTELLINGEN 2006**

RIBW OOST-VELUWE

DEEL I MAATSCHAPPELIJK VERSLAG 2006

DEEL II JAARREKENING 2006

DEEL III VRAGENLIJSTEN DIGI MV 2006



MAATSCHAPPELIJK VERSLAG 2006

RIBW OOST-VELUWE

© RIBW Oost-Veluwe

Eindredactie Th.H.M. Solen, Raad van Bestuur en J.L. van Dooren, Secretaris Raad van Bestuur

Inhoudsopgave

1	UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING.....	8
1.1	Leeswijzer.....	8
2	PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	9
2.1	Algemene identificatiegegevens	9
2.2	Structuur van de RIBW Oost-Veluwe	9
2.3	Kerngegevens van de RIBW Oost-Veluwe	10
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	11
2.3.1.1	Productie, personeel en opbrengsten.....	11
2.3.2	Werkgebieden en Zorgkantoorregio's	12
2.4	Belanghebbenden.....	12
3	CORPORATE GOVERNANCE	15
3.1	Bestuur en toezicht.....	15
3.1.1	Zorgbrede Governance Code	15
3.1.2	Raad van Bestuur	16
3.1.3	Raad van Toezicht.....	16
3.2	Bedrijfsvoering	17
3.2.1	Planning & Control	17
3.2.2	Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle.....	18
3.2.3	Indicatiestelling, zorgtoeleiding, informatie en facturering.....	18
3.2.4	Zorg Zwaarte Pakketten	19
3.2.5	Vastgoed.....	19
3.2.6	Bedrijfsrisico's	19
3.2.7	Kwaliteitsmanagement.....	19
3.2.8	Verzekeringsportefeuille	19
3.2.9	Bankzaken	20
3.2.10	Elektronische kas	20
3.2.11	Square.....	20
3.3	Ondernemingsraad	20
3.4	Cliëntenraad	22
3.5	Familieraad	23
3.6	Commissie van vertrouwenslieden	24
4	BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	25
4.1	Meerjarenbeleid	25
4.1.1	Resultaten van het meerjarenbeleid.....	25
4.1.2	Nieuw meerjarenbeleid	26
4.1.3	Plen je Plan voor een Maximaal Resultaat.....	28
4.2	Huisvestingsbeleid	28
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	29
4.4	Kwaliteitsbeleid t.a.v. cliënten.....	30
4.4.1	Zelfbeschikking.....	31

4.4.1.1	Individuele Rehabilitatie Benadering.....	31
4.4.1.2	Herstel	32
4.4.1.3	Samenwerken in de begeleidingdriehoek.....	33
4.4.2	Participatie in de samenleving.....	33
4.4.2.1	Begeleid Leren	33
4.4.2.2	ICT-toepassingen	34
4.4.2.3	Vriendendienst De Compagnon	34
4.4.2.4	Bureau Metgezel	35
4.4.2.5	Dagactiviteiten en Zorgboerderijen.....	35
4.4.3	Ontwikkeling nieuw zorgaanbod	35
4.4.3.1	Gezinsbegeleiding	35
4.4.3.2	Jeugdprojecten.....	36
4.4.3.3	Projecten voor ouderen	37
4.4.3.4	Samenwerking met Saxion Hogescholen / Jeugdprojecten.....	37
4.4.3.5	Doorbraakproject Schizofrenie	37
4.4.4	Kwaliteit van zorg	38
4.4.4.1	Cliënttevredenheidsonderzoek	38
4.4.5	Wetenschappelijk onderzoek	38
4.4.5.1	UTOPIA	39
4.4.5.2	Herstel	39
4.4.6	Klachten	39
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	39
4.5.1	Personeelsbeleid.....	40
4.5.2	Kwaliteit van het werk	41
4.6	Samenleving.....	41
4.7	Milieu.....	42
4.8	Financieel beleid	42
4.8.1	Resultaatratio AWBZ-gefinancierde middelen.....	43
4.8.2	Liquiditeit.....	43
4.8.3	Solvabiliteit	43
5	LIJST VAN AFKORTINGEN	45
A	BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	46
A.1	Nadere typering Stichting RIBW Oost-Veluwe	46
A.2	Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie	47
B	BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3 GOVERNANCE.....	48
B.1	Bestuur en toezicht.....	48
B.1.1	Wettelijke transparantie-eisen bestuurstructuur	48
B.1.2	Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering.....	50
B.1.3	Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht M/V	50
C	BIJLAGE HOOFDSTUK 4 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	51
C.1	Algemeen Kwaliteitsbeleid.....	51
C.2	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten.....	52
C.2.1	Kwaliteit van zorg GGZ.....	52

C.2.2	Klachten	58
C.3	Personeelsbeleid.....	59
C.3.1	Kwaliteit van het personeel.....	59
C.3.2	Kwaliteit van het werk	60

1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Onderstaand vindt u een toelichting op de uitgangspunten van de Stichting RIBW Oost-Veluwe bij het opstellen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2006.

Vanwege de wens om op een moderne en transparante wijze verantwoording af te leggen over het door ons gevoerde beleid, hebben wij het Ministerie van VWS, evenals over 2005, verzocht te participeren in het landelijke project Maatschappelijke Verantwoording. In deze pilot kunnen GGz-instellingen verantwoording afleggen door middel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Het Jaardocument 2006 voldoet aan de wettelijke verplichtingen en de eisen van de convenantpartijen. Het document vervangt de verschillende, tot op heden gebruikelijke, verantwoordingsdocumenten en brengt daardoor samenhang in de verantwoording. Doel ervan is om door middel van één integraal jaardocument instellingen in staat te stellen te voldoen aan hun informatieplicht. Dit moet o.a. leiden tot verlichting van administratieve lasten.

Het Jaardocument heeft betrekking op de RIBW Oost-Veluwe als geheel gedurende 2006. Er is geen sprake van segmentering.

Stichting RIBW Oost-Veluwe bestond in het verslagjaar 25 jaar. Een jubileum om trots op te zijn en te vieren! Het jubileum werd gevierd met cliënten, relaties en medewerkers. Dankzij sponsoring kregen alle cliënten een dinerbon van €50 en een boottocht met Rederij Eureka op de IJssel aangeboden. Ook werd een jubileumuitgave (in boekvorm) uitgebracht: RIBW Oost-Veluwe, balans tussen vasthouden en loslaten.

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 'Profiel van de organisatie' gaat in op de algemene gegevens, de structuur, de kerngegevens en de belanghebbenden van de RIBW Oost-Veluwe.

Hoofdstuk 3 'Corporate Governance' biedt informatie over bestuur en toezicht, de bedrijfsvoering en de medezeggenschap van cliënten, naastbetrokkenen en medewerkers.

Hoofdstuk 4 'Beleid, inspanningen en prestaties' heeft betrekking op het meerjarenbeleid, het algemeen (kwaliteits)beleid, klachten, toegankelijkheid, veiligheid, kwaliteit t.a.v. de medewerkers, de samenleving (maatschappelijk verantwoord ondernemen) en het financiële beleid.

Hoofdstuk 5 bevat een lijst van in het Jaardocument gebruikte afkortingen.

Tot slot vindt u de Bijlagen. De bijlagen zijn gerelateerd aan de paragrafen 3 Profiel van de organisatie, 4 Governance en 5 Beleid, inspanningen en prestaties. De in het jaardocument opgenomen tabellen zijn eveneens digitaal geleverd via de webenquête. In de enquêtes maakt de RIBW Oost-Veluwe geen onderscheid tussen diagnosegroepen omdat dat niet aansluit bij de werkwijze.

2 Profiel van de organisatie

Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgend de algemene identificatiegegevens van de RIBW Oost-Veluwe, de structuur, de kerngegevens en de belanghebbenden.

2.1 Algemene identificatiegegevens

De algemene identificatiegegevens van de RIBW Oost-Veluwe vindt u in tabel 1.

Tabel 1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting RIBW Oost-Veluwe
Adres	Deventerstraat 28
Postcode	7311 LW
Plaats	Apeldoorn
Telefoonnummer	055 578 88 31
Identificatienummer NZa	120 / 506
Nummer Kamer van Koophandel	41039180
E-mailadres	centraalbureau@ribwoostveluwe.nl
Internetpagina	www.ribwoostveluwe.nl

2.2 Structuur van de RIBW Oost-Veluwe

De juridische vorm van de RIBW Oost-Veluwe is een stichting. Daarbij is sprake van een Raad van Toezicht- / Raad van Bestuurmodel.

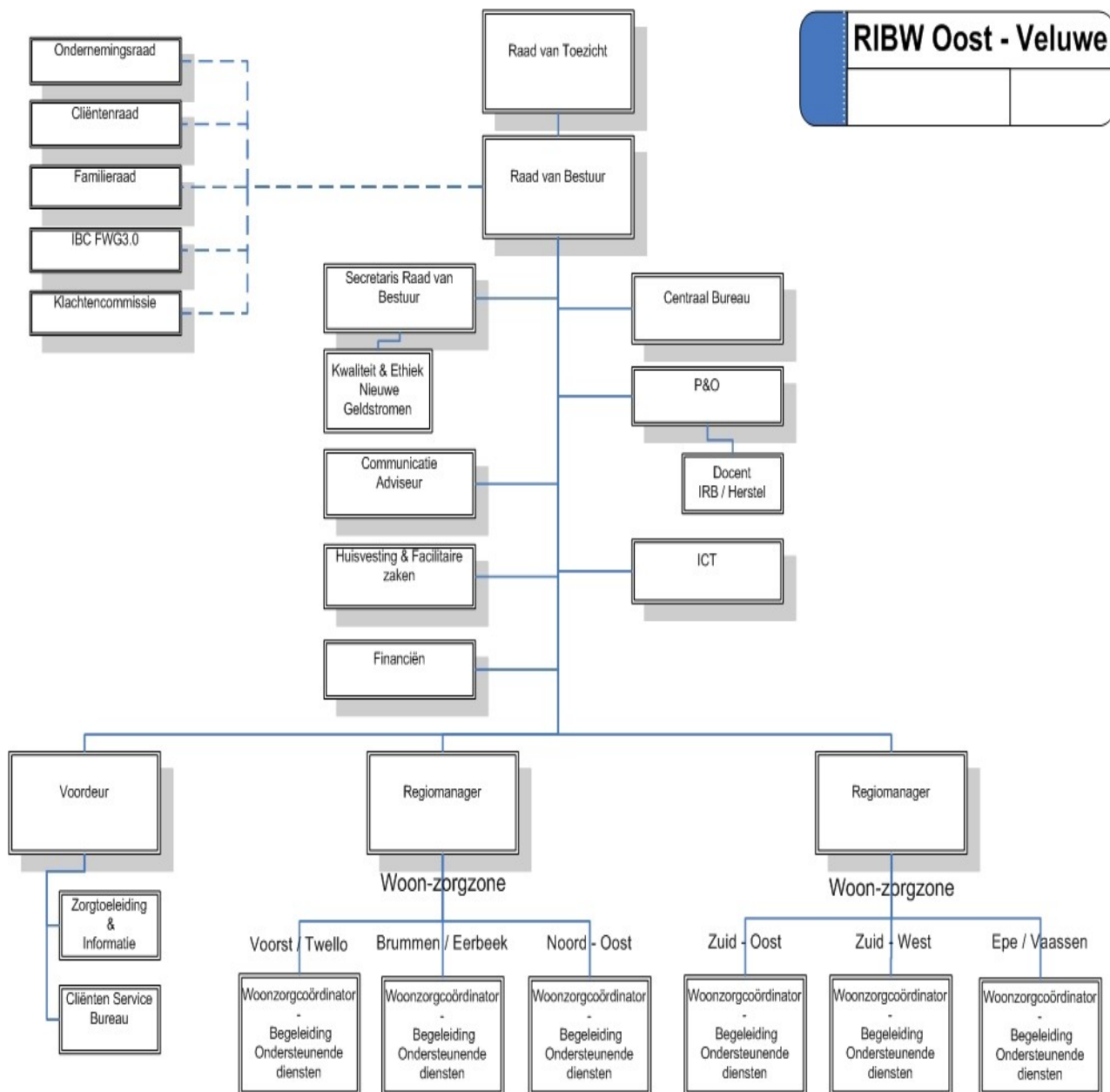
De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken. Eindverantwoordelijk is de Raad van Bestuur.

Twee Regio Managers geven leiding aan de zorgverlenende teams in twee gelijkwaardige regio's. Zes Woonzorgcoördinatoren coördineren de dagelijkse werkzaamheden van deze teams in de woonzorgregio's op het gebied van Wonen en Zorg. Het betreft de regio's: Noordoost (Apeldoorn), Zuidoost (Apeldoorn), Zuidwest (Apeldoorn), Brummen, Epe / Vaassen en Voorst / Twello.

Het Centraal Bureau, het Regio Bureau, het Voordeurteam en het Cliënten Service Bureau (CSB) zijn verantwoordelijk voor de ondersteunende processen. Deze kennen hun eigen leidinggevende structuur. De administratie en salarisadministratie zijn in handen van Reinoud Accounting te Arnhem.

De medezeggenschap is georganiseerd met behulp van de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Familieraad. De samenstelling van deze adviesorganen en de door hen uitgebrachte adviezen komen in Hoofdstuk 3 Corporate Governance aan de orde.

Het organigram van de RIBW Oost-Veluwe vindt u in Figuur 1.



Figuur 1 Organigram RIBW Oost-Veluwe

2.3 Kerngegevens van de RIBW Oost-Veluwe

De kerngegevens van de RIBW Oost-Veluwe hebben betrekking op de kernactiviteiten in het verslagjaar, gegevens over productie, personeel en de opbrengsten, het werkgebied en de belanghebbenden. In Bijlage A vindt u aanvullende informatie over de geleverde AWBZ-functies en de AWBZ- doelgroepen (cliënten).

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Stichting RIBW Oost-Veluwe beschikte in het verslagjaar over een toelating voor huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ondersteunenden en activerende begeleiding en verblijf. In het verslagjaar kende de toegelaten capaciteit verblijf een groei van 14,2%. De instelling groeide van 254 plaatsen beschermd wonen op 1 januari tot 296 plaatsen op 31 december 2006. Tabel 2 toont de ontwikkeling van de toegelaten capaciteit in 2006.

Tabel 2 Ontwikkeling capaciteit en toelating in 2006

Datum	Capaciteit
1 januari 2006	254 plaatsen
1 februari 2006	263 plaatsen
1 april 2006	270 plaatsen
1 juni 2006	284 plaatsen
28 juli 2006	289 plaatsen
1 september 2006	295 plaatsen
9 oktober 2006	298 plaatsen
28 oktober t/m 31 december 2006	296 plaatsen

De kernactiviteiten van de RIBW Oost-Veluwe bestaan op 31 december 2006 uit het bieden van beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteiten voor verschillende diagnose- en leeftijdsgroepen. Deze diensten worden geboden aan daarvoor, door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), geïndiceerde personen met psychische en psychosociale handicaps.

De organisatie ontplooit geen private activiteiten.

2.3.1.1 Productie, personeel en opbrengsten

Deze paragraaf (zie Tabel 3) biedt informatie over de productie, het personeel en de opbrengsten in het verslagjaar van de RIBW Oost-Veluwe. Het aantal ambulante contacten heeft betrekking op Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) en is een zo nauwkeurig mogelijke benadering. In tabel 4 vindt u gegevens over de leeftijdsopbouw van de cliënten, verdeeld naar geslacht en zorgaanbod.

