

# Stichting De Rozelaar

Jaarverslag 2015

## **Visie van De Rozelaar**

Wij geloven dat God de Schepper van al het leven is. Dit motiveert ons in onze verantwoordelijkheid voor de zorg aan en de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking. Wij vinden iedereen uniek, gelijkwaardig en waardevol. Met respect voor ieders unieke kwaliteiten ondersteunen wij onze cliënten hun talenten te ontwikkelen en te gebruiken. Wij doen dit vanuit een protestants-christelijk perspectief, waarbij waarden als respect, geborgenheid en toewijding leidraad zijn.

<b><i>Inleiding .....</i></b>	<b><i>4</i></b>
<b><i>Raad van Toezicht.....</i></b>	<b><i>5</i></b>
<b><i>Strategie en Beleid.....</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b><i>Financieel beleid .....</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>Management van medewerkers.....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b><i>Management van processen .....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>Waardering door cliënten .....</i></b>	<b><i>32</i></b>
<b><i>Waardering door medewerkers.....</i></b>	<b><i>34</i></b>
<b><i>Reacties uit de samenleving .....</i></b>	<b><i>35</i></b>

## Inleiding

De Rozelaar heeft de ambitie om kwalitatief hoogwaardige en professionele dagbesteding en ondersteuning en begeleiding in de woonomgeving te willen geven aan mensen met een verstandelijke beperking in de regio Barneveld, Putten en Nijkerk.

Vanuit onze visie, samengevat in “Geloven in goede zorg” ziet De Rozelaar kansen en mogelijkheden om in te spelen op de veranderende omgeving en de gewijzigde financieringsvormen. In 2015 is daarom gestart met een belangrijk veranderingsprogramma “Mijn Rozelaar 2018” met daarbij vijf belangrijke pijlers:

**Cliënten hebben regie en doen maximaal mee!**

**We werken netwerkgericht**

**Vrijwilligers zetten hun talenten in en denken mee**

**We werken met zelfstandige teams**

**We zijn ondernemend**

Met deze veranderingen wordt een kwalitatieve inhoudsslag gemaakt waardoor de zorg en dienstverlening van De Rozelaar toekomstbestendig gemaakt wordt.

De Rozelaar kent een hoge medewerkerstevredenheid en een hoge cliënttevredenheid en we voldoen aan alle externe kwaliteitseisen, hierop zijn we trots en we willen dit graag behouden!

Gehecht wordt aan transparantie en duidelijkheid en met dit jaardocument doen we graag verantwoording over het beleid en de werkzaamheden in 2015. Dank aan allen die dit mede mogelijk hebben gemaakt: de begeleiders, stagiaires, het ondersteunend personeel, vrijwilligers, Cliëntenraad, Meepraatraad, Ondernemingsraad en de leden van de Raad van Toezicht.

Bovenal dank aan onze Hemelse Vader die ons de kracht heeft gegeven om dit prachtige werk te mogen doen!

Jan Vogel  
Directeur-bestuurder

## Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht (RvT) van De Rozelaar legt door middel van het RvT-jaarverslag publieke verantwoording af van zijn functioneren over het jaar 2015. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur functioneren volgens de Governancecode in de zorg. Bestuur en toezicht zijn formeel twee organen. Lees hieronder het verslag van de RvT over 2015:

### Visie

De visie op het toezicht houden is dat de Raad van Toezicht door de managementrapportages die zij ontvangt van de Raad van Bestuur en door andere informatiebronnen goed zicht krijgt op het functioneren van de organisatie. De Raad van Toezicht wil geen orgaan op afstand zijn, maar bevindt zich dicht bij de Raad van Bestuur en de organisatie. De Raad van Toezicht is zich er van bewust dat de rol van toezichthouder goed ingevuld dient te worden.

### Uitgangspunten toezicht houden

Voor de Raad van Toezicht zijn de belangrijkste uitgangspunten voor het toezicht houden:

- ✓ Alles vindt plaats met inachtneming van de wettelijke kaders.
- ✓ De doel- en grondslagformulering die zijn vastgelegd in de statuten van de Stichting zijn kader stellend.
- ✓ De beleidsplannen van de Stichting.
- ✓ Resultaatgericht management.
- ✓ De verantwoordelijkheden zijn laag in de organisatie gelegd.
- ✓ Er is een goede taakverdeling tussen de Raad van Bestuur en de managers.

### Samenstelling

De Raad van Toezicht had op 1 januari 2015 zeven leden te weten  
de heer H. Jonker (vz)  
de heer M. Wijnen  
de heer M.T.J. Blanken  
de heer T. van de Bospoort  
de heer H.A. Klein Obbink  
de heer K. Kayim  
mevrouw R. van Schoor-van den Brink

Er waren dit jaar geen aftredende leden.

### Bezoldiging

De leden van de Raad van Toezicht ontvangen geen bezoldiging.

## **Uitvoeren taken**

De Raad van Toezicht heeft in 2015 de taken en bevoegdheden uitgevoerd zoals opgenomen in de statuten en het reglement RvT. Naast het houden van toezicht op het bestuur betrof het specifiek:

- ✓ Goedkeuren van de begroting en het jaarverslag/de jaarrekening;
- ✓ Toezicht op de naleving door Raad van Bestuur van de wettelijke verplichtingen en de Governancecode;
- ✓ Toezicht op de naleving van het realiseren van de doelen die gesteld zijn;
- ✓ Toezicht op de rechtmatige verwerving en doelmatige besteding van de middelen;
- ✓ Het aanwijzen van de accountant.

## **Financiële commissie**

De Raad van Toezicht heeft een financiële commissie samengesteld met als doel regelmatig in gesprek te gaan met de Raad van Bestuur en de manager bedrijfsvoering omtrent de financiën van Stichting De Rozelaar. Deze commissie bestaat uit de heren Van de Bospoort, Wijnen en Klein Obbink. Het jaar 2015 was financieel een zwaar jaar, waardoor de commissie ook regelmatig in gesprek is geweest. Zowel om te adviseren als ondersteunen.