Tabel 3 Kerngegevens productie, capaciteit, personeel en opbrengsten GGZ van RIBW Oost-Veluwe

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Cliënten	
Aantal cliënten in zorg op 31 december	550
Capaciteit	
Aantal feitelijke plaatsen beschermd wonen op 31 december	278
Productie	
Aantal verzorgingsdagen beschermd wonen in verslagjaar	93.680
Aantal ambulante contacten in verslagjaar	23.248 ¹
Aantal uren Begeleid Zelfstandig Wonen	24.999
Aantal uren dagactiviteiten	9.395

¹ Het aantal ambulante contacten is zo nauwkeurig mogelijk geschat, omdat registratie niet plaatsvindt.

Personeel	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december	232
Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december	170,38
Bedrijfsopbrengsten	
Totale bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	€12.058.220
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€11.881.147
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€177.073

Tabel 4 Leeftijdsopbouw van cliënten verdeeld naar geslacht en zorgaanbod

Leeftijd	Beg Zelfst Wonen			Beschermd Wonen			Totaal
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	
11-20	2	2	4	20	10	30	34
21-30	25	29	54	45	21	66	120
31-40	30	56	86	32	19	51	137
41-50	25	35	60	32	19	51	111
51-60	22	21	43	21	10	31	74
61-70	9	14	23	12	16	28	51
71-80	1	4	5	4	11	15	20
81-90	0	1	1	11		2	3
Totaal	114	162	276	167	107	274	550

Op peildatum 31 december waren aanwezig: 281 mannen en 269 vrouwen.

2.3.2 Werkgebieden en Zorgkantorregio's

Het werkgebied van de RIBW Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe en Voorst en bevat ca 240.000 inwoners. De RIBW Oost-Veluwe was in 2006 werkzaam in de Zorgkantorregio's Apeldoorn, Zutphen e.o. en Midden IJssel (gemeente Voorst). Zorgkantoor Apeldoorn, Zutphen e.o. verzorgde namens Zorgkantoor Midden IJssel de zorginkoop in de gemeente Voorst.

2.4 Belanghebbenden

Deze paragraaf geeft een overzicht van belanghebbenden van de RIBW Oost-Veluwe. Tevens wordt de aard van de relatie van deze belanghebbenden tot de RIBW Oost-Veluwe vermeld.

In Tabel 5 zijn (in alfabetische volgorde) de belanghebbenden van de RIBW Oost-Veluwe weergegeven. Het betreft een niet limitatieve opsomming.

Tabel 5 Belanghebbenden van de RIBW Oost-Veluwe

Belanghebbenden	Relatie
Arcuris, instelling voor maatschappelijke opvang (Iriszorg)	Samenwerkingspartner
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Stelt de indicaties voor de cliënten
Cliëntenorganisaties	Adviseur
DaAr, Dagbesteding en	Samenwerkingspartner dagbesteding

Arbeidsrehabilitatie	
De Kap, Vrijwilligersorganisatie te Apeldoorn	Samenwerkingspartner
Dr. Leo Kannerhuis te Oosterbeek	Verwijzer/ketenpartner/samenwerkingspartner
Ernst & Young te Utrecht	Accountant
Gemeente Apeldoorn	Samenwerkingspartner wonen, welzijn, zorg
Gemeente Brummen	Samenwerkingspartner wonen, welzijn, zorg
Gemeente Epe	Samenwerkingspartner wonen, welzijn, zorg
Gemeente Voorst	Samenwerkingspartner wonen, welzijn, zorg
GGNet, Centrum voor geestelijke gezondheid te Apeldoorn	Verwijzer / ketenpartner / samenwerkingspartner
Hanzeborg te Zutphen	Verwijzer / ketenpartner
Hanzehogeschool te Groningen	Kenniscentrum
Hera, Vrouwenopvang	Samenwerkingspartner
Hoenderloo Groep, Hoenderloo	Verwijzer/ketenpartner/samenwerkingspartner
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Toezichthouder / adviseur
J.P. van den Bentstichting	Samenwerkingspartner
Karakter te Ede, kinder- en jeugd psychiatrie	Verwijzer / ketenpartner / samenwerkingspartner
Kwintes (RIBW Flevoland / Vindicta RIBW)	Ketenpartner
Makelaardij	Samenwerkingspartners op gebied wonen
Mee Veluwe te Apeldoorn	Samenwerkingspartner
Ministerie van VWS	Beleidsregisseur
Nové, Jeugdhulpverleningsinstantie te Apeldoorn	Verwijzer / ketenpartner
Oldenkotte te Rekken	Samenwerkingspartner
Passerel Werk & Dagbesteding	Samenwerkingspartner
Philadelphia Zorg Apeldoorn	Samenwerkingspartner
Prismant te Utrecht	Adviseur
Piet Roorda Kliniek te Apeldoorn	Samenwerkingspartner
Provincie Gelderland	Financier / regisseur
Reinoud Accounting te Arnhem	Financiële dienstverlening
Reinoud Advies te Arnhem	Adviseur
Rentray, Justitiële Jeugd Inrichting te Eefde	Verwijzer / ketenpartner / samenwerkingspartner
RIBW Alliantie	Belangenbehartiger
Saxion Hogescholen te Deventer	Samenwerkingspartner
's Heerenloo Midden Nederland, Apeldoorn	Samenwerkingspartner
Siza Dorp Groep Arnhem	Samenwerkingspartner
Stg. MensenWerk, welzijnsinstelling, Twello	Samenwerkingspartner welzijn op gebied dagbesteding
Stg. Rehabilitatie `92 te Rotterdam	Kenniscentrum / samenwerkingspartner
Stg. Welzijn Brummen	Samenwerkingspartner op gebied welzijn
Tactus, instelling voor verslavingszorg	Samenwerkingspartner / verwijzer

Trimbos-instituut te Utrecht	Kenniscentrum
Vérian Thuiszorgorganisatie	Samenwerkingspartner
Wisselwerk, Welzijnsorganisatie te Apeldoorn	Samenwerkingspartner op gebied welzijn
Woningbouwcorporaties (14 organisaties)	Samenwerkingspartners op gebied wonen
Woonzorgcentra Iselgouw te Brummen	Ketenpartner / samenwerkingspartner
Woonzorgcentrum Avondzon (de Goede Zorg) te Apeldoorn	Ketenpartner / samenwerkingspartner
Woonzorgcentrum De Speulbrink	Samenwerkingspartner
Zorgboerderijen	Ketenpartners / samenwerkingspartner
Zorgkantoor Apeldoorn, Zutphen e.o.	Financier
Zozijn (De Lathmer) te Wilp	Verwijzer / ketenpartner / samenwerkingspartner

3 Corporate Governance

‘Governance’ heeft betrekking op het ondernemingsbestuur van de Stichting RIBW Oost-Veluwe. Het is een aanduiding voor goede en efficiënte en (maatschappelijk) verantwoorde leiding van de instelling. ‘Governance’ bevat gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording.

Bijlage B vermeldt hoe de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering voldoen aan de wettelijke transparantie-eisen. De samenstelling (naar geslacht) van de Raden van Bestuur en Toezicht vindt u eveneens in deze bijlage.

3.1 Bestuur en toezicht

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de zorgbrede Governancecode, de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, de bedrijfsvoering, de Ondernemingsraad en de vertegenwoordiging van cliënten en hun naastbetrokkenen.

De Stichting wordt conform de statuten bestuurd door de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht is een toezichthoudend orgaan.

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Als zorgorganisatie heeft de RIBW Oost-Veluwe zich (via brancheorganisatie GGZ Nederland) gecommitteerd de Zorgbrede Governance Code toe te passen. De Code schrijft voor om verantwoorde en resultaatgerichte zorg te verlenen met behulp van een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

In 2006 vonden verkenningen plaats t.a.v. de Health Governance Code. Daartoe werden de volgende activiteiten verricht.

De Raden van Bestuur en Toezicht ontwikkelden het beleid m.b.t. de interne beheersings- en controlesystemen. De administratieve processen en een controleplan in het kader van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne controle (AOIC) werden beschreven. Het desbetreffende rapport is ontwikkeld in afstemming met de accountant. Uitvloeisel daarvan is dat de accountant halverwege het jaar en tussencontrole verricht. Tevens wordt de accountant op de hoogte gehouden van de financiële bewegingen en de verplichtingen van de instelling. De Raad van Toezicht ontvangt maandrapportages.

De Raden van Toezicht en Bestuur bespraken regelmatig de structuur, de strategie en de risico's die verbonden zijn met de activiteiten van de organisatie. Naast zes reguliere vergaderingen vond overleg plaats met de accountant over diens ‘managementletter’. Tevens werden themabijeenkomsten georganiseerd waarin de structuur en de strategie van de organisatie onderwerp van gesprek waren. AAG te Den Bosch rapporteerde m.b.t. de risicofactoren inzake toezichthouden en besturen. Het hiermee samenhangende beleid zal in 2007 verder ontwikkeld worden. Hiertoe adviseerde Prismant te Utrecht.

In 2006 zijn voorbereidingen getroffen om de statuten te wijzigen in relatie tot het enquêterecht. Zorgbelang Gelderland te Arnhem krijgt de bevoegdheden om het enquêterecht uit te voeren. De Cliëntenraad wordt betrokken bij de uitvoering daarvan. De

vereiste statutenwijziging was op 31 december 2006 in concept gereed. De notariële bekrachtiging zal plaatsvinden in 2007.

Bovenvermelde zaken zijn voor de Raden van Bestuur en Toezicht vertrekpunt voor verdere beleidsontwikkeling in 2007. Het nieuw te ontwikkelen beleid zal vastgelegd worden in een statuut.

Hoe voldaan is aan de wettelijke vereiste transparantie-eisen vindt u in Bijlage B.

3.1.2 Raad van Bestuur

In deze paragraaf (Tabel 6) vindt u informatie over de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het bestuur van de organisatie.

De Raad van Bestuur verantwoordt de prestaties van de organisatie maandelijks. Het betreft de ontwikkelingen op het gebied van het beleid, de markt, productie en productieafspraken en de uitgaven. Het aangaan van (financiële) verplichtingen op de korte en lange termijn wordt tevens verantwoord.

In het verslagjaar zijn voorbereidingen getroffen voor een nieuw reglement voor de Raad van Bestuur. Kernelementen daarvan zijn dat de Raad van Toezicht optreedt als hoogste orgaan van de organisatie en als werkgever, klankbord en adviseur van de Raad van Bestuur. Een vernieuwd model functioneringsgesprek zal onderdeel uitmaken van het reglement. Effectuering vindt plaats in 2007.

Bij de bezoldiging van de bestuurder zijn de richtlijnen van de Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) en de CAO GGZ het uitgangspunt. De wettelijk vereiste informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de Raad van Bestuur vindt u in de Jaarrekening 2006 en de vragenlijsten behorende bij DigiMV

Tabel 6 Samenstelling Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Th.H.M. Solen	Raad van Bestuur	Geen

3.1.3 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de organisatie. Zij handelt vanuit haar maatschappelijke betrokkenheid en deskundigheid. De Raad van Toezicht heeft statutaire taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Conform de statuten is de Raad de werkgever van de Raad van Bestuur en geeft goedkeuring aan een aantal door de Raad van Bestuur genomen besluiten. Behalve als toezichthouder fungeert de Raad als klankbord en adviesorgaan. De Raad van Toezicht beoordeelt periodiek het functioneren van de Raad van Bestuur.

De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk van de bij de organisatie betrokken partijen en bevorderen een goed functioneren van de organisatie. Zij hebben, buiten hun functie als toezichthouder, geen belangen in relatie tot de RIBW Oost-Veluwe.

De Raad van Toezicht vergaderde zes maal in het verslagjaar. De accountant ontvangt de verslaglegging. De Raad van Bestuur is aanwezig bij deze vergaderingen. Een uitzondering daarop is een vergadering waarin de bezoldiging van de Raad van Bestuur besproken wordt. De Raad van Toezicht kende in het verslagjaar geen commissies.

Via de ontwikkeling van de interne versie van de Beleidsnota 'Zorg in en om de straat, Beleidsplan 2006 - 2010' was de Raad van Toezicht betrokken bij de strategieformulering van de RIBW Oost-Veluwe.

Om haar toezichthoudende rol te vervullen, voerde de Raad van Toezicht overleg met de externe accountant zodra de managementletter is uitgebracht.

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht was gebaseerd op een onderzoek door Ernst & Young. De leden van de Raad van Toezicht kunnen onkosten, conform het beleid, declareren. Verantwoording daarvan vindt plaats in de Jaarrekening 2006.

In tabel 7 vindt u de samenstelling van de Raad van Toezicht en hun aandachtsgebieden.

Tabel 7 Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Aandachtsgebied
Drs. H.J. Bos, Beekbergen, voorzitter	Algemeen
Mw. drs. G.P.M. van den Berg, Rosmalen, lid	Personeel en organisatie
R.W. Botzen, Apeldoorn, lid	Financiën
Mr. R.Ph. Gerzon, Huizen, lid	Juridische Zaken
Mw. drs. D. van der Jagt, Eerbeek, lid	Algemeen

3.2 Bedrijfsvoering

Deze paragraaf gaat in op de opzet en het functioneren van de belangrijkste sturingsystemen en risicobeheersings- en controlesystemen. Tevens worden de voornaamste risico's en onzekerheden behandeld waarmee de RIBW Oost-Veluwe werd geconfronteerd.

3.2.1 Planning & Control

In de jaarlijkse Planning & Controlcyclus neemt de cyclus rond het opstellen van de begroting en de zorginkoop een centrale plaats in, evenals de verantwoording van productie en bedrijfsvoering. De interne en externe verantwoording van de productie vindt maandelijks plaats. Door middel van de Jaarrekening wordt verantwoording afgelegd over de gehele bedrijfsvoering. In september worden de eerste schetsen aangeleverd voor de begroting. In oktober doet het team Personeel & Opleiding (P&O) voorstellen aangaande scholingswensen. In november bespreekt de Raad van Toezicht de eerste conceptbegroting. De zorginkoop vindt plaats in de periode tot 1 maart. De Raad van Bestuur stelt in februari de begroting vast en legt deze ter goedkeuring voor aan de Raad van Toezicht. Desgewenst bespreekt de Raad van Bestuur de maandrapportages met de Regiomanagers. Wekelijks vindt overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en de externe controller. Deze is in dienst van Reinoud Accounting te Arnhem.

In het risicobeheersings- en controlesysteem vinden twee maal per jaar gesprekken plaats met het Zorgkantoor Apeldoorn, Zutphen e.o. en één keer met de financier: de Fortisbank. Na de controle door de accountant en het afgeven van de 'managementletter', stuurt de Raad van Bestuur de bedrijfsvoeringverklaring naar de accountant in afschrift aan de Raad van Toezicht. In de bedrijfsvoeringverklaring verklaart de Raad van Bestuur, dat voldaan is aan de richtlijnen en dat er geen sprake is van fraude of mismanagement.

3.2.2 Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle

Bij de inrichting van de administratieve organisatie en de interne controle, is de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AOIC) richtinggevend. Uitvloeisel van het beleid was de versterking van de Administratieve Organisatie en Interne Controle, conform de Kaderregeling.

In samenwerking met Deloitte, accountancy, belastingadvies, consultancy en financiële advisering is het proces beschreven van de administratieve organisatie en interne controle. Om deze processen te versterken, werd een plan voor de interne en externe controle opgesteld.