## **Vergaderingen**

De Raad van Toezicht heeft in het afgelopen jaar zeven keer vergaderd in een reguliere vergadering, waarvan één vergadering zonder aanwezigheid van de bestuurder. Deze vergadering wordt gekenmerkt door een zelfevaluatie van de Raad van Toezicht, een beoordeling van het functioneren van de Raad van Bestuur. Van alle vergaderingen van de Raad van Toezicht worden notulen gemaakt. De structuur van de vergaderingen is gewijzigd in 2015. De Raad van Toezicht heeft ervoor gekozen om alle vergaderingen te starten met alleen de leden van de Raad van Toezicht, ter voorbereiding op de agenda die volgt met de Raad van Bestuur.

## **Evaluatie functioneren Raad van Toezicht en Raad van Bestuur**

Jaarlijks vindt er een evaluatie plaats van het functioneren van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De evaluaties van de Raad van Toezicht en van de Raad van Bestuur kwamen aan de orde tijdens de vergadering van de Raad van Toezicht d.d. 10 september 2015. Van deze vergadering zijn notulen gemaakt.

## **Cliëntenraad**

Er is op 10 september overleg geweest met de Cliëntenraad.

## **Ondernemingsraad**

Er is op 10 september overleg geweest met de Ondernemingsraad.

## **Oudercontactavond**

De Raad van Toezicht heeft de jaarlijkse oudercontactavond doorgeschoven naar begin 2016.

## **Informatievoorziening**

De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig de informatie die nodig is om goed te kunnen functioneren. In de regel gebeurt dit als voorbereiding op, dan wel tijdens de vergaderingen van de Raad van Toezicht. Indien daartoe aanleiding is voorziet de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht tussentijds van relevante informatie.

De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur regelmatig rapporteert aan de Raad van Toezicht over de realisering van de maatschappelijke functie en de opzet en werking van de interne risicobeheersing- en controlesystemen.

## **Besprekpunten**

De Raad van Bestuur heeft de Raad van Toezicht over de ontwikkeling in de zorg geïnformeerd. Hieruit vloeien de visie en de koers van de organisatie voort en hoe die bepaald worden. De Raad van Toezicht heeft als sparringpartner van de Raad van Bestuur gefunctioneerd.

Behalve de informatie die de bestuurder verstrekt, zorgt de Raad van Toezicht ook voor andere informatiebronnen. Dit betekent dat er ook (informele) gesprekken zijn met medewerkers.

Er zijn veel onderwerpen op de vergaderingen van de Raad van Toezicht besproken in 2015. We noemen u:

- ✓ Financiële cijfers
- ✓ Begroting 2016
- ✓ Jaarrekening 2014 en het accountantsverslag
- ✓ Jaarverslag 2014
- ✓ Strategie
- ✓ Resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek
- ✓ Notitie RAK
- ✓ Acceptatiebrief benoeming RvT leden
- ✓ Kwaliteit van zorg
- ✓ Vormgeven van de zichtbaarheid van de RvT.
- ✓ Aanpassing bezoldiging WNT directeur bestuurder
- ✓ Invoorzorg (later Mijn Rozelaar 2018)

## **Tenslotte**

De Raad van Toezicht is van mening dat in 2015 een bijdrage is geleverd aan het realiseren van de doelstellingen van De Rozelaar, zoals die verwoord zijn in de statuten en in de visie van De Rozelaar. Voor de behaalde resultaten wordt verwezen naar het jaarverslag en de jaarrekening van De Rozelaar.

De Raad van Toezicht spreekt de wens uit dat de medewerkers van De Rozelaar hun werk voor de cliënten met vreugde mogen doen. Bovenal dat de Heere hun werk zal zegenen.

## Strategie en Beleid



De ontwikkelingen in de samenleving hebben een enorme invloed op De Rozelaar. Veranderende financieringen geven nieuwe impulsen aan samenwerkingen in de ketens en met andere zorgpartijen. De Rozelaar biedt al 30 jaar begeleiding aan mensen met een beperking en waar mogelijk zullen er samenwerkingen ontstaan met o.a. de ouderenzorg, de jeugd en GGZ. Dit geeft ook veranderingen voor de functie-inhoud van het begeleidend personeel en vraagt om een flexibele organisatie waarbij medewerkers betrokken en flexibel zijn. Het vraagt om visie en er zullen keuzes gemaakt moeten worden. De Rozelaar ziet dit alles niet als bedreiging maar ziet in deze ontwikkelingen ook kansen en wil zich in de regio Barneveld, Putten en Nijkerk als professionele partner presenteren.

### Mijn Rozelaar 2018

Het verandertraject van De Rozelaar heeft vanaf de zomer 2015 de titel 'Mijn Rozelaar 2018'. Hiermee wordt duidelijk:

- ✓ dat het gaat om een project waarmee naar de toekomst gekeken wordt.
- ✓ dat het om mensen gaat. Iedereen wordt persoonlijk uitgedaagd om na te denken over zijn of haar rol binnen onze organisatie.



“De samenleving en de zorg veranderen. Iedere zorgorganisatie krijgt hiermee te maken, dus ook De Rozelaar. We hebben te maken met veranderingen in financiering, maar ook met veranderingen in de wensen en verwachtingen die cliënten en hun verwanten hebben.

Binnen De Rozelaar veranderen we mee. Belangrijk is het om te benadrukken dat we niet stil kunnen zitten, maar dat ook niet willen. Cliënten en hun verwanten verwachten terecht van ons dat we ons uiterste best doen om de zorg en ondersteuning te bieden die zij nodig hebben.

Dat vraagt een verandering in onze manier van werken: sommige dingen doen we al goed, andere dingen kunnen beter. Binnen ‘Mijn Rozelaar 2018’ gaan we met elkaar een veranderproces in.

### **Visie op een gezonde toekomst**

De manier waarop we de zorg aan onze cliënten invullen en aan een gezonde toekomst voor De Rozelaar werken, is verwoord in deze vijf pijlers:

**Cliënten hebben regie en doen maximaal mee!**

**We werken netwerkgericht**

**Vrijwilligers zetten hun talenten in en denken mee**

**We werken met zelfstandige teams**

**We zijn ondernemend**

Deze pijlers vormen de basis van het project ‘Mijn Rozelaar 2018’. De invulling en uitvoering per pijler is een gezamenlijke opdracht aan ons allemaal. Wat betekenen deze pijlers voor jou dagelijkse werkzaamheden? Daar gaan we de komende periode over in gesprek.

In 2015 is er een visie ontwikkeld. Deze visie is het plaatje waar we naartoe willen met de verandering. Waarom we het doen. Wat we willen bereiken met elkaar.”

- ✓ “De ondersteuningsbehoefte verandert van karakter. Cliënten en verwanten verwachten en vragen flexibiliteit, deskundigheid en regie/ betrokkenheid in keuzes die gaan over de kwaliteit van hun leven, wonen en werken.
- ✓ Ook kennen we nog niet vervulde zorgvragen. Cliënten worden ouder en vragen worden complexer.
- ✓ De Rozelaar werkt vanuit regie/ betrokkenheid in de wijze waarop cliënten willen participeren in de samenleving, passend bij hun behoefte en mogelijkheden.
- ✓ We gaan uit van de kracht en participatie van cliënten en verwanten en het vakmanschap van onze medewerkers en vrijwilligers (betrokken, eigen en innovatief). Dit gaat om effectief samenspel in de driehoek. We zorgen en begeleiden in verbinding met de directe omgeving van de cliënt (netwerkbegeleider). We verschuiven hierin van “zorgen voor” naar “zorgen dat”.

- ✓ We verbinden ons met de behoeften van de cliënten en inwoners en maatschappelijke vragen vanuit de samenleving (innovatie). We bieden alle cliënten die zorg van De Rozelaar vragen deze.
- ✓ Als organisatie kiezen we samenwerking met maatschappelijke partners, kerken, vrijwilligersorganisaties, werkgevers, scholen, wijken/buurtten en kernen (netwerkorganisatie).
- ✓ We hebben spelregels zodat onze interne organisatie toekomstbestendig (robuust) is.
- ✓ We passen de organisatie aan zodanig dat we de beweging kunnen maken en toekomstbestendig de beste zorg en begeleiding kunnen bieden.

## Ontwikkelingen Wonen, woonbegeleiding en WMO

### Wonen

De afdeling wonen omvat vier wooncentra: Iris, De Rozenhof, De Vlinder en het Gasthuis. In totaal bieden deze woningen aan 66 cliënten een woning. Daarnaast zijn er meer dan 40 cliënten die op de wachtlijst staan en graag een woning én begeleiding vanuit De Rozelaar willen krijgen. Eind 2015 is er enige ruimte gekomen in de financiering waardoor er in 2016 een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd zal worden voor een nieuwe locatie.

### Wooncentrum Iris 10 jaar

In 2015 vierden de bewoners dat zij 10 jaar op Iris wonen. Wooncentrum Iris was het eerste wooninitiatief van De Rozelaar. Op 5 januari 2005 kregen de bewoners de sleutel van hun nieuwe appartement en al snel daarna kwamen de eerste bewoners wonen. In 2015 zijn er vanwege het 10 jarig bestaan, diverse activiteiten georganiseerd om dit samen met de bewoners te vieren. Voor de buurt is er een Irismarkt georganiseerd en via sponsoring en andere activiteiten was er een grote feestavond voor alle betrokkenen rond Iris.



### Woonbegeleiding en wooncoaching

De thuisbegeleiding heeft een andere naam gekregen nl. woonbegeleiding. Voor deze naam is o.a. gekozen i.v.m. de ontwikkelingen in de WMO. Deze afdeling is een klein onderdeel van De Rozelaar, maar groeit gestaag door. Een mooi voorbeeld hierbij is Klaver 4, gestart in 2015, met als doel het bieden van ondersteuning bij het zelfstandig wonen.



## Ontwikkelingen dagbesteding

De Rozelaar vindt het belangrijk dat cliënten zo volwaardig mogelijk kunnen participeren in de samenleving. Goede dagbesteding is daarbij van groot belang als middel om zingeving te creëren. De Rozelaar wil in Barneveld, Nijkerk en Putten aan zoveel mogelijk cliënten kwalitatief goede dagbesteding bieden. Om dit te kunnen bereiken wil De Rozelaar in deze plaatsen een veelzijdig aanbod aan dagbesteding bieden op verschillende terreinen en op verschillende niveaus. Dit veelzijdige aanbod wordt gebaseerd op 5 pijlers. Dit zijn 5 categorieën waarin we de dagbesteding hebben ingedeeld. Zij vormen met elkaar een breed en gevarieerd aanbod aan werkzaamheden en activiteiten. Ons doel is dat elke locatie dagbesteding kan bieden uit elke pijler en daarmee kan voorzien in de behoefte aan dagbesteding van zoveel mogelijk cliënten. Een uitzondering daarop is de dagbesteding voor Ernstig Meervoudig Beperkte (EMB) cliënten. Voor deze cliënten zijn specifieke voorzieningen en deskundigheid nodig die we niet op elke locatie kunnen bieden.

De werkzaamheden en activiteiten voor de cliënten van De Rozelaar zijn in te delen in de volgende categorieën / pijlers, met eronder telkens enkele voorbeelden:

1. Dienstverlening
2. Natuur
3. Ambachten
4. Productie
5. Beleving en vitaliteit

Het is de bedoeling dat in elke vestigingsplaats (Barneveld, Nijkerk en Putten) uit elke categorie iets aangeboden kan worden, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de cliënten. Locaties worden niet meer gekenmerkt door een bepaald karakter dat tot uitdrukking komt in bepaalde werkzaamheden en/of activiteiten, maar door veelzijdigheid en flexibiliteit. Hierdoor kan elke cliënt, met uitzondering van EMB deelnemers, goede en passende dagbesteding krijgen zonder dat hij / zij daarvoor onnodig ver hoeft te reizen.

## Huisvesting

De afgelopen jaren zijn de volgende veranderingen in de dagbesteding doorgevoerd:

- ✓ Naar verwachting zal in 2016/2017 gestart worden met het project De Schaffelaar in Barneveld. Tot die tijd is een tijdelijke huisvesting gevonden voor de dagbestedingsgroep "Het Gelders Erf" bij het Groenhorst College.
- ✓ Vanaf januari 2014 ontvangen cliënten uit Putten in de Samaritaan (Putten) hun dagbestedingsgroep De Rozenboog.
- ✓ In 2015 is de dagbesteding Nijkerk aan de Koperslager verhuisd naar de nieuwe locatie De Pol in Nijkerk van zorgorganisatie Beweging 3.0.