Als uitvloeisel daarvan is een interne controller in dienst genomen, krijgen de interne processen meer aandacht. Hierdoor is een beter inzicht ontstaan in de stand van zaken aangaande de caseload.

In ieder cliëntdossier is inmiddels een checklist opgenomen, waardoor snel inzicht is in de volledigheid van het dossier. Daarnaast gaf het Cliënten Service Bureau (CSB) hoge prioriteit aan de completering van zorgverleningovereenkomsten.

3.2.3 Indicatiestelling, zorgtoeleiding, informatie en facturering

Informatieverstrekking aan cliënten en hun verwijzers, indicatiestelling en zorgtoeleiding zijn cruciale processen voor een goede zorgverlening. Een goede zorgadministratie is voorwaarde voor een juiste facturering. Het Cliënten Service Bureau (CSB) is daarvoor verantwoordelijk.

De versterking van het Cliënten Service Bureau (CSB) was een van de beleidsuitgangspunten in 2006. Redenen daarvoor zijn de toegenomen groei van de organisatie en overheidsmaatregelen op het gebied van indicatiestelling en bekostiging / facturering. Dit beleid leidde tot uitbreiding van het aantal fte's van de medewerkers en verhuizing van het CSB naar het Portaal. Het Portaal (in het centrum van Apeldoorn) is een bedrijfsverzamelgebouw waar negen aanbieders op het gebied van zorg, wonen en welzijn hun producten aanbieden. Burgers kunnen hier terecht met hun vragen over zorg, wonen en welzijn.

Vergoeding van de geleverde zorg door het Zorgkantoor, is afhankelijk van een geldige indicatie. Daarom streeft het CSB een goede samenwerking na met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en controleert de geldigheid van de indicaties. Doel daarvan is te waarborgen dat cliënten tijdig beschikken over een nieuwe indicatie.

Per 1 juli werd het CIZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Daarvoor meldde de RIBW de indicatie voor de meeste cliënten. Een gevolg van de wijziging was dat de door de eigen Functionarissen Zorgtoeleiding en Informatie vastgestelde indicaties niet meer

geldig waren. Reden voor het CSB om mee te werken aan de 'legitimatelijst ambulante cliënten' en de Ultieme Vulling van de AZR (AWBZ-brede Zorg Registratie). Een tweede gevolg is een toegenomen afhankelijkheid van CIZ. Het CIZ is niet altijd in staat het indicatieproces binnen de wettelijke termijn van zes weken af te ronden. Gevolg daarvan is vertraging van de instroom van nieuwe cliënten.

Het feit dat veel cliënten een geldige indicatie van de (opgeheven) Regionale Indicatie Commissie hebben, leidde tot problemen. Gebleken is dat het CIZ daarvan niet op hoogte was. Dat had tot gevolg dat het CIZ bij het vaststellen van een nieuwe indicatie geen rekening hield met de bestaande situatie. Dit vraagstuk wordt in 2007 opgelost.

3.2.4 Zorg Zwaarte Pakketten

Het CSB nam deel aan de landelijke pilot Invoering van Zorgzwaarte Pakketten (ZZP's). De ZZP's zullen de bestaande factureringssystematiek vervangen in 2008. Daarvoor werkte het CSB samen met het CIZ en Bureau Hoeksma Homan & Menting (HHM) te Enschede. Ook nam het CSB deel aan de definitieve score van de ZZP's, waarvoor alle cliënten opnieuw werden gescoord.

3.2.5 Vastgoed

Om de risico's m.b.t. het vastgoed te beheersen, is het gehele vastgoed in eigendom in 2006 geïventariseerd. Daarvoor zijn alle eigendomsbewijzen geïventariseerd en zijn taxatierapporten opgesteld. Het beleid aangaande het vastgoed ligt vast in het Lange Termijn Huisvestingsplan: 'De huisvesting als spiegel van de missie'. De Manager Bouw en Huisvesting actualiseert deze nota jaarlijks op peildatum 31 december.

3.2.6 Bedrijfsrisico's

De belangrijkste risico's voor de instelling zijn de marktwerking, het inkoopbeleid van het Zorgkantoor, automatisering en de bereidheid van medewerkers de geleverde zorg op een juiste wijze te registreren. In Hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties wordt ingegaan op de wijze waarop de organisatie daar de komende periode mee om wil gaan.

3.2.7 Kwaliteitsmanagement

Door middel van de herinrichting van het kwaliteitsmanagementsysteem worden de primaire (zorg)processen en ondersteunende processen beschreven, geëvalueerd en verbeterd. Dit proces leidt eind 2007 tot HKZ-certificatie (zie ook paragraaf 4.3 Algemeen Kwaliteitsbeleid). Hiermee wordt het vermogen om processen te sturen vergroot en nemen risico's af.

3.2.8 Verzekeringportefeuille

De verzekeringportefeuille is zodanig ingericht dat de onbeheersbare risico's zijn verzekerd. De portefeuille is uitgebreid met een Aansprakelijkheidsverzekering voor Bestuurders en Commissarissen (Toezichthouders) en de WEGAM-verzekering.

De laatste verzekering dekt het risico van de werkgever inzake aansprakelijkheid motorvoertuigen. Deze verzekering is van belang voor werkgevers waarvan medewerkers regelmatig met de eigen auto voor het werk onderweg zijn. Jurisprudentie wijst uit dat de

werkgever aansprakelijk kan worden gesteld voor (letsel en materiële) schade met en aan de eigen auto van de werknemer tijdens diensttijd.

De computerverzekering is omgezet naar een technische verzekering, waarbij de totale waarde van de computerapparatuur is verzekerd. Er hoeft geen aparte administratie meer te worden bijgehouden voor alle verzekerde apparatuur.

De Uitgebreide Gevarenverzekering is geactualiseerd. Deze verzekering is grotendeels gestandaardiseerd. Daardoor is het risico op onderverzekering afgenomen. Een aandachtspunt is de verzekerde som van de panden in eigendom, in relatie tot de herbouwwaarde.

3.2.9 Bankzaken

Afgelopen jaar is met de aanschaf van OfficeNet de mogelijkheid tot actief rekeningbeheer gerealiseerd. Inmiddels heeft de RIBW 20 actief beheerde huishoudrekeningen. Dit zijn bestuursrekeningen, wat betekent dat er geen negatief saldo mag ontstaan. Zorgvuldig saldobehaar heeft er toe geleid dat de banksaldi zijn geoptimaliseerd, zodanig dat het de bedrijfsvoering niet heeft belemmerd. Het gemiddelde saldo is gedaald, waardoor liquide middelen zijn vrijgekomen voor ander doeleinden. De procuratieschema's en bankpassenadministratie worden voortdurend geactualiseerd, zodat de bevoegdheid tot banktransacties actueel en inzichtelijk is.

3.2.10 Elektronische kas

De introductie van de elektronische kas in 2004-2005 heeft geleid tot meer inzicht in en controle op de uitgavenstroom binnen de woonvormen. Begin 2006 zijn een aantal aanvullende richtlijnen uitgebracht. Deze hebben tot gevolg dat de juiste kosten op de juiste grootboekrekeningen worden geboekt, dat er strikte controle is op de (verantwoording van) de uitgaven en dat het kostenbewustzijn is toegenomen. De sterke groei van de organisatie vereist vaste kaders om de uitgavenstroom te beheersen en de kans op fraude te minimaliseren.

3.2.11 Square

Square for Windows is per 1 januari 2006 ingevoerd als geautomatiseerd roostersysteem. Doel van het systeem is registratie van de inzet van medewerkers inzichtelijk te maken. Het geautomatiseerde systeem voldoet aan de wettelijke en de CAO-regels, zoals de werktijdenregeling. Het biedt een efficiënte en betrouwbare aanlevering van de variabele loonsbestanddelen, zoals de onregelmatigheidstoeslag, de vergoeding van de crisisdienst en verloffaciliteiten.

3.3 Ondernemingsraad

De taakverdeling en de werkwijze van de Ondernemingsraad (OR) zijn vastgelegd in een reglement. Binnen de instellingsbegroting beschikte de OR over een eigen budget.

De OR werd in het verslagjaar geconfronteerd met onderbezetting. Als gevolg van de groei van de instelling steeg het toegestane aantal OR-zetels van vijf naar zeven en namen de werkzaamheden toe. In 2006 waren van de zeven zetels er vier en later vijf bezet. Per 1 mei 2006 beëindigde de voorzitter zijn arbeidscontract. Dit noodzaakte tot herverdeling

van taken en functies. Aan het eind van de verslagperiode startte de OR een grootscheepse wervingsactie, teneinde de nieuwe zittingsperiode voltallig te beginnen en te groeien naar negen leden.

De OR-leden investeerden veel tijd in de geagendeerde onderwerpen. De OR koos voor persoonlijke, functiegerichte bijscholing. De voorzitter en secretaris namen deel aan een op hun functies gerichte cursus. Tevens werden cursussen gevolgd met de thema's 'financiën en begroting' en 'startende OR-leden'.

De OR hecht veel waarde aan een goede communicatie met de achterban, de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Evenals in vorige verslagperiodes zocht de OR contact met de achterban. Daarom bezochten OR-leden de Woonzorgregio's, het Regio Bureau en het Centraal Bureau met het doel de ontwikkelingen en vraagstukken te bespreken. Om de toegankelijkheid van de verslagen van OR-vergaderingen te vergroten, werden deze vervangen door kernpuntenverslagen en op het Intranet geplaatst. De OR vergaderde viermaal met de contactpersoneelgroep die de communicatieschakel vormt tussen de OR en de achterban. De vergaderingen van de OR zijn altijd openbaar. Enkele malen nodigde de OR een deskundige uit om op een bepaald gebied (verzekeringen, P&O, communicatie) verduidelijking aan de OR-leden te geven.

De overlegvergaderingen van de OR en de Raad van Bestuur vonden zesmaal plaats. Het voorzitterschap werd beurtelings uitgeoefend door de OR en de Raad van Bestuur.

Afspraak is dat de OR jaarlijks minimaal één overleg voert met de voorzitter van de Raad van Toezicht en één met de voltallige Raad van Toezicht. Doel van het overleg met de (voorzitter van de) Raad van Toezicht is het bespreken van mogelijke knelpunten en de visie op de ontwikkelingen binnen de organisatie. De OR kreeg de toezegging dat een extra gesprek met de voorzitter van de Raad van Toezicht te allen tijde mogelijk is. Van deze mogelijkheid werd vanwege tijdsdruk geen gebruik gemaakt.

In tabel 8 vindt u de uitgebrachte adviezen van de OR.

Tabel 8 Door de Ondernemingsraad uitgebrachte adviezen

Onderwerp	Advies
Rookbeleid	Afronden in 2007
Samenwerkingsovereenkomst met Zorgboerderij 'de Wenumhoeve'	Positief
Interne Crisisdienst	Positief
Protocol en gedragscode Internetgebruik	Positief
Functiebeschrijving projectleider Buiten de Veste	Positief
Ondernemingsplan Jeugdigen en Jongvolwassenen met ernstige gedragsstoornissen	Positief advies, met aandacht voor benodigde fte's en scholing/competenties
Voorgenomen samenwerking met Zozijn, de Lathmer te Wilp	Positief

De OR adviseerde positief t.a.v. het beleid inzake de Interne Crisisdienst. Door de splitsing van het werkgebied in twee regio's heeft de dienstdoende crisisdienst minder cliënten. Het aantal deelnemers aan de crisisdienst neemt toe door de integratie van de teams Beschermd

Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen. Daarnaast heeft de OR een preadvies uitgebracht om de invulling van de crisisdienst opnieuw te bezien, naar aanleiding van geluiden uit de achterban.

De OR adviseerde de Raad van Bestuur de jaardocumenten te voorzien van een verklarende afkortingenlijst. Doel daarvan is de leesbaarheid voor medewerkers te vergroten.

In tabel 9 vindt u de uitkomsten van het instemmingsrecht van de OR. De OR stemde in met de aanpassing van de werktijden, onder voorwaarde dat het belang van individuele medewerkers en de begeleidende teams niet worden geschaad.

Tabel 9 Uitkomsten instemmingsrecht van de Ondernemingsraad

Onderwerp	Instemming
Aanpassing werktijden	Ja
Regeling kinderopvang	Ja
Verplichte verlofdagen	Nee

De OR nam deel in de Commissie Arbeidsomstandigheden, Verzuim, Reïntegratie (AVR), de Interne Bezwaren Commissie (IBC) en het OR-platform Omnizorgcentrum. In dit OR-platform nemen eveneens de ondernemingraden deel van Arcuris, maatschappelijke opvang en Tactus, verslavingszorg. In december werd kennisgemaakt met de OR van Woonzorgcentra Iselgouw, de instelling waarmee de Raad van Bestuur een intentieverklaring tot samenwerking tekende.

In tabel 10 vindt u de samenstelling van de OR op 31 december.

Tabel 10 Samenstelling Ondernemingsraad per 31 december 2006

Naam	Functie
Dhr. P.J.M. Martens (tot 1 mei)	Voorzitter
Mw. G. de Boer (vanaf 1 mei)	Voorzitter
Dhr. A.A.P. van den Bosch	Secretaris
Dhr. P.W. Koers	Lid
Dhr. M. Strick (1 februari tot 14 december)	Lid
Mw. C. Wilgenhof (vanaf 1 februari)	Lid
Vacature	Lid (3 maal)

Mw. J. Bleijswijk vervult de functie van Ambtelijk Secretaris vanaf 1 oktober, gedurende 16 uren per week.

3.4 Cliëntenraad

Deze paragraaf gaat in op de taken en werkwijze van de Cliëntenraad en de door de Raad verstrekte adviezen en hun invloed op het beleid.

Op 31 december 2006 bestond de Cliëntenraad uit zes personen. De Raad wordt ondersteund door een professioneel ondersteuner (de heer B.J.A. Ruiter) en bijgestaan door een ervaringsdeskundige adviseur (de heer W. van Dijk).

Om de betrokkenheid met de achterban te maximaliseren hanteerde de Cliëntenraad de volgende methodiek.

Gemiddeld twee maal per maand vond een openbare vergadering plaats op maandagavond van 19.30 tot uiterlijk 21.00 uur op het adres Aluminiumweg 2 te Apeldoorn. Alle cliënten kunnen daaraan deelnemen.

De Raad stimuleerde haar actieve leden hun bespreekpunten in de huisvergaderingen te bespreken met de bewoners van de verschillende huizen. Deze punten werden vervolgens op de agenda van de Cliëntenraad geplaatst. Bij de huisvergaderingen is een persoonlijk begeleider aanwezig. Deze heeft als taak de cliënten behulpzaam te zijn hun bespreekpunten naar voren te brengen.

De Cliëntenraad vergaderde vier maal met de Raad van Bestuur, waarvan éénmaal op een externe locatie.

Om de betrokkenheid van cliënten bij de Cliëntenraad te vergroten, is sinds 2005 geëxperimenteerd met twee (subregionale) Deelraden. De Deelraden waren vertegenwoordigd in de Cliëntenraad. Knelpunt bleek de bemensing te zijn van de Deelraden. Om die reden is het experiment beëindigd.

De Raad van Bestuur heeft de Cliëntenraad gedurende het verslagjaar acht keer om advies gevraagd, het betrof de in de Tabel 11 vermelde onderwerpen en adviezen.