## Vervoer

Als gevolg van forse bezuinigingen op het vervoer van cliënten van de dagbesteding heeft De Rozelaar als uitgangspunt geformuleerd dat onze cliënten dagbesteding aangeboden krijgen op een locatie die zo dicht mogelijk is gelegen bij hun woonlocatie.

- ✓ De ritten zijn aangepast aan de nieuwe locaties.
- ✓ De cliënten betalen een eigen bijdrage.
- ✓ De dagbestedingstijden zijn aangepast aan de maximale indicatie (9 dagdelen) waardoor op de vrijdagmiddag de dagbesteding eerder stopt.

### Locatie Rozenboog (Putten)



In Putten is gevestigd het woonzorgcentrum De Samaritaan. Naast seniorenwoningen, verpleeghuisappartementen, een winkeltje, loungehoek en een medisch centrum biedt De Rozelaar in het gebouw passende dagbesteding: Cliënten beheren het winkeltje, bedienen in de loungehoek en doen allerlei klusjes in en om het woonzorgcentrum. Er is ook een eigen groepsruimte voor deelnemers die behoefte hebben aan meer rust en veiligheid. Daar wordt licht arbeidsmatig werk verricht en digitaliseren deelnemers oude dia's en videobanden. Wil je komen werken? Je bent van harte welkom!

### Locatie De Pol (Nijkerk)

*Woonzorgcentrum De Pol en De Rozelaar werken samen aan dagbesteding*



Vanaf het najaar van 2015 biedt De Rozelaar dagbesteding in Nijkerk in een nieuw pand. Van het huidige pand aan de Koperslager, verhuist de dagbesteding naar woonzorgcentrum De Pol, Vetkamp 85 in Nijkerk. "Door samenwerking met De Pol gaan er in en om het centrum allerlei mooie mogelijkheden ontstaan voor onze deelnemers."

### Geldersch Erf (Barneveld)



Cliënten voeren prachtige werkzaamheden uit. In hun eigen groepsruimtes verrichten ze bijvoorbeeld arbeidsmatig werk, zoals het demonteren van oude computers en inpakken van diervoer. Binnenkort gaan de deelnemers, samen met leerlingen van het Groenhorst College ook terreinen onderhouden en dieren verzorgen. Het Geldersch Erf is een tijdelijke locatie tot de realisering van het Geldersch Erf bij Kasteel De Schaffelaar.

## Financieel beleid

Door foutieve aannames in de berekening van de personele kosten in de begroting 2015 en de onzekerheid over het totale budget zijn er in 2015 forse maatregelen genomen om de kosten te drukken. Bij de financiële administratie zijn tevens grote interne wijzigingen doorgevoerd om de tijdigheid en betrouwbaarheid van de financiële gegevens te verbeteren. Mede hierdoor heeft dit dan ook in de 2<sup>e</sup> helft van 2015 geresulteerd in tijdige oplevering van financiële rapportages en een positieve ombuiging van het resultaat van € 261.630,-.

### Opbrengsten:

De opbrengsten in 2015 en 2014 zijn als volgt:

	2015	2014
Budget zorgkantoren	6.463.608	6.138.201
Opbrengsten WMO	89.477	-
PGB en andere zorgopbrengsten	590.789	640.208
Overige opbrengsten	351.386	376.157
<b>Totaal</b>	<b>7.495.260</b>	<b>7.154.566</b>

Door de toekenning van de overproductie door o.a. ZP-verhogingen, financiering van ZP 7 en meer woonbegeleiding is er sprake van een forse stijging van de opbrengsten. Deze overproductie is geheel toegekend door het zorgkantoor wat grote invloed heeft gehad op de positieve ontwikkeling van het resultaat.

### Kosten:

Medio 2015 is fors ingezet op kostenbesparingen en afname van personeelskosten door het verminderen van formatie. Ondanks het relatief hoge verzuim en kosten voor uitstroom is er een besparing gerealiseerd op de personeelskosten.

De personele kosten namen af van € 5.373.224 (2014) naar € 5.114.315. Het resultaat over 2015 is uitgekomen op een bedrag van € 261.630,-.

## Continuïteit en toekomst

Door het positieve resultaat in 2015 en de genomen maatregelen is een positieve lijn ingezet om het verzwakte vermogen te vergroten. Het weerstandsvermogen is toegenomen van 4,6% naar 7,9%. De solvabiliteit is 26,8% en ligt hiermee boven de landelijke norm van 20%. De current ratio is gestegen van 1,15 naar 1,65 (norm ligt op 1).

In de komende jaren zal het vermogen verder moeten toenemen om de continuïteit te kunnen waarborgen. Met de genomen maatregelen verwachten wij dat dit mogelijk is. Er is reeds een plan opgesteld om in 3 jaar het minimaal benodigde weerstandsvermogen te bereiken.

## Management van medewerkers

In het jaar 2015 zijn de volgende beleidsdocumenten geschreven en goedgekeurd:

- ✓ Reiskostenregeling;
- ✓ Beleidsnotitie PBL uren;
- ✓ Notitie opleidingsbeleid;
- ✓ TFO communicatie medewerker;
- ✓ Notitie verzuimbeleid;
- ✓ Fietsplan;
- ✓ Klachtenregeling.

## Functionerings- en beoordelingsgesprekken

In de functioneringsgesprekken zijn geen bijzonderheden ontdekt. De registratie van de gesprekken gebeurt nu structureel door PZ (personeelszaken). Geconstateerd is dat niet iedere medewerker een functioneringsgesprek krijgt. In 2015 staat er voor 85 medewerkers bij Personeelszaken geregistreerd dat zij een functioneringsgesprek hebben gehad, terwijl er 135 medewerkers in 2015 een heel jaar in dienst waren (exclusief oproepcontracten). In 2016 willen we opnieuw beleid gaan vormen over functioneren en beoordelen.

## Opleidingen/scholing

Door de financiële noodzaak zijn in 2015 alleen de noodzakelijke en verplichte opleidingen doorgegaan. In 2016 willen we opnieuw het opleidingsbeleid bekijken en beoordelen of deze nog toereikend is voor de organisatie in de nieuwe vorm.

## Risicovolle en voorbehouden handelingen

In het voorjaar van 2015 hebben 140 medewerkers een e-learning risicovolle en voorbehouden handelingen gedaan.

In 2015 hebben verder 50 medewerkers een training Epilepsie in combinatie met BHV gehad.

## Oordeel van de medewerkers

In 2014 is het laatste medewerkersonderzoek uitgevoerd. De Rozelaar kent een tweejaarlijkse cyclus en daarom is er in 2015 geen medewerkersonderzoek uitgevoerd.

## Exitgesprekken

Binnen de organisatie worden geen exitgesprekken gevoerd. In plaats daarvan is een exit formulier opgesteld. In 2015 werd dit formulier wel verstrekt, maar niet altijd retour gestuurd. Voor 2016 zal dit ook als actiepoint weer verder worden opgepakt.

## Veilige en gezonde werkomgeving

De BHV Commissie is gestart met het opstellen van een nieuw BHV beleid in 2015. Daarnaast is er in 2015 verdere invulling gegeven aan het werken met een externe adviseur omtrent verzuimbegeleiding (TPV) . Tevens werken we sinds 1 januari 2015 samen met een externe bedrijfsarts.

## Management van processen

### Kwaliteit

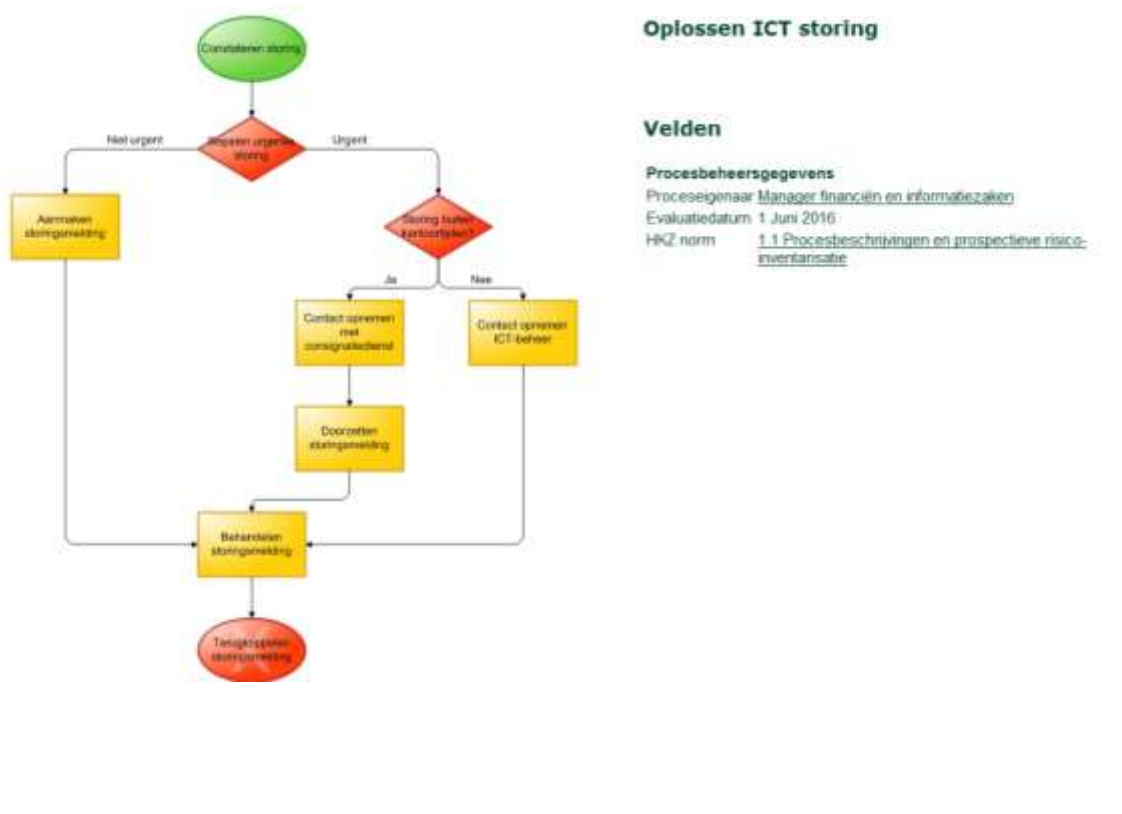
Ook in 2015 is er, net als in de voorgaande jaren, geprobeerd het kwaliteitsbeleid concreter vorm te geven en het kwaliteitssysteem verder te ontwikkelen. Doordat prioriteiten in 2015 veelal op de financiën waren gericht, zijn sommige zaken naar 2016 verschoven.

Vanuit verschillende kanalen is er input verkregen ter verbetering van het kwaliteitssysteem: interne audits, externe audit, cliënten onderzoek, uitkomsten kwaliteitskader, klachten, MIC/MIM's en meldingen ter verbetering (MTV's).

Naar aanleiding van deze input maakt het MT nieuwe plannen en worden de doelstellingen vastgesteld om resultaten te bereiken die overeenstemmen met de eisen van de klanten en met het beleid van de organisatie. Het MT toetst alle input aan de visie en missie van de Rozelaar waardoor ze een duidelijke basis leggen onder het primaire proces (de kwalitatief verantwoorde goede zorg voor onze cliënten).

### Kwaliteitshandboek

In 2015 zijn er een aantal processen geactualiseerd. Tijdens deze actualisatie zijn ook de betreffende processen ingericht met behulp van processchema's. Een processchema is een methode om een proces praktisch in kaart te brengen. De ervaring leert dat lange stukken tekst niet uitnodigen tot lezen. Een schema is overzichtelijker en daardoor krijgt men sneller een overzicht op het proces. Bovendien kan men nu vanuit 1 'afbeelding' alle informatie, documenten en formulieren vinden. Ter illustratie; zie onderstaande afbeelding.



Tegelijkertijd zijn ook de procesbeheergegevens (proceseigenaar, evaluatiedatum en bijbehorende HKZ norm) vastgelegd.

Met de komst van het ECD, zijn een aantal processen niet meer actueel. In 2016 zullen bovengenoemde acties worden voortgezet, maar zullen ook de huidige processen worden afgestemd op het ECD. Bovendien zal geprobeerd worden het handboek overzichtelijker in te delen en het aantal documenten en formulieren te verminderen.