Tabel 11 Adviezen Cliëntenraad

Onderwerp	Advies
Samenwerking met Zozijn, de Lathmer te Wilp	Positief advies
Het Klachtenreglement HKZ	Positief advies met aanbevelingen
De Huisovereenkomst	Negatief advies met aanbevelingen voor vervolg
Beleid Nieuwe Geldstromen	Voor kennisgeving aangenomen
Werken in de Begeleidingsdriehoek (cliënt, naasten en persoonlijk begeleider)	Positief advies, mits er plaats is voor een derde persoon en er om een actieve rol van de begeleider wordt gevraagd
Ondernemingsplan Jeugdigen en Jongvolwassenen met ernstige gedragsstoornissen	Positief advies
Contract met Agis-Zorgkantoor	Positief advies, mits Agis de privacy van cliënten schriftelijk garandeert
Nota Rookbeleid	Negatief advies, tenzij de kamers van cliënten als particuliere ruimten worden aangemerkt

3.5 Familieraad

Deze paragraaf gaat in op de taken en werkwijze van de Familieraad en de door de Raad verstrekte adviezen en hun invloed op het beleid.

De Familieraad heeft tot taak de belangen van de naasten van cliënten te behartigen en hun positie te versterken. De voorzitter van de Familieraad heeft op indicatie overleg met de

Raad van Bestuur. De Familieraad beschikt over een eigen budget en een professionele ondersteuner.

In het verslagjaar stonden twee externe bureaus de Familieraad terzijde bij de uitwerking van beleid en adviezen. Het betreft Bureau de 8 Bronnen te Deventer en Reinoud Advies te Arnhem.

De Familieraad raadpleegde de achterban met het doel aan te sluiten bij de daar levende behoeften. De Raad van Bestuur besloot naar aanleiding van advisering door de Familieraad de positie van naastbetrokkenen binnen de RIBW Oost-Veluwe te versterken. Daartoe is een meerjarenplan ontwikkeld. Ook initieerde de Familieraad onderzoek naar de mogelijkheden die de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) biedt aan naastbetrokkenen in hun rol als mantelzorgers. Tabel 12 weerspiegelt de samenstelling van de Familieraad op 31 december 2006.

Tabel 12 Samenstelling Familieraad op 31 december 2006

Naam lid	Jaar van aftreden	Rol in Familieraad
W.P.J. Koning	NVT	Voorzitter
H.N. Stolmeijer	NVT	Vice-voorzitter
Vacature	-	Secretaris
Mw. J.M. van Essen-Boender	2007	Lid
Mw. B. van Herwijnen-Beskers	NVT	Lid

De heer B.J.A. Ruiters is professioneel ondersteuner van de Raad.

3.6 Commissie van vertrouwenslieden

De Cliëntenraad heeft de Raad van Bestuur verzocht in 2007 de installatie van een externe vertrouwenspersoon op de agenda plaatsen. Het functioneren van een externe vertrouwenspersoon past binnen het ontwerp van een nieuw Klachtenreglement.

4 Beleid, inspanningen en prestaties

Hoofdstuk 4 behandelt het beleid, de inspanningen en de geleverde prestaties in 2006. Achtereenvolgens worden besproken het meerjarenbeleid, het algemeen beleid, het (algemeen) kwaliteitsbeleid (t.a.v. cliënten), kwaliteit t.a.v. medewerkers, de kwaliteit van het werk, de samenleving en het financiële beleid.

4.1 Meerjarenbeleid

Leidraad in het meerjarenbeleid was en is sturen op de inhoud, het zorgen voor goed werkgeverschap en samenwerkingsgerichtheid. De RIBW Oost-Veluwe wil een sterke, moderne en HKZ-gecertificeerde speler zijn in het caredomein (wonen, zorg en welzijn). Daarbij willen we niet alleen zorg hebben voor de cliënten, maar ook voor de naastbetrokkenen, de medewerkers en de samenleving. Ruime aandacht was er ook voor een goede bedrijfsvoering.

Het meerjarenbeleid tot 2005 was gericht op het handhaven van een zelfstandige positie als RIBW. In 2006 is dit beleid verlaten. Om de marktpositie te verstevigen en om synergiewinst te boeken, wordt samenwerking gezocht in het caredomein en gekeken naar een ruimer verzorgingsgebied. Daartoe werd met Stichting Woonzorgcentra Iselgouw te Brummen een samenwerkingsovereenkomst getekend.

Binnen het meerjarenbeleid was en blijft diversificatie en consolidatie van de RIBW-producten centraal staan. Samenwerking binnen de sectoren wonen, zorg en welzijn is daarbij een voorwaarde. Daardoor is het mogelijk zorgproducten voor mensen met psychische handicaps van alle leeftijdsgroepen te ontwikkelen. Om dit beleid te realiseren is groei van de toegelaten capaciteit en het budget voorwaarde.

4.1.1 Resultaten van het meerjarenbeleid

De resultaten van het gevoerde meerjarenbeleid van de afgelopen jaren zijn divers. In de afgelopen jaren heeft de RIBW Oost-Veluwe een goed imago opgebouwd. Dat blijkt uit de reactie van de belanghebbenden die geconsulteerd werden i.v.m. het ontwikkelen van het nieuwe beleidsplan. We hebben ons geprofileerd in de GGz, jeugdzorg en jeugdpsychiatrie, ouderenzorg en de gemeenten van het werkgebied. Gezinsbegeleiding is eveneens ontwikkeld.

De Raden van Bestuur van GGNet en RIBW Oost-Veluwe ontmoetten elkaar tijdens een studiedag. Doel daarvan was de samenwerkingsmogelijkheden te onderzoeken op het gebied van de care. Er zijn vervolgafspraken geformuleerd.

Om aan de behoefte te voldoen aan opvang voor jongeren, vond intensief overleg plaats met de instellingen op het gebied van jeugdzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie. Zie hiervoor de belanghebbendenlijst in Paragraaf 2.4, tabel 5. Daartoe werd een subsidie aangevraagd bij de provincie Gelderland. Ook werd met Saxion Hogescholen te Deventer samengewerkt om de zorgverlening aan jeugdigen te optimaliseren.

Evenals voorgaande jaren onderhielden wij een intensieve relatie met de gemeenten in het verzorgingsgebied. De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de

ontwikkeling van woonservicegebieden en huisvesting van onze cliënten stonden daarbij centraal. Met de gemeente Apeldoorn is de bestaande relatie rond de (maatschappelijke) opvang van dak- en thuislozen met co-morbiditeit voortgezet. Dit zal in 2007 resulteren in de ingebruikname van het Omnizorgcentrum te Apeldoorn.

Evenals voorgaande jaren is de toegelaten capaciteit gegroeid. Zie Paragraaf 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering, tabel 2.

4.1.2 Nieuw meerjarenbeleid

Om de continuïteit van de organisatie te waarborgen als middel om maatschappelijk verantwoorde zorg te bieden vond strategieformulering plaats. Aandachtspunten waren o.a. de toekomstverwachtingen, kansen, bedreigingen, te treffen maatregelen en het benodigde tijdpad.

We denken als volgt op de ontwikkelingen te kunnen inspelen binnen de zorgsector. Het bieden van goede zorg voor cliënten en hun naastbetrokkenen en mantelzorgers staat centraal. Gezien de politieke ontwikkelingen is actief participeren in de ontwikkelingen in relatie tot de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO) noodzaak. Onze maatschappelijke verantwoordelijkheid vereist dat we onze kennis en kunde beschikbaar stellen aan aanpalende sectoren.

Actief participeren in de RIBW Alliantie, het samenwerkingsverband van 24 zelfstandige RIBW's, blijft belangrijk. De tot de Alliantie behorende RIBW's zullen zich inzetten voor zorgverlening die de emancipatie van de cliënten bevordert. Deze zorgverlening bevindt zich op het snijvlak van geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en welzijn. Samen met de financiers en andere (zorg)instellingen wordt gezocht naar nieuwe wegen om een geïntegreerd en toegankelijk hulpverleningsaanbod mogelijk te maken.

Het proces van herformulering van het meerjarenbeleid werd afgerond met de publicatie van het beleidsplan 'Zorg in en om de straat, Beleidsplan 2006 – 2010'. Het beleidsplan geeft richting aan het beleid van 2006 tot 2010.

Tabel 13 bevat de geformuleerde beleidsdoelstellingen.

Tabel 13 Beleidsdoelstellingen RIBW Oost-Veluwe

Beleidsdoelstellingen
Het zorgconcept uitbreiden en zelfbewust toepassen.
De expertise m.b.t. 'zorg in en om de straat' verder ontwikkelen en verankeren op lokaal niveau. O.a. op basis van het cliënttevredenheidsonderzoek, de uitwerking van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en de Herstelbenadering.
De cliënt de regie geven over zijn begeleidingsplan. Ook de familie betrekken bij de begeleiding.
Een bij de zorgvisie passende voordeurstrategie (waaronder screening en matching).
De interactie tussen buurtbewoners en cliënten in de straat uitbreiden op grond van de IRB.
Voor 1 januari 2008 het HKZ-certificaat halen is de centrale uitdaging voor de organisatie.
Administratieve bedrijfsprocessen en ICT inzetten voor het beschikbaar stellen van cliënt en management gerelateerde informatie.
Elektronisch cliëntdossier functionerend binnen een jaar.

HRM-beleid heroriënteren en aanpassen aan de gegroeide organisatie.
Interne communicatie aanpassen aan de gegroeide organisatie.
Marketing en communicatie over producten en doelgroepen systematischer uitvoeren.
Blijven oriënteren op het lokale bestuur en de gemeentepolitiek.
Sociaal ondernemersgedrag in gehele RIBW stimuleren, belonen en inbedden.
Partners en allianties zoeken in meerdere zorgketens.
De capaciteit van de huisvesting uitbreiden (kopen, huren of bouwen).
Interne verantwoordelijkheden zo toedelen dat slagvaardig handelen mogelijk is en blijft.

Om de gestelde doelen te bereiken, is maximale samenwerking noodzakelijk, intern en extern. Ter facilitering van de interne samenwerking zijn principes en cultuuraspecten geformuleerd. Deze principes zijn: integriteit, kundigheid, betrokkenheid en respect. Cultuuraspecten zijn: professioneel, betrouwbaar, klantgericht, proactief, teamspelers, integer, flexibel en loyaal.

De verwachting is dat de implementatie van de principes en cultuuraspecten de identiteit van de RIBW zal versterken en de samenwerking zal bevorderen. Om de implementatie van de gewenste principes en cultuur te ondersteunen vonden trainingen plaats. Daarin was aandacht voor de vaardigheden die daarbij horen.

De verschillende beleidsterreinen zijn in kaart gebracht die in rol spelen bij het realiseren van de instellingsdoelen. Gestart is met de verbetering van de bedrijfsvoering binnen alle beleidsvelden en de samenhang daartussen. Athena Career Intelligence te Deventer en Broad Communications te Harderwijk ondersteunden dit proces. Medewerkers op sleutelposities (de waaiergroep) nemen daaraan deel. Centraal staat de ontwikkeling en implementatie van de jaarplansystematiek. Daarin krijgt o.a. de uitvoering van het nieuwe beleidsplan zijn beslag. In dit proces zijn de beleidsvelden en hun actiehouders beschreven.

Tevens werden een nieuwe missie en strategie geformuleerd.

De nieuwe missie is:

‘De RIBW Oost-Veluwe biedt en ontwikkelt begeleiding op maat in wonen, zorg en welzijn en gaat voor maximaal resultaat voor diverse doelgroepen’.

Als strategie is geformuleerd:

‘De organisatie wil goed op de kaart staan en is in staat haar producten op adequate wijzen in de markt te zetten. Zij werkt goed samen op verschillende niveaus en is een betrouwbare partner. Zij doet dit met het doel om onder alle omstandigheden het maximale aan cliënten te kunnen leveren en gaat voor het maximaal behaalbare resultaat. Op deze wijze wil zij in de huidige markten een sterkere positie in nemen en in nieuwe markten penetreren.’

De Raad van Bestuur presenteerde het nieuwe beleid in oktober aan alle medewerkers. De presentatie werd ondersteund door de brochure ‘Zorg in en om de Straat. Plen je Plan, voor maximaal resultaat’, een videopublicatie op het Intranet en de ‘Veranderingskrant’. Daarin wordt verslag gedaan van het totale veranderingsproces in relatie tot de jaarplansystematiek.

De nieuwe bedrijfsslagzin is: ‘Plen je plan voor maximaal resultaat’.

4.1.3 Plen je Plan voor een Maximaal Resultaat

Het begrip ‘Plen je plan voor een Maximaal Resultaat’ is binnen de RIBW Oost-Veluwe een geveugelde uitdrukking geworden, dankzij het nieuwe communicatieplan. Dat is het resultaat van de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en sleutelfiguren van de RIBW en Athena Career Intelligence en Broad Communications.

Doel van de samenwerking was het beleidsplan 2006 – 2010 ‘Zorg in en om de straat’ binnen de RIBW te introduceren en uit te voeren. Tevens was aandacht voor de planning van werkzaamheden die leiden tot HKZ-certificatie.

Een leidraad voor het totale proces is de zogenaamde ‘beleidswaaier’. Deze maakt aanschouwelijk hoe de verschillende teams en disciplines bij het veranderingsproces integraal kunnen samenwerken.

Het thema Maximaal Resultaat geldt de komende jaren als kapstok voor alle trainings- en communicatieactiviteiten die samenhangen met de uitvoering van de jaarplansystematiek. Zo wordt het thema ook toegepast in het communicatiemateriaal in de vorm van brochures, leaflets, advertenties en voorlichtingsmateriaal.

Het gehele proces zal tot 2010 duren.

4.2 Huisvestingsbeleid

Het huisvestingsbeleid was gericht op het verwerven en beheren van vastgoed dat kwalitatief en kwantitatief voldoet aan de eisen. Het betreft de eisen van de cliënten, de overheid en financiers. Leidraad waren de programma’s van bouwtechnische en omgevingseisen.

Om het groeiende aantal cliënten te huisvesten, zijn in 2006 de benodigde bouwlocaties en koop- en huurwoningen verworven. De huisvesting van specifieke doelgroepen, zoals jongeren en ouderen kreeg hierbij aparte aandacht.

De RIBW Oost-Veluwe wordt bij de huisvesting van haar cliënten geconfronteerd met de beperkte beschikbaarheid (relatieve woningnood) van geschikte woningen. Woonkeus Stedendriehoek stelt de RIBW Oost-Veluwe jaarlijks vijf woningen onder de subsidiegrens ter beschikking. Om over het benodigde aantal te kunnen beschikken, is de instelling aangewezen op huurwoningen in de vrije sector of koopwoningen. De samenwerking met een aantal woningcorporaties heeft er toe geleid dat deze bereid zijn nieuwbouwprojecten te realiseren voor de doelgroep van de RIBW Oost-Veluwe.

Het bezwaar van koopwoningen is dat de investeringslast hoog is. De investering in de ontwikkeling van nieuwbouw levert pas na enkele jaren resultaat op.

Bijzondere aandacht ging in 2006 uit naar kantoorhuisvesting voor de zorgverlenende teams. Een deel van bestaande kantoren voldeed niet meer. Knelpunt daarbij is dat geschikte kantoorhuisvesting niet eenvoudig te vinden is. De knelpunten zijn grotendeels opgelost. Het Cliënten Service Bureau (CSB) verhuisde naar Het Portaal, het ‘zorgloket’ van de gemeente Apeldoorn. Het Regio Kantoor verhuisde naar een nieuw pand in

Welgelegen Haven te Apeldoorn. Het begeleidingsteam Epe vond onderdak in het Gezondheidscentrum Epe en de teams van De Mheen en ambulante zorg te Apeldoorn kregen een kantoor in de nabijheid van hun werkgebied.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het algemeen kwaliteitsbeleid is onveranderd gericht op het voldoen aan de normen van het HKZ-certificatieschema op 31 december 2007. Het kwaliteitsmanagementsysteem is afgeleid van het HKZ-normenschema. Aan de uitvoering van het in 2005 vastgesteld Plan van Aanpak HKZ-certificatie is voortvarend gewerkt.

De Stuurgroep Kwaliteit & Ethiek geeft sturing aan het certificatieproces, drie werkgroepen en diverse beraden verrichten ondersteunende werkzaamheden. In de Stuurgroep Kwaliteit & Ethiek hebben de Cliëntenraad en de Familieraad een vertegenwoordiging. De Familieraad heeft in de loop van het jaar besloten zich terug te trekken. De reden hiervoor is het grote tijdsbeslag dat deelname met zich mee brengt. Afgesproken is dat de Familieraad facultatief bij ontwikkeling en advisering betrokken blijft. De drie werkgroepen hebben tot taak de verschillende processen en documenten te beschrijven.

Een Medewerker Kwaliteit & Ethiek en een Ambtelijk Secretaris hebben tot taak de uitvoering van kwaliteitsbeleid te ondersteunen. De laatste ondersteunt de werkgroepen bij het beschrijven van de processen en documenten.

Naast de Stuurgroep Kwaliteit & Ethiek (K&E) functioneert de Stuurgroep Administratie en Automatisering (A&A). De Stuurgroep A&A realiseerde een tweede versie van de beschrijving van de Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC). Zie ook paragraaf 3.2 Bedrijfsvoering.

Om de medewerkers en cliënten bij de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid te betrekken, zijn verschillende interventies ingezet. Communicatie was daarbij het sleutelwoord.

Doelstelling van het communicatiebeleid was de versterking van de ontwikkeling, verspreiding, acceptatie en toepassing van kwaliteitsbeleid. Het betreft de met kwaliteitsbeleid gerelateerde beleidsuitgangspunten, afspraken / richtlijnen en documenten. Voor dit doel werd de stripfiguur Hermien K. Zwijntra in het leven geroepen en hebben alle medewerkers schriftelijke informatie ontvangen (bij de salarisstrook van juni en een mini-flyer). Diverse instellingsbrede voortgangsrapportages verschenen in dé RIBW-krant, op het Intranet en tijdens de jaarlijkse beleidsthemamiddag voor de gehele stichting.

In het verslagjaar zijn diverse activiteiten uitgevoerd.

Er vond een 0-meting onder sleutelfiguren plaats om meer inzicht te krijgen in de stand van zaken en de benodigde verbeteringen. In de meting werden de HKZ-normen vergeleken met de RIBW-praktijk.

De bestaande visie en de missie werden herschreven, interne auditoren werden geworven, diverse protocollen werden geactualiseerd. Om de Planning & Controlcyclus te versterken is begonnen met de ontwikkeling van een Jaarplansystematiek.

Centrum voor Kwaliteit en Management in de Zorgsector (CKMZ) te Hendrik Ido Ambacht bood de Stuurgroepleden, de Woonzorgcoördinatoren en sleutelfiguren een training in de toepassing van het HKZ-certificatieschema.

Voor de toekomstige jaarlijkse audits zijn dertien interne auditoren geworven. In november bezochten twaalf van hen een audittraining (theorie en praktijk). Q-Consult, bedrijfskundige adviseurs te Arnhem verzorgde de training.

Besloten werd drie handboeken te ontwikkelen. Eén voor het primaire proces, één voor personeel en opleidingen en één voor beleid. Voorbereidingen zijn getroffen om een geautomatiseerd kwaliteitsmanagementsysteem te selecteren en aan te schaffen. Daarin zullen de handboeken beheerd en geraadpleegd kunnen worden. Tevens werden beleidsdocumenten ontwikkeld voor interne audits, het meten, analyseren en verbeteren en de jaarplansystematiek.

De uitvoering van het medewerkerstevredenheidsonderzoek (mto) in 2007 werd voorbereid in 2006.

De in januari 2007 geplande Adviesmeting (in combinatie met een interne audit) is voorbereid in het verslagjaar. CKMZ zal de meting uitvoeren. Doelstelling is de stand van zaken in relatie tot certificering in kaart te brengen om zaken te verbeteren.

Besloten is om in 2007 met GGNet Ethiek Cafés te organiseren. In dergelijke cafés kunnen cliënten en medewerkers ethische vraagstukken bespreken. Het HKZ-schema vereist de aanwezigheid van een Ethische Commissie. Besloten is deze te installeren en van een opdracht te voorzien. Effectuering zal plaats vinden in 2007, aangezien de prioriteit lag is bij certificatie.

4.4 Kwaliteitsbeleid t.a.v. cliënten

In de volgende paragraaf worden de doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties belicht m.b.t. het kwaliteitsbeleid t.a.v. de cliënten. Aan de orde komen in welke mate de gestelde doelen zijn gerealiseerd, op welke punten het beleid is bijgesteld en hoe de prestaties zich verhouden t.o.v. vorig jaar.

Doelstelling van het kwaliteitsbeleid is een goede kwaliteit van leven. Dat betekent de cliënt behulpzaam zijn te leven op een manier die hij of zij wenst in een veilige en zo normaal mogelijke woon-, werk-, studie- en leefomgeving. Maar ook de cliënt helpen actief deel te nemen aan onze samenleving, met de daarbij behorende rechten en plichten.

Het beleid en de begeleiding zijn er opgericht om deze algemene doelstelling te realiseren. Daarbij staan ons verschillende hulpmiddelen ter beschikking. In de begeleiding stellen we de mogelijkheden van de cliënt centraal, niet de beperkingen. Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheden enerzijds en rehabilitatie en participatie aan de maatschappij anderzijds, staan daarin centraal. Elke cliënt beoordeelt met diens persoonlijk begeleider op welke gebieden hij of zij ondersteuning nodig heeft. De afspraken daarover worden vastgelegd in een individueel begeleidingsplan. De cliënt moet veilig kunnen wonen en de zorg is toegankelijk voor bestaande en nieuwe cliënten. Ook dient de cliënt te profiteren van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van begeleiding en behandeling ('best practices' en 'evidence based' handelen).

Om voorgaande te realiseren, ontplooide de instelling diverse activiteiten. De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Herstelbenadering zijn gericht op zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Het bieden van normale huisvesting en Begeleid Leren en het leren toepassen van ICT door cliënten zijn voorbeelden van participatiebeleid. Het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod voor nieuwe en bestaande doelgroepen zijn voorbeelden van het beleid op het gebied van toegankelijkheid en veiligheid. Dit geldt eveneens het verwerven van kwalitatief en kwantitatief voldoende huisvesting en medewerkers. Het gebruikmaken van wetenschappelijk onderzoek als bron van nieuw en vernieuwd zorgaanbod, is een voorbeeld van 'best practices' en 'evidence based' handelen. Evaluatie van de begeleiding op individueel niveau en op instellingsniveau leveren informatie voor verbeteringen.

Er is geparticipeerd in diverse (nieuwbouw)projecten in samenwerking met onder andere zorgaanbieders, overheden en woningcorporaties. Zonder de medewerking van de woningbouwcorporaties zou de uitvoering van een aantal projecten niet haalbaar zijn. De ontwikkeling van huisvesting en begeleidingsvormen voor jongeren en ouderen namen hierbij een centrale plaats in. Meer hierover vindt u in paragrafen 4.4.3.2 Jeugdprojecten en 4.4.3.3 Projecten voor ouderen.

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk krijgt de lezer een indruk van de verrichte activiteiten en de resultaten daarvan.

4.4.1 Zelfbeschikking

Zelfbeschikking, autonomie van cliënten is een centraal thema binnen de RIBW Oost-Veluwe. Om individuele processen van cliënten te ondersteunen, worden de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en de Herstelbenadering toegepast. De zelfbeschikking van de cliënt wordt tevens bevorderd door de methode 'samenwerken in de begeleidingsdriehoek'. De drie volgende paragrafen gaan daar op in.

4.4.1.1 Individuele Rehabilitatie Benadering

In 2006 zijn diverse activiteiten uitgevoerd als uitvloeisel van het (meerjaren)beleid. De activiteiten waren gericht op medewerkers en cliënten.

De volgende activiteiten waren gericht op cliënten:

Vierentwintig cliënten (4 maal een groep van 6) werden in staat gesteld hun kennis over woonmogelijkheden uit te breiden d.m.v. de cursus woonoriëntatie. Vijfenzeventig cliënten ontvingen op huiskamerniveau voorlichting over de IRB.

Voorbeelden van uitspraken van cliënten tijdens evaluaties zijn: 'ik kan mijn wensen en doelen concreter maken en de weg er naar toe' en 'ik wil graag aan de gang met de IRB om aan het werk te komen'.

De volgende activiteiten waren gericht op medewerkers.

Alle nieuwe medewerkers in begeleidende functies zijn opgeleid in de IRB. Voor de Gezinsbegeleiding is de IRB aangepast. Stagiaires zijn voorgelicht.

Tijdens de jaarlijkse themadag voor medewerkers in begeleidende functies is aandacht besteed aan de problematiek van ouders met psychiatrische problematiek. Daarvoor was mevrouw Joanne Nicholson als gastspreker uitgenodigd. Joanne Nicholson is

psycholoog en Professor of Psychiatry van de University of Massachusetts Medical School (UMMS) in de Verenigde Staten. Haar onderzoeksteam ontwikkelt onderwijs- en trainingsmaterialen om ouders met psychiatrische problematiek te ondersteunen in hun ouderrol.

Cliënten en medewerkers hebben meegewerkt aan de realisatie van een module IRB en ouderschap. Deze is tot stand gekomen onder leiding van de Hanzehogeschool te Groningen.

De (interne) IRB-docenten ontwikkelden cursusaanbod om de samenwerking te versterken tussen koppels van cliënten en begeleiders. Daarbij werd samengewerkt met Stichting Rehabilitatie '92 te Rotterdam, het HEE-team en het Rehabilitatieteam te Rotterdam.

In 2007 zal verder worden gewerkt aan de integratie van IRB in de organisatie. O.a. door de teams in de toepassing van IRB te begeleiden en de IRB te borgen in de het Elektronisch Cliënten Dossier. Voor cliënten worden aantrekkelijke en toegankelijke IRB-werkboeken ontwikkeld. Voortgaande integratie van de IRB zal plaatsvinden in de jeugdprojecten en in de beleidsvelden.

4.4.1.2 Herstel

Het project 'Herstel' ging in 2003 van start. Het begrip 'herstel' heeft betrekking op het herwinnen van zelfgevoel en identiteit. Dit is een voorwaarde voor het (her)nemen van de burgerrol door mensen met psychische beperkingen. Het doel van het project is ervaringsdeskundige cliënten te ondersteunen bij hun herstel- en reïntegratieactiviteiten. Ze doen dat door ervaringen uit te wisselen, hun eigen 'verhaal' te vertellen en (ervarings)kennis te ontwikkelen over 'herstel'.

Om dit doel te bereiken waren in 2006 een Stuurgroep en twee Herstelwerkgroepen actief. Er werden drie studiedagen 'Herstel' georganiseerd. Evenals themabijeenkomsten voor cliënten en studiemiddagen voor medewerkers en een cursus 'Begin maken met Herstel'. Aan de studiedagen namen 22 koppels van cliënten en hun begeleider deel.

Omdat 'Herstel' vooral een activiteit voor en door cliënten is, dienen professionals de cliënten in staat te stellen zelf verantwoordelijkheid te nemen. Twee deelnemers (cliënten) van Herstelwerkgroep I namen de rol en taken van de professional over. De professionele ondersteuning kon daardoor worden verminderd.

Ook onderging de samenstelling van de Stuurgroep een wijziging. De werkwijze en grootte voldeden niet meer. Eind 2006 ging de Stuurgroep in de nieuwe en kleinere samenstelling verder. De Stuurgroep ontwikkelde het 'Meerjarenplan 2007-2010, Van Project naar Beleid'. Centrale doelstelling is 'Herstel' te integreren in de instelling. Dat betekent dat de resultaten invloed zullen hebben op cliënten, begeleiders en het beleid.

<p>Leden van de Herstelwerkgroep zeggen het volgende over hun herstelervaringen: 'Wij van het eerste uur hebben ervaren hoe deelname aan herstelactiviteiten kracht geeft. We staan krachtiger in het leven en hebben daardoor meer plezier in het leven en dat gunnen we iedereen'.</p>
--

In het verslagjaar is besloten de projectfase te beëindigen. De Stuurgroep heeft het project afgesloten met de ontwikkeling van een eigen website: www.mijnherstel.nl. Op 14 december 2006 is de website gepresenteerd tijdens het landelijke congres 'Herstel en Rehabilitatie'.

De website heeft tot doel om mensen met een psychiatrische handicap de mogelijkheid te bieden om kennis te nemen van 'herstel', perspectief te bieden en (ervaring-) kennis en zelfinzicht te delen. Mensen met een psychiatrische handicap kunnen op de website leren van de ervaringen van anderen. In de toekomst kan op de site gewerkt worden aan het eigen herstelproces.

Ook na de introductie van de website is het van belang deze verder te ontwikkelen. Streven is om www.mijnherstel.nl in 2010 een volledig zelfstandig cliënteninitiatief te laten zijn dat breed bekend is onder GGz-cliënten. Omdat de kosten buiten de financieringskaders van de RIBW Oost-Veluwe vallen, wordt gezocht naar aanvullende financieringsmogelijkheden.

De ontwikkelingen in de RIBW Oost-Veluwe staan niet op zichzelf, maar worden ontwikkeld met drie andere instellingen en het Trimbos-instituut te Utrecht. Wetenschappelijk onderzoek begeleidt de ontwikkeling. Hierover kunt u meer lezen in paragraaf 4.4.5 Wetenschappelijk Onderzoek.

4.4.1.3 Samenwerken in de begeleidingdriehoek

Vanuit de rehabilitatiebenadering bezien zijn vormen van overleg, over de cliënt waar deze niet bij aanwezig is, achterhaald. Het begeleidingsplan kan niet besproken worden zonder aanwezigheid van de desbetreffende cliënt. Medewerkers dienen het eigen beslissingsrecht van de cliënt een centrale plaats in de begeleiding te geven. Met andere woorden: de cliënt heeft de regie over diens begeleidingsvraag. Dit krijgt o.a. vorm doordat cliënt en diens persoonlijk begeleider samen het begeleidingsplan opstellen. Bij de bespreking van het begeleidingsplan (begeleidingsplanoverleg) kan de cliënt bepalen of er naast de persoonlijk begeleider een begeleider van het 2^e functieniveau aanwezig is. Gedrieën vormen zij de begeleidingdriehoek. De cliënt nodigt desgewenst andere personen uit, bijvoorbeeld behandelaars of familieleden. De cliënt neemt daartoe zelf het initiatief, zo nodig ondersteund door de begeleider. Het zelf regie voeren over de zorgvraag brengt behalve rechten ook verplichtingen voor de cliënt met zich mee. Zo moet de cliënt, binnen de mogelijkheden die deze heeft, afspraken met de persoonlijk begeleider nakomen.