Ondanks de communicatie via Intranet over de nieuwe processchema's, is gesignaleerd dat nog veel medewerkers hier niet op de hoogte van zijn. Wanneer de huidige processen afgestemd zijn op het ECD, is het goed dat de kwaliteitsadviseur meer gerichtere acties uitvoert om bekendheid met de processen te maken. Dit kan zij bijvoorbeeld doen door aan te sluiten bij team-overleggen en dan een korte instructie te geven.

### **PDCA-cyclus door middel van constateringstabellen**

Sinds 2009 wordt er binnen De Rozelaar gewerkt met constateringstabellen. Deze tabellen zijn een handig hulpmiddel in het borgen van de PDCA-cyclus. Vanaf 2015 wordt er ook een constateringstabel gemaakt voor de uitkomsten van het cliëntenonderzoek. Dit is om te zorgen dat constateringen worden meegenomen in de PDCA cyclus.

In de tabellen is te zien welke acties zijn ondernomen t.a.v. de constateringen en welke constateringen nog open staan. Het gaat om de volgende tabellen:

- ✓ Directiebeoordeling over 2014;
- ✓ Interne audits 2015;
- ✓ Externe audits 2015;
- ✓ Risicoanalyse 2014;
- ✓ Prospectieve risicoanalyse 2015;
- ✓ Kwaliteitskader 2014;
- ✓ Medewerkersonderzoek 2014;
- ✓ Cliëntenonderzoek 2015.

De evaluatie van de constateringstabellen wordt gedaan volgens het jaarplanningsschema.

### **Evaluatie kwaliteitsdoelstellingen 2015**

#### **Invoeren ZorgRI&E (valt onder preventiewerk)**

Sinds 1 januari 2015 heeft De Rozelaar een licentie gekregen voor de ZorgRI&E. Dit is het officiële branche RI&E-instrument voor zorginstellingen. Het is een systeem om de RI&E volledig geautomatiseerd uit te voeren en de daar uit voortkomende actiepunten bij te houden. Het belangrijkste voordeel ten opzichte van een extern uitgevoerde RI&E is dat de betrokkenheid binnen de organisatie sterk vergroot wordt. De vragenlijsten worden namelijk uitgezet in de organisatie en ingevuld door medewerkers. Zij hebben dagelijks met de risico's te maken en weten wat er op de werkvloer speelt.

In 2015 is een start gemaakt door een RI&E uit te zetten voor het Geldersch Erf. Dit is momenteel nog onderhanden. Ook zal er in 2016 nog een RI&E uitgezet moeten worden voor de locatie Nijkerk en Rozenboog Putten.



### **Hercertificering HKZ**

In 2015 verliep het HKZ certificaat. Daarom heeft er in 2015 een hercertificering plaats gevonden. Tijdens deze hercertificering werd geconstateerd dat De Rozelaar voldoet aan de eisen en wensen die klanten stellen en dat zij nog steeds voldoet aan de gestelde normen. Het HKZ certificaat is daarom opnieuw behaald! Verdere informatie over de hercertificering staat in [Externe audit](#).

### **Cliënttevredenheidsonderzoek volgens Pijler 2B**

In 2012 is er voor het laatst een cliëntenonderzoek geweest. Volgens de 3-jarige cyclus moest er in 2015 dus weer een onderzoek plaatsvinden. Dit is gedaan met behulp van een instrument uit de waaier pijler 2B van het Kwaliteitskader: Effectory. Verdere informatie over het cliëntenonderzoek is te vinden in [cliënten onderzoek](#).

### **Van FOBO naar incidentenbeleid**

In 2014 is er een incidentenbeleid opgesteld. In 2015 is dit het oude FOBO beleid gaan vervangen. Het nieuwe incidentenbeleid zet er op in om onderscheid te maken tussen medewerkers- en cliëntenincidenten (respectievelijk MIM en MIC). De meldingen zijn via het ECD gaan verlopen en nieuwe commissies hebben de meldingen geëvalueerd. Het doel van dit nieuwe incidentenbeleid is dat elk incident adequaat wordt opgevangen, beoordeeld en afgehandeld. Het einddoel is preventie van incidenten en verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning door De Rozelaar. In 2016 zal dit beleid verder geoptimaliseerd gaan worden.

### **Interne audit**

Eenzijds zijn interne audits een verplichte activiteit vanuit het HKZ-keurmerk. Anderzijds kunnen interne audits van grote toegevoegde waarde zijn voor De Rozelaar doordat ze een essentiële bijdrage leveren aan het borgen en verbeteren van de kwaliteit van processen.

In 2015 hebben 3 interne auditoren aangegeven te willen stoppen. Bij 2 van hen was dit i.v.m. vertrek bij De Rozelaar; bij de ander was dit i.v.m. een veelheid aan diverse taken en tijdsgebrek. Via Intranet is toen een nieuwe wervingsactie gestart. Daar zijn een 6-tal reacties op gekomen. Uiteindelijk zijn 3 medewerkers geselecteerd om het interne auditteam te versterken.

Om het nut en de kwaliteit van de interne audits te verhogen, is er door de kwaliteitsadviseur een training gegeven aan de nieuwe auditoren. De nieuwe auditoren zijn tijdens deze training bekend gemaakt met de basisbeginselen van het houden van audits. Deze training bestond enerzijds uit theoretische kennis en anderzijds ook praktische oefening. Het auditteam bestaat op het moment van schrijven uit 7 auditoren.

In 2015 is er 1 auditronde geweest met het thema 'veiligheid'. De kwaliteitsadviseur houdt, voor de start van een auditronde, een presentatie over het onderwerp. Daarna wordt het thema doorgesproken en bepaald hoe dit het beste in de audits kan terugkomen. Op die manier hebben alle auditoren een gezamenlijk vertrekpunt.

De constatering die gedaan zijn tijdens de interne audits, zijn weggezet in een constateringstabel. De verantwoordelijke managers hebben verbetermaatregelen ingevoerd en de tabel wordt tweemaal per jaar geëvalueerd. Op die manier worden de constatering in de PDCA-cyclus gehouden. Het blijkt echter dat het soms lang kan duren voordat constatering opgelost of verbetermaatregelen uitgevoerd zijn.