4.4.2 Participatie in de samenleving

Om de participatie aan de samenleving van cliënten te ondersteunen zijn de volgende activiteiten ontplooid. Het betreft Begeleid Leren, ICT-toepassingen, Zorgboerderijen, Vriendendienst De Compagnon en Bureau Metgezel. Deze activiteiten worden in de volgende paragrafen behandeld.

4.4.2.1 Begeleid Leren

Veel mensen met een psychiatrische beperking vinden het moeilijk om een opleiding te volgen en af te maken. Gebrek aan een (afgemaakte) opleiding vormt voor hen een obstakel bij het verkrijgen van werk. Daarnaast blijkt het volgen van een opleiding

herstelbevorderend te werken. De maatschappelijke integratie wordt bevorderd wanneer zij een opleiding kunnen volgen en afronden.

Daarom zijn de RIBW Oost-Veluwe en het ROC Aventus te Apeldoorn in het verslagjaar het Project Begeleid Leren gestart. Het doel van het project is mensen met een psychiatrische beperking succesvolle aansluiting te geven bij het reguliere onderwijs.

Om de doelstellingen te realiseren is de Toeleidingscursus in het najaar begonnen. Hierbij is doel mensen met psychiatrische problematiek te ondersteunen bij het kiezen en verkrijgen van een geschikte (beroeps)opleiding en het maken van een (andere) beroepskeuze. Twaalf deelnemers startten, daarvan hebben tien de Toeleidingscursus afgerond.

Ook is begonnen met de ontwikkeling van het Steunpunt Begeleid Leren, dat ten doel heeft cliënten te ondersteunen bij het bereiken van de opleidingsdoelen. Het ROC Aventus start in september 2007 de BGE-opleiding. Doel van de opleiding is het behalen van het diploma Medewerker Maatschappelijke Zorg, met als extra begeleidende in de geestelijke gezondheidszorg met ervaringsdeskundigheid (BGE).

Het project kent een duur van drie jaar. Bij een succesvolle afronding zal het project onderdeel worden van de reguliere bedrijfsvoering van de samenwerkende organisaties.

4.4.2.2 ICT-toepassingen

Veel in beschermende woonvormen wonende cliënten hebben geen of weinig aansluiting op het Internet. Dit terwijl het belang van digitale media toeneemt. Daarom is het project 'Cliënt Digitaal' opgezet. Doel daarvan is cliënten gebruik te laten maken van computers en het Internet. Het streven is om de loop van 2007 en 2008 de beschermende woonvormen te voorzien van computerapparatuur, computermeubilair en toegang tot het Internet. Cliënten die dat willen, kunnen gebruik maken van training en begeleiding in het gebruik van ICT.

4.4.2.3 Vriendendienst De Compagnon

Het doel van Vriendendienst De Compagnon is het isolement van mensen met psychische handicaps te doorbreken en hun bestaan te verrijken. Koppels bestaande uit deelnemers en vrijwilligers ondernemen samen een activiteit. In de Compagnon werkte de RIBW samen met DaAr (Dagbesteding en Arbeidsrehabilitatie) en de Kap, Vrijwilligersorganisatie.

In 2006 is de Vriendendienst gegroeid van 117 naar 140 koppels, bestaande uit deelnemers en vrijwilligers. Honderdveertig (140) deelnemers ondernemen eens in de twee weken met een vrijwilliger een leuke activiteit. Dit vaak naar volle tevredenheid van de deelnemer en de vrijwilliger. Vijftien vrijwilligers zijn gestopt, 23 schreven zich in. Tien deelnemers beëindigden hun deelname, terwijl 36 zich inschreven. Er ontstonden 59 nieuwe koppels van deelnemers en vrijwilligers.

Zeven maal organiseerden de medewerkers een Vriendendienst Café rond verschillende thema's. Gemiddeld bezochten 45 personen het Café. De sfeer tijdens de avonden wordt als goed ervaren.

Gezamenlijke activiteiten waren de jaarlijkse barbecue en het kerstdiner, de zomerzondagmiddag en een gezamenlijke wandeling. Daarnaast waren de wandelgroep, de fietsgroep, de kunstgroep en de tafelmaatjes actief. In 2006 is er een start gemaakt met het kerkmaatjesproject. Ook werd geparticipeerd in de werkgroep Ruimte voor Anderszijn.

Om de vrijwilligers te ondersteunen in hun rol, werden bijeenkomsten georganiseerd waaronder training.

4.4.2.4 Bureau Metgezel

De RIBW's Oost-Veluwe, Arnhem & Veluwe Vallei en Nijmegen & Rivierenland exploiteren sinds 2004 een relatiebemiddelingsbureau voor de doelgroep, Bureau Metgezel. Doel daarvan is cliënten te ondersteunen bij het aangaan en onderhouden van betekenisvolle relaties. Bijvoorbeeld bij het vinden van een vriend, vriendin of partner. Bureau Metgezel organiseert tevens ontmoetingsgelegenheden voor cliënten.

In 2006 schreven zich in twaalf mannen en zes vrouwen. Twaalf mannen en vijf vrouwen schreven zich uit. Er staan 23 personen ingeschreven.

Bemiddeling leidde er toe dat er 15 ontmoetingen plaats vonden tussen twee cliënten, dat drie vriendschapsrelaties zijn ontstaan en één paar is gaan samenwonen. De samenwerking met de twee andere RIBW's resulteerde in gezamenlijke activiteiten, zoals een spelletjesmiddag, een muziekmiddag in een park, wandelingen en een nieuwjaarsborrel.

De ervaring leert dat cliënten een hoge verwachting hebben van de mogelijkheden van Bureau Metgezel. Overwogen wordt om minder nadruk te leggen op relatiebemiddeling en meer op de ontwikkeling van vriendschapsrelaties. Voornemen is in 2007 één keer per twee maanden een ontmoetingsmiddag of -avond te organiseren. Om meer cliënten van Bureau Metgezel gebruik te laten maken, is een betere bekendheid van het bureau nodig.

4.4.2.5 Dagactiviteiten en Zorgboerderijen

De instelling werkt samen in Vriendendienst De Compagnon met DaAr, dagactiviteiten en arbeidsrehabilitatie (GGNet) te Apeldoorn. In samenwerking met de Zorgboerderijen de Wenumhoeve en Hof Noord Empe, Stichting Welzijn Brummen, evenals Welzijnsinstelling *MensenWerk* te Twello biedt de instelling dagactiviteiten. De RIBW's Oost-Veluwe, Arnhem & Veluwe Vallei en Nijmegen & Rivierenland exploiteren een relatiebemiddelingsbureau voor de doelgroep: Bureau Metgezel. In 2007 zal GGNet zich hierbij aansluiten.

4.4.3 Ontwikkeling nieuw zorgaanbod

Het volgende nieuwe zorgaanbod is ontwikkeld.

4.4.3.1 Gezinsbegeleiding

Gezinsbegeleiding biedt cliënten begeleiding en ondersteuning bij de opvoeding van minderjarige kinderen. De RIBW Oost-Veluwe biedt gezinsbegeleiding bij de cliënt thuis in de eigen woonomgeving (Begeleid Zelfstandig Wonen) en beschikt over een Beschermende Woonvorm voor moeders en kinderen. Per 1 januari 2007 draagt Nové, jeugdhulpverlening zes appartementen en vijf woonplekken over aan de RIBW Oost-

Veluwe. Deze elf woonplekken zijn geschikt voor beschermend wonen voor moeders met kinderen.

4.4.3.2 Jeugdprojecten

De RIBW Oost-Veluwe is voornemens om in samenwerking met jeugdinstanties woonvoorzieningen voor jongeren (tussen 12 en 23 jaar) te realiseren.

Voorgaande vindt zijn oorsprong in het Kerndocument Regiovisie GGZ Oost-Veluwe (Reinoud Adviesgroep, 2000). Daarin is vastgelegd dat de RIBW Oost-Veluwe beschermd wonen voor Jeugd zal ontwikkelen. In opdracht van de RIBW verrichtte Bureau Terpstra & Van Dijke te Utrecht (2004) een 'quick scan' naar de behoeften onder jongeren aan beschermd wonen en ambulante woonbegeleiding.

Uit dit onderzoek bleek dat klinisch uitbehandelde jongeren vaak niet (meer) naar huis kunnen of (nog) niet in staat zijn om zelfstandig te wonen. Als gevolg bezetten zij dure behandelplaatsen. Daarnaast is de kans groot dat zij wegglijden in dak- en thuisloosheid en criminaliteit. Dit geldt ook voor cliënten van de jeugdgezondheidszorginstellingen.

Voorgaande was voor de RIBW aanleiding aansluiting te zoeken bij jeugdzorginstellingen en instanties op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie. Doel daarvan is beschermende woonvormen te ontwikkelen die aan de specifieke behoeften voldoen van deze jongeren. De inspanningen moeten leiden tot een sluitende keten voor jongeren.

In 2006 zijn de reeds bestaande contacten met een viertal jeugdinstanties verder uitgewerkt in concrete samenwerkingsprojecten. Onderstaande tabel 14 geeft een overzicht van de huidige partners en doelgroepen ten behoeve waarvan woonvoorzieningen ontwikkeld worden.

Tabel 14 Samenwerkingspartners en doelgroepen Jeugd

Samenwerkingspartner	Doelgroep
Hoenderloo Groep	Jeugdigen vanaf 16 jaar met ADHD / PDD-NOS
JJI Rentray	vanaf 16 jaar met gedragsproblematiek / persoonlijkheidsstoornis
Karakter, Kinder- en jeugdpsychiatrie	Jeugdigen vanaf 14 jaar met psychiatrische handicaps
Dr. Leo Kannerhuis, centrum voor autisme	Jeugdigen vanaf 14 jaar met stoornis in het autistisch spectrum

Werkgroepen ontwikkelden ondernemings- en projectplannen voor de afzonderlijke samenwerkingsprojecten en voerden deze uit. De werkgroepen bestonden uit medewerkers van de jeugdinstantie en de RIBW Oost-Veluwe, eventueel aangevuld met een externe adviseur.

Bij diverse projecten is gestart met voorbereidingswerkzaamheden, zoals het werven en introduceren van personeel en het ontwikkelen van de begeleidingsmethodiek.

Eind 2006 vond de werving en selectie plaats voor de samenwerkingsprojecten met JJI Rentray en de Hoenderloo Groep. Deze medewerkers starten begin 2007 in bestaande

woonvormen van de RIBW Oost-Veluwe. Daarna worden ze ingezet voor de jeugdprojecten. Halverwege 2007 gaan diverse groepen jongeren daadwerkelijk starten.

Naast de contacten met de genoemde instellingen, zijn er contacten met Bureau Jeugdzorg Gelderland geweest. Hierbij is gesproken over de behoefte aan 24-uursvervolgvoorzieningen voor jongeren. Er wordt gekeken naar mogelijkheden om in dit aanbod te kunnen voorzien.

In Eerbeek (gemeente Brummen) ontwikkelen de RIBW Oost-Veluwe en Woningstichting Eerbeek bouwlocatie 'Lombok'. Het gebouw bevat individuele appartementen, gemeenschappelijke ruimten en kantoorfaciliteiten. De ingebruikname zal eind 2007 plaatsvinden.

4.4.3.3 Projecten voor ouderen

Buiten de Veste is een project van Woningstichting Brummen; Woonzorgcentra Iselgouw, locatie Tolzicht; Stichting Welzijn Brummen en RIBW Oost-Veluwe. Realisatie zal plaats vinden in de dorpskern Brummen aan de Elzenbosweg. Het project voorziet in Verzorgingshuiszorg, Beschermd Wonen, Begeleid Zelfstandig Wonen in groepsverband en Sociale Dagopvang. Voor de RIBW is voorzien in 18 plaatsen Beschermd Wonen en 16 plaatsen Groeps Begeleid Zelfstandig Wonen voor personen vanaf 55 jaar.

Na veel vertragingen is de bouwvergunning verleend op 11 oktober. De verwachting is dat de gebouwen in maart 2008 opgeleverd zullen worden. De sollicitatieprocedure van een projectleider is inmiddels afgerond.

Woningcorporatie De Goede Woning realiseert in samenwerking met Woonzorgcentrum de Goede Zorg te Apeldoorn een nieuw woonzorgcomplex: Nieuw Avondzon. Als uitvloeisel van de in 2005 getekende samenwerkingsovereenkomst zal de RIBW Oost-Veluwe daarin veertien oudere cliënten huisvesten in zelfstandige appartementen. De oplevering vindt plaats in 2007.

4.4.3.4 Samenwerking met Saxion Hogescholen / Jeugdprojecten

De doelgroep Jeugd is gevarieerd en vraagt om een specialistische aanpak. Het betreft een doelgroep in verschillende levensfasen en met verschillende problematieken en behoeften. Ook hanteren jeugdinstellingen en de RIBW verschillende visies en methodieken.

Deze specialistische aanpak is beperkt beschikbaar. In samenwerking met (behandel)instellingen en Saxion Hogescholen te Deventer wil de RIBW Oost-Veluwe de benodigde competenties ontwikkelen en d.m.v. scholingsprogramma's implementeren. De beschikbare wetenschappelijke evidentie wordt hierbij betrokken. In het verslagjaar vonden verkenningen plaats met Saxion Hogescholen en de Hoenderloo Groep te Hoenderloo om bovenvermelde te realiseren.

4.4.3.5 Doorbraakproject Schizofrenie

De RIBW Oost-Veluwe werkte samen aan de uitvoering van een Doorbraakproject Schizofrenie met het Trimbos-instituut en Spatie/GGNet. Doelstelling was het verminderen van psychotische terugval en het verbeteren van het sociaal functioneren van cliënten met

schizofrenie. De voorlopige bevindingen zijn positief. De toegankelijkheid van hulpverleners van Spatie/GGNet voor de RIBW Oost-Veluwe nam toe. Gevolg daarvan was dat de cliënten sneller de (spoedeisende) hulp kregen die ze nodig hadden. Doordat een van de begeleiders training ontving in psycho-educatie, ontstond meer inzicht in de ‘waarschuwingssignalen’ die vooraf gaan aan psychotische terugval. Meer inzicht leidt tot sneller ingrijpen (in samenspraak met de cliënt), om erger te voorkomen. Begin 2007 wordt het project afgerond.

4.4.4 Kwaliteit van zorg

De aan kwaliteit van zorg gerelateerde indicatoren zijn in bijlage C Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten opgenomen. Deze zijn geclusterd d.m.v. de begrippen effectiviteit van zorg, veiligheid en cliëntgerichtheid.

In de volgende paragraaf wordt het in 2006 gehouden Cliënttevredenheidsonderzoek behandeld.

4.4.4.1 Cliënttevredenheidsonderzoek

Omdat de activiteiten van de RIBW Oost-Veluwe gericht zijn op de cliënten, is belangrijk te weten hoe de cliënt de zorg en de organisatie beoordeelt. Reden om een cliënttevredenheidsonderzoek uit te voeren in 2006. Dit onderzoek is, in samenspel met de RIBW Alliantie, uitgevoerd door Bureau TriQs uit Zwolle.

De resultaten van het onderzoek zijn positief. Gemiddeld geeft de cliënt de zorg en de organisatie een 7,39. Enkele hoofdpunten uit het onderzoek zijn:

- Meer dan 75% van de cliënten zou een ander aanraden begeleiding te vragen bij de RIBW Oost-Veluwe.
- Meer dan 75% van de cliënten vindt dat hij/zij voldoende informatie heeft gekregen over de instelling en de begeleiding bij aanvang van de zorg.
- Meer dan 80% van de cliënten is tevreden over de begeleiders.
- Meer dan 70% van de cliënten is tevreden over de inspraak die hij/zij heeft bij het opstellen van het begeleidingsplan.