### **Externe audit**

Lloyd's Register heeft op 19 mei 2015 een surveillance bezoek gebracht aan De Rozelaar. Tijdens het surveillance bezoek is het kwaliteit managementsysteem van stichting De Rozelaar steekproefsgewijs beoordeeld volgens het certificatieschema HKZ Gehandicaptenzorg versie 2008. Tijdens dit bezoek werden geen minors of majors geconstateerd; enkel een aantal aandachtgebieden.

26 december 2015 was de einddatum van het HKZ certificaat. Daarom heeft op 18 en 19 november 2015 de hercertificering plaatsgevonden. Uit steekproeven blijkt, dat het managementsysteem voldoet aan de eisen van de norm. Er is één Minor NC geformuleerd. Dit betrof de werkwijze rondom het proces van beheren en registreren van medicatie binnen een woonvoorziening. Het Plan van Aanpak is aangereikt en akkoord bevonden door Lloyd's Register. Daarmee is de mate van conformiteit aan de norm voldoende.

Verder constateerde Lloyd's dat De Rozelaar voldoet aan de eisen en wensen die klanten stellen en dat zij nog steeds voldoet aan de gestelde normen. Belangrijkste resultaat: De cliënt blijft centraal staan binnen een noodzakelijke interne organisatie - verandering die is gericht op het ontwikkelen van het professioneel handelen in relatie tot een goede aanspreekcultuur.

Daarom is De Rozelaar voorgedragen voor certificaatvernieuwing en deze is toegekend. Dat betekent dat De Rozelaar nu beschikt over een certificaat dat geldig is tot 14 september 2018. Tussentijds zullen de gebruikelijke surveillancebezoeken plaatsvinden.

Deze aandachtsgebieden, die tijdens het surveillancebezoek en de hercertificering zijn vastgesteld, zijn weggezet in een constateringstabel. Een aantal hiervan zijn al opgelost; de rest volgt in 2016.

### **Melding ter Verbetering**

Melding Ter Verbeteringen (MTV's) zorgen voor een systematische en controleerbare manier van werken voor het doorvoeren van wijzigingen/verbeteringen binnen het kwaliteitsmanagementsysteem. Ook in 2015 is er voldoende aandacht besteed aan de doorlooptijd van MTV's. Dit heeft er voor gezorgd dat de doelstelling is behaald. Een analyse op het MTV register en het proces leidt niet tot bijzondere constatering.

### **Aantal MTV's 2015**

Het aantal MTV's in 2015 ligt op het niveau van het aantal van 2013. De daling ten opzichte van 2014 komt door een aantal oorzaken. Ten eerste is het gebruikelijk geworden om voor kleine wijzigingen geen MTV meer in te dienen. Bovendien kan gezegd worden dat MTV's inhoudelijker zijn geworden. Zou men de kleine wijzigingen nog wel per MTV indienen, dan zou het aantal in 2015 hoger zijn uitgekomen. Ten slotte zijn er ook al verbeteringen meegenomen tijdens het actualiseren van processen.

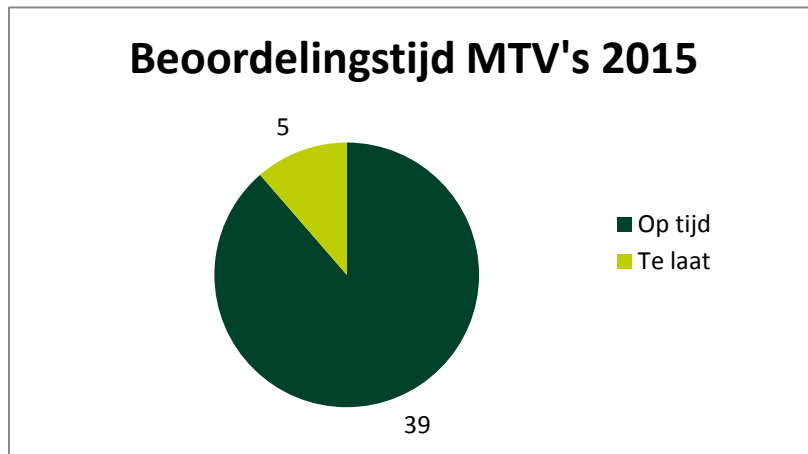
De MTV's hadden betrekking op de volgende afdelingen / onderwerpen:

Afdeling	MTV 2010	MTV 2011	MTV 2012	MTV 2013	MTV 2014	MTV 2015
Dagbesteding	19	19	28	15	21	17
Rozerie	3	3	4	3		
Job coaching	2	0				
Wonen	11	17	19	6	15	6
Dagbesteding en Wonen					2	1
Administratie	9	6	2	1	3	2
Personeelszaken	12	12	19	10	24	7
Management	1	4	10	3	4	5
Kwaliteit		2		1	1	1
Communicatie			4	6	3	
FOBO/MIC/MIM			1			
Secretariaat			2		1	2
Receptie			1			
Facilitair			2			3
ICT				1		
Functie- beschrijvingen					2	
Functie Behandeling					2	
	56	63	92	46	78	44

### Doorlooptijd MTV's 2015

De beoordelings- en doorlooptijd in 2015 voldoen aan de norm. De gemiddelde beoordelingstijd bedroeg in 2015 0,8 weken; de gemiddelde totale doorlooptijd 1,4 weken. Gezien het feit dat de norm ligt op 4 weken beoordelingstijd, is dit een positief behaald resultaat.

In 2015 werden er 5 MTV's te laat beantwoord. In 2015 is er op 88,6% van alle MTV's binnen een maand gereageerd. Voor verdere details wordt verwezen naar het MTV register 2015.




### Klachten

In 2015 zijn de klachtenregelingen voor medewerkers en cliënten herzien. Deze regelingen zijn juridisch getoetst en conform wetgeving. De onafhankelijke externe klachtencommissie is ondergebracht bij Transmissie.

Over het algemeen kan er gezegd worden dat de registratie en opvolging van de klachten nog aandacht behoeft. In 2015 zijn er (ook in vergelijking met 2014) weinig klachten binnen gekomen. Op zich is dit een positief signaal, maar het feit dat er geen klachten vanuit overhead of klachten van medewerkers zijn geregistreerd, valt het te betwijfelen of de registratie volledig is.