Voor het volgende onderzoek, in 2007, stelt de RIBW Oost-Veluwe de volgende doelen:

- Een gemiddeld cijfer hoger dan 7,5.
- Minimaal 87% van de cliënten is tevreden over de resultaten van de begeleiding en hun dagelijks leven (nu 77%).
- Meer dan 70% is tevreden over de inspraak bij het opstellen van het begeleidingsplan.
- Minimaal 75% van de cliënten is bekend met de klachtenprocedure.
- Minimaal 75% van de cliënten is van mening dat hij/zij voldoende aandacht krijgt van de begeleiding.

Gedetailleerde informatie over de onderzoeksresultaten vindt u via www.ribwoostveluwe.nl.

4.4.5 Wetenschappelijk onderzoek

De RIBW Oost-Veluwe participeerde in enkele wetenschappelijke onderzoeken, naast het in paragraaf 4.4.3.4 vermelde actieonderzoek door Saxion Hogescholen.

4.4.5.1 UTOPIA

Het Rob Giel Onderzoekcentrum draagt zorg voor de uitvoering van het onderzoek met de naam UTOPIA. UTOPIA staat voor *Uit & Thuis Onderzoek* naar de *Participerende Instellingen* van de RIBW Alliantie. Het Onderzoekscentrum is onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Afdeling Psychiatrie.

Uitgangspunt is een convenant tussen de bij RIBW Alliantie aangesloten RIBW's en het UMCG. Doelstelling van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in de kwantiteit en kwaliteit van de zorg die RIBW's verlenen. In de eerste fase worden de benodigde gegevens verzameld om 'de wereld van de woonzorg' in beeld te brengen. In 2007 zullen de onderzoekers de resultaten rapporteren en zal de tweede fase van start gaan. Daarin staan de cliënten en de begeleiders centraal. Onderzoeksaspecten zijn tevredenheid over de geboden zorg, kwaliteit van leven en functioneren.

4.4.5.2 Herstel

De RIBW Oost-Veluwe neemt deel aan het 'Landelijk initiatief ontwikkeling en onderzoek herstelprogramma voor mensen met een psychische beperking'. Sinds 2004 werken cliënten en medewerkers mee aan het verrichten van een quasi-experimentele studie naar de effecten van het Herstelprogramma voor mensen met ernstige psychische beperkingen. Het Trimbos-instituut te Utrecht voert het onderzoek uit. Omdat nog drie instellingen deelnemen aan het onderzoek, kunnen de onderzoekers pas conclusies trekken als de dataverzameling bij alle deelnemende instellingen is afgerond. Drie van de vier dataverzamelingen hebben plaatsgevonden. De verwachting is dat de vierde in de zomer van 2007 kan worden afgerond en dat de eindresultaten eind 2007 of begin 2008 beschikbaar komen.

4.4.6 Klachten

Door middel van deze paragraaf legt de RIBW Oost-Veluwe verantwoording af in relatie tot de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. De RIBW Oost-Veluwe beschikt over een Klachtencommissie en een Klachtenreglement.

Om de onafhankelijkheid van de Klachtencommissie te waarborgen, heeft de commissie een onafhankelijke voorzitter. Deze is niet in dienst bij de RIBW Oost-Veluwe.

Het Klachtenreglement bevat een regeling voor de behandeling van klachten over gedragingen van medewerkers of van voor de RIBW Oost-Veluwe werkzame personen jegens een cliënt. In de algemene brochure is vermeld hoe cliënten met klachten om kunnen gaan en hoe ze een klacht bij de Klachtencommissie in kunnen dienen en dat het Klachtenreglement ter inzage beschikbaar is.

In het verslagjaar zijn geen klachten ingediend bij de Klachtencommissie.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

In de twee volgende paragrafen komen het personeelsbeleid en de kwaliteit van het werk aan de orde.

4.5.1 Personeelsbeleid

In deze paragraaf worden de doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties weergegeven met betrekking tot het personeelsbeleid. Aan de orde komen tevens het verloop, het verzuim en de vacatures.

Een belangrijk deel van de activiteiten van het team P&O heeft gelegen op het gebied van werving & selectie. Grote inspanningen zijn gepleegd bij een wervingsactie voor negen verschillende functies halverwege het verslagjaar. Tevens zijn in het kader van HKZ-certificatie processen en procedures vastgelegd en bijbehorende formulieren ontwikkeld. Onder andere op het gebied van vacaturestelling, werving & selectie en aannamebeleid.

Het aantal medewerkers op 31 december van het verslagjaar bedroeg 228 (exclusief stagiaires). In tabel 15 is het aantal personen vermeld dat in en uit dienst is getreden.

Tabel 15 Verloop personeel in verslagjaar

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte's
Totale instroom personeel in loondienst	59	43,97
Waarvan personeel met cliëntgebonden functies	44	33,19
Totale uitstroom personeel in loondienst	27	20,12
Waarvan personeel met cliëntgebonden functies	20	15,20

Naast individuele loopbaanbegeleiding en coaching zijn er activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering ondernomen voor de verschillende doelgroepen. In het bijzonder is te noemen de training Jaarplansystematiek die ondersteunend werkt aan de verbetercyclus van HKZ. Deze training is gevolgd door vertegenwoordigers van alle beleidsterreinen van de RIBW Oost-Veluwe. Hierdoor is een verbindend element gevormd gericht op de doelstelling: maximaal resultaat voor cliënten, naastbetrokkenen en de maatschappij.

In het verslagjaar zijn voor de eerste maal gesprekken gevoerd, gericht op het Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP) van de individuele medewerker.

Het verzuim is in het verslagjaar toegenomen na een daling in het voorgaande jaar en ligt op het niveau van de jaren daarvoor. Het vormt daarmee een punt van aandacht. In tabel 16 is het ziekteverzuim (exclusief zwangerschap) volgens de Vernetdefinitie vermeld.

Tabel 16 Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof in percentages

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5,99%
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5,32%

In tabel 17 vindt u het aantal vacatures.

Tabel 17 Aantal vacatures op 31 december 2006

	Vacatures	Moeilijk vervulbare vacatures
Totaal personeel	25	1
Personeel met cliëntgebonden functies	19	0

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Informatie over de kwaliteit van het werk vindt u in deze paragraaf.

In het verslagjaar is een onderzoek gedaan naar de (fysieke) arbeidsomstandigheden. De omstandigheden in een groot deel van de locaties zijn geïnventariseerd aan de hand van gestructureerde vragenlijsten. De daaruit voortkomende actiepunten zijn opgenomen in een Plan van Aanpak.

In februari gaf NAP Human-Invest voorlichting aan de medewerkers van het Centraal en het Regio Bureau over 'beeldschermwerk'. Aansluitend bezochten de adviseurs de werkplekken van de medewerkers en adviseerden over optimalisering van de werkplek. De medewerkers werd gevraagd de 'Vragenlijst beeldschermwerkers' in te vullen. Doel daarvan is het bewaken en bevorderen van de gezondheid van de medewerkers in relatie tot de arbeidsomstandigheden. Met behulp van de vragenlijsten zijn de gezondheidseffecten opgespoord. Aan de hand daarvan rapporteerde NAP Human-Invest de uitkomsten aan de betrokken medewerkers en verstrekte adviezen met het doel gezondheidsschade te voorkomen. Een centrale conclusie is dat de werktaak geen risicofactor is. De knelpunten zoals die zijn aangetroffen op de werkplekken, zijn opgenomen in het plan van aanpak.

Deze rapportages worden samengevoegd met de rapportage van het Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO). Het MTO zal begin 2007 plaatsvinden. De uit de rapportages gedestilleerde rapportages vormen de Risico Inventarisatie en -Evaluatie.

Veel aandacht is geschonken aan de adequate kantoorhuisvesting van medewerkers. Tevens functioneert de Bedrijfshulpverlening (BHV) op een actieve wijze.

4.6 Samenleving

In deze paragraaf komen de doelstellingen, inspanningen en gerealiseerde prestaties met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen aan de orde.

De RIBW voelt zich betrokken bij de samenleving, de individuen die daarvan deel uitmaken en de knelpunten die zich op maatschappelijk en individueel niveau voordoen. De focus is daarbij gericht op personen en groepen met psychische handicaps.

Actief werd geparticipeerd in de WMO-processen van de vier gemeenten in de regio. Veel energie is besteed aan het oplossen van de knelpunten in het jeugdsegment. Tevens werd geparticipeerd in het project Ketenaanpak Huiselijk Geweld Apeldoorn en de ontwikkeling van woonzorgzones in de gemeenten Apeldoorn, Epe en Brummen. Het Omnizorgcentrum

is een voorbeeld van een project dat de uitval en verval van mensen en hun omgeving wil helpen voorkomen.

Geïnvesteed werd in het optimaliseren van de relaties met de partijen in het segment welzijn. Het betreft WisselWerk te Apeldoorn, Mensenwerk te Twello, Stichting Welzijn Brummen, Zorgboerderij de Wenumhoeve te Apeldoorn, Zorgboerderij Hof Noord Empe te Voorst en de Kap, vrijwilligersorganisatie in Apeldoorn.

4.7 Milieu

Ten aanzien van het milieu voert de RIBW het volgende beleid. Bij de aanschaf van huishoudelijke producten wordt rekening gehouden met milieu- en kostenaspecten. De RIBW hanteert 'duurzaam bouwen' als uitgangspunt bij de realisatie van nieuwbouw en renovatie en kiest voor hoogwaardige en duurzame inrichting. In de begeleiding worden cliënten gewezen op hun verantwoordelijkheid inzake het gebruik van energie en water en materialen.

4.8 Financieel beleid

In deze paragraaf vindt u beknopte informatie over het financieel beleid. Kengetallen met betrekking tot de kredietwaardigheid en de liquiditeit geven een verduidelijking van de financiële gang van zaken in 2006.

Het boekjaar 2006 is afgesloten met een positief resultaat van € 596.138. De personeelskosten zijn in 2006 gestegen ten opzichte van het boekjaar 2005 i.v.m. de groei van de RIBW. De stijging van de personeelskosten ten opzichte van 2005 is het gevolg van de stijging van het aantal in dienst zijnde personeelsleden. De sociale kosten zijn binnen de begroting gebleven als gevolg van lagere sociale- en pensioenpremies. De toename van de overige personeelskosten wordt veroorzaakt door een toename van de kosten voor deskundigheidsbevordering.

De kosten van voeding en huishouding zijn in 2006 toegenomen ten opzichte van 2005 als gevolg van de groei van de RIBW. De kosten van administratie en registratie stijgen ten opzichte van de begroting in verband met toenemende werkzaamheden als gevolg van de groei van de organisatie en hogere uitgaven in verband met de groei van het aantal plaatsen, zoals telefoonkosten en zakelijke lasten.

Ook de kosten van algemeen beheer zijn gestegen ten opzichte van de begroting in verband met uitgaven die bij de totstandkoming van de begroting nog niet bekend waren. Bovendien zijn extra kosten gemaakt met het oog op de oriëntatie op de toekomst en de representatie en PR.

De cliëntgebonden kosten zijn binnen de begroting gebleven, daar een aantal voorgenomen projecten nog niet tot kosten hebben geleid. De stijging van de onderhoudskosten ten opzichte van de begroting zijn het gevolg van hogere onderhoudsuitgaven in verband met de toename van het aantal woningen en een dotatie aan de onderhoudsvoorziening. De energiekosten nemen toe met de toename van het aantal woningen.

Ten slotte nemen de kapitaalslasten toe als gevolg van de doorwerking van de activering in de loop van 2005 en 2006 i.v.m. aangeschafte en gehuurde woningen, evenals de

rentekosten die met de financiering van de projecten gepaard gaan. Het verschil tussen de werkelijke kapitaalslasten en het 'budget kapitaalslasten' conform de nacalculatie is ten gunste van de egalisatierekening gebracht.

Het budget aanvaardbare kosten is in 2006 toegenomen met €1.308.939,- ten opzichte van de begroting 2006. Deze stijging is het gevolg van de stijging van de toegelaten capaciteit en daarmee het aantal verzorgingsdagen en aanpassingen in verband met loon- en prijsstijgingen. Als gevolg van het positieve resultaat is de Reserve Aanvaardbare Kosten per 31 december 2006 toegenomen tot een bedrag van €284.012. De egalisatierekening kapitaalslasten is toegenomen met €312.126.

4.8.1 Resultaatratio AWBZ-gefinancierde middelen

De resultaatratio berekent het resultaat van het boekjaar ten opzichte van de totale opbrengsten.

Per 31 december 2005 bedroeg dit percentage 3,37%. Op 31 december 2006 is het percentage gestegen naar 4,91%. Deze stijging wordt mede veroorzaakt doordat de kosten niet lineair stegen met de groei van de organisatie.

De resultaatratio van niet-AWBZ gefinancierde middelen is niet van toepassing.

4.8.2 Liquiditeit

De liquiditeit geeft de mate aan waarin de RIBW op korte termijn in staat is haar betalingsverplichtingen na te komen. In 2006 is besloten kort vreemd vermogen om te zetten naar lang vreemd vermogen. Dit had een positief effect op de liquiditeitspositie. Echter zijn de liquiditeiten afgenomen als gevolg van het in eerste instantie kort financieren van vaste activa. De liquiditeitspositie wordt als volgt berekend: vlottende activa (inclusief liquide middelen) te delen door de kortlopende schulden (quick-ratio).

Op 31 december 2005 bedroeg dit percentage 84,87%. Op 31 december 2006 is het percentage afgenomen tot 55,38%.

4.8.3 Solvabiliteit

De solvabiliteit geeft de kredietwaardigheid aan en wordt als volgt berekend:

- totaal eigen vermogen gedeeld door balanstotaal;
- totaal eigen vermogen gedeeld door de totale opbrengsten.

In de eerste berekening is de solvabiliteit toegenomen van 4,90% in 2005 tot 9,18% in 2006. In de tweede berekening van 6,69% in 2005 tot 10,14% in 2006.

De stijging van de kredietwaardigheid is het gevolg van de toename van het eigen vermogen als gevolg van het positief resultaat en de toename van de voorzieningen, terwijl de totale schuld is afgenomen. Een toelichting op het resultaat vindt u in de toelichting op de resultatenrekening in de Jaarrekening.

In tabel 18 is de exploitatie 2006 weergegeven ten opzichte van 2005.

Tabel 18 Exploitatie 2006 t.o.v. 2005

EXPLOITATIE 2006 TEN OPZICHTE VAN 2005		
	2006	2005
	€	€
Baten		
Subsidie AWBZ	11.881.147	9.500.400
Subsidie Zorgvernieuwing	89.380	86.524
Overige baten/lasten	159.593	-109.869
	12.130.120	9.477.055
Lasten		
Personeelskosten	7.196.829	5.580.150
Kosten van huishouding	111.055	73.469
Organisatiekosten	1.179.730	1.011.703
Verzorgingskosten	730.291	647.512
Terrein- en gebouwgebonden kosten en kapitaalslasten	2.316.077	1.844.436
	11.533.982	9.157.270
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	596.138	319.785
Bestemming resultaat		
Reserve aanvaardbare kosten	284.012	319.785
Reserve egalisatierekening kapitaalslasten	312.126	0
	596.138	319.785

5 Lijst van afkortingen

A&A	Administratie en Automatisering
AO/IC	Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle
AVR	Arbeidsomstandigheden, Verzuim en Reïntegratie
AZR	AWBZ Brede Zorg Registratie
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CKMZ	Centrum voor Kwaliteit en Management in de Zorgsector
CSB	Cliënten Service Bureau
ECD	Elektronisch Cliënten Dossier
IBC	Interne Bezwaren Commissie
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
IRB	Individuele Rehabilitatie Benadering
JJI	Jeugd Justitiële Inrichting
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HRM	Human Resource Management
K&E	Kwaliteit en Ethiek
MTO	Medewerkerstevredenheidsonderzoek
OR	Ondernemingsraad
P&O	Team Personeel en Opleiding
PR	Public Relations
RIBW	Regionale Instelling Beschermende Woonvormen
ROC	Regionaal Opleidings Centrum
WMO	Wet Maatschappelijk Ondersteuning
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZZP	Zorgzwaartepakket

A Bijlage bij Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

A.1 Nadere typering Stichting RIBW Oost-Veluwe

Tabel 1 Nadere typering RIBW Oost-Veluwe op 31 december 2006

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

Tabel 2 AWBZ-functies geleverd door de RIBW Oost-Veluwe in verslagjaar

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

Tabel 3 Doelgroepen cliënten van door de RIBW Oost-Veluwe geleverde AWBZ-zorg

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

A.2 Gegevens verblijfplaatsen naar bouwcategorie

De tabel heeft betrekking op de gehele RIBW Oost-Veluwe.

Tabel 1 Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking	X	X	X
Psychogeriatrische aandoening of beperking	X	X	X
Psychiatrische aandoening	296	X	X
Lichamelijke handicap	X	X	X
Verstandelijke handicap	X	X	X
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	X	X	X
Psychosociale problemen	X	X	X

B Bijlage bij Hoofdstuk 3 Governance

B.1 Bestuur en toezicht

B.1.1 Wettelijke transparantie-eisen bestuurstructuur

Tabel 1 Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur

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

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

Tabel 2 Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek door cliëntenvertegenwoordiging volgens BW

Transparantie-eis	Ja/nee
Kent u in uw statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (een verzoek tot enquête door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam)?	Vorbereidingen daartoe zijn getroffen, Effectuering in 2007.

Tabel 3 Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek toegekend aan ander orgaan

Aan wie heeft het concern deze bevoegdheid nog meer toegekend?	Zorgbelang Gelderland krijgt deze bevoegdheid.
--	--

Tabel 4 Wijziging statuten

Transparantie-eis	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering veranderingen plaatsgevonden (als bedoeld in het uitvoeringsbesluit WTZi, toelichting bij hoofdstuk VI transparantie-eisen)?	Vorbereiding daartoe zijn getroffen.
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	Het betreft het enquêterecht.

B.1.2 Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

Tabel 1 Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

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

B.1.3 Samenstelling Raad van Bestuur en Raad van Toezicht M/V

Tabel 2 Samenstelling van Raden van Bestuur en Toezicht naar geslacht

	Aantal vrouwen	Percentage vrouwen
Raad van Bestuur	0	0%
Raad van Toezicht	2	40%

C Bijlage Hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties

C.1 Algemeen Kwaliteitsbeleid

Tabel 1 Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

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

Indien ja:

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

Indien nee:

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

Indien een traject is gestart:

Naam beoogde certificaat, label of accreditatie	HKZ-certificaat
Verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	December 2007
Naam toetsende instantie	Nader te bepalen

C.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten

C.2.1 Kwaliteit van zorg GGZ

EFFECTIVITEIT VAN ZORG

Tabel 1 Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt

	Percentage
Percentage patiënten dat na meting m.b.v. GAF /CGAS (jeugd) is verbeterd	Geen gegevens
Percentage patiënten dat na meting m.b.v. GAF /CGAS (jeugd) is gestabiliseerd	Geen gegevens
<p>De door GGZ Nederland ontwikkelde Basisset Prestatie-indicatoren maakt gebruik van de Global Assessment Function-scale (GAF-schaal) om veranderingen in het dagelijks functioneren van de cliënt te meten. De RIBW Oost-Veluwe is geen behandelinstelling en heeft vanuit die positie geen traditie in het vaststellen van de GAF-score. Daarom zijn deze gegevens op grond van een nulmeting (bij het openen van een DBC) en twee vervolgmetingen (waarvan de laatste bij het afsluiten van de DBC) niet voorhanden.</p> <p>De RIBW Alliantie, het samenwerkingsverband van zelfstandige RIBW's, ontwikkelt beleid t.a.v. de Basisset prestatie-indicatoren. De RIBW Oost-Veluwe zal de ontwikkelingen en adviezen op dit terrein volgen.</p> <p>De cliënt en diens Persoonlijk Begeleider evalueren halfjaarlijks de voortgang van de door de cliënt (in het begeleidingsplan) geformuleerde doelen. Een geaggregeerd overzicht van de gehele cliëntenpopulatie van de RIBW Oost-Veluwe is niet beschikbaar.</p>	

Tabel 2 Percentage heropname versus opnameduur

De verhouding tussen de gemiddelde duur van de opnamen en het % heropnamen binnen 3 maanden over een periode van 1 jaar	
Aantal cliënten in 2006 dat na ontslag binnen 3 maanden opnieuw geplaatst is in een Beschermende Woonvorm	2
Aantal ontslagen uit een Beschermende Woonvorm in 2006	50
Percentage herplaatsingen	4%
Totaal aantal verblijfsdagen van in 2006 vertrokken cliënten	23.583
Totaal aantal cliënten dat vertrok uit de Beschermende Woonvorm in 2006	48
Gemiddelde verblijfsduur in dagen van cliënten die in 2006 uit een woonvorm vertrok (exclusief 2 cliënten die overleden)	491,5

Tabel 3 Percentage vroegtijdige eenzijdige beëindiging van begeleiding

Het percentage cliënten dat hun begeleiding eenzijdig en/of tegen het advies van de begeleider beëindigd heeft gedurende het registratiejaar.	Percentage
Percentage cliënten	Geen gegevens

Tabel 4 De mate waarin somatische screening plaatsvindt

De mate waarin somatische screening plaatsvindt	
Beschikbaarheid van een standaardprocedure m.b.t. de screening op somatische aandoeningen	Nee
Percentage cliënten gescreend bij plaatsing	0
Het percentage langdurige verblijfscliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure en waarbij het resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd	0
Toelichting. Uitgangspunt binnen RIBW-zorg is dat screening op somatische aandoeningen primair een medische verantwoordelijkheid is. Iedere cliënt heeft een eigen huisarts. De persoonlijk begeleider van de cliënt bewaakt mede dat de desbetreffende cliënt de eigen huisarts of medisch specialist consulteert, indien daar aanleiding toe is.	

Tabel 5 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek

Percentage cliënten dat na ontslag uit de RIBW binnen twee weken een ambulant of deeltijdzorg-contact heeft	Percentage
Percentage cliënten	Geen gegevens.
Toelichting. De praktijk is dat altijd nazorg georganiseerd wordt voor cliënten. Indien er voor cliënten die een woonvorm verlaten (nog) geen externe nazorg beschikbaar is, biedt de woonvorm deze.	

VEILIGHEID

Tabel 6 Onveiligheid door ontbreken van informatie

Onveiligheid door ontbreken van informatie	
Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	NVT
Percentage spoedopnames waarbij de actuele informatie over de cliënt niet beschikbaar was	NVT
Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op het aantal spoedopnamen buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt. Het betreft informatie over medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en de crisiskaart. Omdat de RIBW geen crisisbehandelfunctie kent (voor niet in de instelling verblijvende cliënten) is deze indicator niet van toepassing op de RIBW Oost-Veluwe. Er vindt daarom geen registratie plaats.	

Tabel 7 Percentage suïcides gedurende verslagjaar, gerelateerd aan instellingsgrootte

Percentage overleden cliënten ten gevolge van suïcide	Percentage
Aantal overleden cliënten in 2006 t.g.v. suïcide (Beschermd Wonen)	0
Aantal overleden cliënten in 2006 t.g.v. suïcide (Begeleid Zelfstandig Wonen)	0
Totaal aantal cliënten op 31-12-2006 (Beschermd Wonen)	274
Totaal aantal cliënten op 31-12-2006 (Begeleid Zelfstandig Wonen)	276
Percentage cliënten overleden door suïcide (Beschermd Wonen)	0%
Percentage cliënten overleden door suïcide (Begeleid Zelfstandig Wonen)	0%

CLIËNTGERICHTHEID

Tabel 8 Wachttijden

Wachttijden tussen inschrijving en start Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen	Aantallen/percentage
Gemiddelde wachttijd in dagen tussen inschrijving en start Begeleid Zelfstandig Wonen	153 dg
Gemiddelde wachttijd in dagen tussen inschrijving en plaatsing in een Beschermende Woonvorm	169 dg
Percentage cliënten voor Begeleid Zelfstandig Wonen dat korter gewacht heeft dan 98 dagen	gegevens onbekend
Percentage cliënten voor plaatsing in Beschermde Woonvorm dat korter gewacht heeft dan 147 dagen	gegevens onbekend

Tabel 9 Informed consent

Informed consent	Percentage
Het percentage cliënten dat 'informed consent' ervaart	72,10%
<p>Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op vraag 6 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant). Vraag 6 luidt: 'Heeft u ingestemd met uw begeleidingsplan?' Het percentage dat 'informed consent' ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (168) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p>	

Tabel 10 Keuzevrijheid

Keuzevrijheid	Percentage
Het percentage cliënten dat keuzevrijheid in de begeleiding ervaart.	74,68%
<p>Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op vraag 4 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant). Vraag 4 luidt: 'Kon (kunt) u meebeslissen over de begeleiding die u zou gaan krijgen (krijgt)?' Het percentage dat "keuzevrijheid" ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (174) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p>	

Tabel 11 Vervulling zorgwensen

Percentage cliënten dat aangeeft dat de begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen	Percentage
Percentage cliënten (vraag 11 Thermometer)	69,10%
Percentage cliënten (vraag 12 Thermometer)	75,10%
<p>Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op de vragen 11 en 12 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant). Vraag 11 luidt: 'Werd (wordt) het begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?' Het percentage dat 'keuzevrijheid' ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (161) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233). Vraag 12 luidt: 'Vond (vindt)de begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?' Het percentage dat 'keuzevrijheid' ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (175) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p>	

Tabel 12 Evaluatie van begeleidingsplannen

Begeleidingsplannen van cliënten dat minder dan 1 jaar oud is	Aantal/Percentage
Aantal cliënten met een begeleidingsplan op 31-12-2006	Geen gegevens
Totaal aantal cliënten op 31-12-2006	550
Percentage begeleidingsplannen van cliënten dat minder dan 1 jaar oud is	Geen gegevens
<p>Toelichting. Op peildatum zijn de (geautomatiseerde) gegevens onvolledig i.v.m. het omzetten van gegevens uit de 'handmatige begeleidingsplannen' naar het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Uitgangspunt is dat nieuwe cliënten twee maanden na inzorgname de beschikking hebben over een begeleidingsplan en dat deze minimaal éénmaal per zes maanden wordt geëvalueerd.</p>	

Tab 13 Dagbesteding en arbeid: Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten

Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	Percentage
Het aantal dagdelen per week dat cliënten (1 jaar of korter ingeschreven bij RIBW Oost-Veluwe) op peildatum 31-12-2006 deelnamen aan dagactiviteiten of betaald werk of vrijwilligerswerk deden	Geen registratie
Het totale aantal cliënten op 31-12-2006	552
Percentage cliënten	Onbekend

Tabel 14 Woon- en leefomstandigheden

Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in de RIBW	Percentage
Percentage cliënten	76,39%
<p>Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op vraag 17 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant). Vraag 17 luidt: ‘Bent u tevreden over uw woonsituatie / woonomstandigheden?’ Het percentage dat een positief oordeel geeft over de woonsituatie of - woonomstandigheden, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (178) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233). Het betreft het percentage cliënten dat langdurende geestelijke gezondheidszorg (>1 jaar) ontvangt waarbij de woonvoorziening gerelateerd is aan de zorg (RIBW, BZW) dat een positief oordeel geeft over de woonsituatie of -omstandigheden.</p>	

Tabel 15 Adequate bejegening door de hulpverleners

Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren	Percentage
Percentage cliënten (vraag 9)	91,85%
Percentage cliënten (vraag 10)	82,40%
<p>Toelichting. Deze indicator heeft betrekking op de vragen 9 en 10 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant). Vraag 9 luidt: ‘Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?’ Het percentage dat ‘voldoende respect’ ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (214) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233). Vraag 10 luidt: ‘Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en in uw mening?’ Het percentage dat ‘voldoende interesse’ ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (192) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p>	

Tabel 16 Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners

Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren	Percentage
Percentage cliënten (vraag 1 Thermometer)	81,12%
Percentage cliënten (vraag 2 Thermometer)	76,39%
Percentage cliënten (vraag 3 thermometer)	67,38%
<p>Toelichting.</p> <p>Deze indicator heeft betrekking op de vragen 1, 2 en 3 van de Thermometer Cliëntwaardering (RIBW-variant).</p> <p>Vraag 1 luidt: ‘Heeft u voldoende informatie gekregen over de begeleidingsmogelijkheden van de instelling?’ Het percentage dat ‘voldoende informatie over de begeleidingsmogelijkheden’ ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (189) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p> <p>Vraag 2 luidt: ‘Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw begeleiding?’ Het percentage dat ‘voldoende informatie over de aanpak van de begeleiding’ ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (178) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p> <p>Vraag 3 luidt: ‘Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw begeleiding?’ Het percentage dat ‘voldoende informatie over het te verwachten resultaat van de begeleiding’ ervaart, is bepaald door het aantal cliënten dat de vraag positief beantwoord heeft (157) te delen door het aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft (233).</p>	

C.2.2 Klachten

Tabel 1 Aantallen klachten in het verslagjaar

Aantallen klachten in het verslagjaar	Aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	0
Aantal klachten als percentage van het gemiddelde aantal personeelsleden in fte's	0%
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	0
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	0
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	0

C.3 Personeelsbeleid

C.3.1 Kwaliteit van het personeel

Tabel 1 Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	59	43,97
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	44	33,19
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	27	20,12
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	20	15,20

Tabel 2 Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie, in percentages

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5,99%
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5,32%

Tabel 3 Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof (definitie zoals vastgelegd in de toolkit van het Arboservicepunt HOO) in percentages

Personeelsformatie	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5,99%
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	5,32%

Tabel 4 Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	25	1
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	19	0

C.3.2 Kwaliteit van het werk

Vanwege hoge werklast en onderbezetting heeft in het verslagjaar geen Medewerkerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden, anders dan een Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E). Voornemen is een dergelijk onderzoek uit te voeren in het voorjaar van 2007.

Tabel 1 Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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

Indien ja bij 1:

Gebruikte meetmethode	NVT
-----------------------	-----

Indien nee bij 1:

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

Indien ja bij 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	NVT
--------------------------------------	-----

Indien ja bij 1 en ja bij 2

Uitkomst van de raadpleging o.b.v. normering sector	NVT
---	-----

Indien ja bij 1 en nee bij 2:

Kunt u een benadering geven van de uitkomst van de raadpleging?	NVT
---	-----

Heeft u maatregelen getroffen naar aanleiding van de uitkomst?	NVT
--	-----

Apeldoorn, 24 mei 2007

H.J. Bos,
Voorzitter Raad van Toezicht

Th.H.M. Solen,
Raad van Bestuur