Uit de rapportage die bij de kwaliteitsadviseur binnen komt, kan er bovendien niet altijd worden nagegaan of en hoe een klacht is afgehandeld. Daarom is er in 2015 een format/tabel gemaakt voor het registreren van klachten (zie onderstaande afbeelding).

Klachtenregistratie					
Nummer	Soort klacht	Afdeling	Omschrijving	Verbetermaatregel	Status
1	Externe partij	Overhead	Test	Test	Afgerond
	Medewerker				
	Externe partij				
	Client				

Geadviseerd wordt om dit format in 2016 zo spoedig mogelijk in te zetten, bijvoorbeeld als onderdeel van de managementrapportage. Het is dan ook van meerwaarde dat het format zo nauwkeurig mogelijk wordt ingevuld en dat alle klachten geregistreerd worden. Alleen dan kunnen er

signalen opgevangen worden en blijkt of er verbetermaatregelen genomen moeten worden. Ook moet er nadrukkelijk gekeken worden wie de opvolging bewaakt.

### Klachten externe organisaties

In de managementrapportages zijn in 2015 geen klachten van externe partijen geregistreerd.

### Klachten cliënten/vertegenwoordigers

In 2015 zijn er 9 klachten van cliënten of hun ouders/vertegenwoordigers geregistreerd. Bij de externe klachtencommissie zijn geen klachten binnen gekomen.

Aard van de klacht	Aantal	Opvolging	Verbetermaatregel
Zorginhoudelijk	5	3 afgerond, 1 in behandeling, 1 onbekend	Diverse (driehoeks) gesprekken
Administratie	1	1 afgerond	Uitleg en beantwoorden van vragen.
Communicatie naar ouders	1	1 onbekend	
Eten	1	1 onbekend	
Schoonmaak	1	1 onbekend	
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>4 afgerond, 1 in behandeling. 4 onbekend</b>	

### Klachten medewerkers

In 2015 zijn er geen klachten van medewerkers geregistreerd in de managementrapportages. Gezien alle ontwikkelingen is het de vraag of er wel een juiste registratie heeft plaats gevonden. Wel hebben er gesprekken met de OR plaatsgevonden waarin signalen besproken zijn.

Er is 1 opmerking in een managementrapportage gemaakt over dat er diverse vacatures binnen wonen zijn ontstaan. Het ontstaan van deze vacatures (door vertrek van medewerkers) heeft te maken met de veranderingen in de aanspreekcultuur.

In 2015 is er een formele externe klachtenregeling voor medewerkers ontwikkeld. Er zijn geen formele klachten ingediend.

### Jaarplanningsschema

Het jaarplanningsschema vormt een belangrijke borging voor acties binnen het kwaliteitssysteem. Alle acties die belangrijk zijn voor het in stand houden van het kwaliteitssysteem zijn opgenomen in dit schema. Het jaarplanningsschema moet gezien worden als vaste planning voor jaarlijks terugkerende zaken.

Door alle omstandigheden in 2015, waarbij de focus vooral op de financiën lag, is er op sommige onderdelen van het jaarplanningsschema iets afgeweken. Geadviseerd wordt om dit schema in 2016 weer te hanteren. Voor een actueel jaarplanningsschema wordt verwezen naar het kwaliteitshandboek.

## Risicomanagement

### Prospectieve risicoanalyse

Het doel van risicomanagement is het voorkomen van leed en schade en het minimaliseren van de kosten die gepaard gaan met ongewenste gebeurtenissen. Dit vraagt om een vooruitziende blik, immers, voorkomen is beter dan genezen. Door middel van de prospectieve risicoanalyse worden op systematische wijze risicovolle zorgprocessen in kaart gebracht en worden vervolgens risico's benoemd en geprioriteerd om te komen tot gerichte verbeteracties.

In 2015 is er een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd m.b.t. het hygiëneplan voor voeding. Daaruit kwamen een elftal constatering naar boven waarvoor door het MT verbetermaatregelen zijn vastgesteld. Op het moment van schrijven staan deze verbetermaatregelen echter nog open. Geadviseerd wordt om dit zo spoedig mogelijk op te pakken. Dit geldt ook voor de constatering die zijn voort gekomen uit de prospectieve risicoanalyse rondom het vervoer/liftgebruik bussen.

Vanuit de HKZ normen wordt geadviseerd om bij nieuwe projecten/ontwikkelingen een prospectieve risicoanalyse uit te voeren zodat gelijk duidelijk is welke risico's aan dit project verbonden zijn. Gezien de rol van het ECD binnen de organisatie is geadviseerd om op korte termijn een prospectieve risicoanalyse uit te voeren m.b.t. het ECD. In een MT vergadering van 08-10-2015 is besloten om voor 2016 dan 1 prospectieve risicoanalyse uit te voeren, maar deze dan groot uit te zetten.

### Preventiemedewerker

Elke organisatie is bij wet verplicht om een preventiemedewerker aan te stellen. Sinds 2014 is De Rozelaar met deze functie aan de slag gegaan en is deze functie bij de Kwaliteitsadviseur neergelegd. Gezien de aard van de werkzaamheden is het goed om in 2016 te heroverwegen of deze functie het beste bij de Kwaliteitsadviseur past of bijvoorbeeld bij Personeelszaken. In 2015 is er een begin gemaakt om de ZorgRI&E uit te zetten voor de nieuwe locaties en heeft de preventiemedewerker de rapportages m.b.t. verschillende functies/taken aan de directie gecoördineerd. Contacten met de OR van De Rozelaar zijn er, wat betreft preventiewerk, niet veel geweest.

Alle functies en taken hebben een jaarverslag gemaakt en deze zijn vervolgens besproken met de directeur-bestuurder en preventiemedewerker. Dit is te zien als een positieve ontwikkeling. De PDCA cyclus is op deze manier gewaarborgd en door het maken en bespreken van een jaarverslag komen belangrijke signaleringen/verbeterpunten naar voren. Deze zullen in dit hoofdstuk, per functie/taak, toegelicht worden.

### Risico-inventarisatie & -evaluatie

In 2012 is er een Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) uitgevoerd door een ARBO deskundige van Perspectief. Dit onderzoek had betrekking op de risico's welke het werk en de werkomgeving voor medewerkers en bezoekers met zich mee brengen. Zo zijn er bijvoorbeeld risico's geconstateerd op het gebied van gevaarlijke stoffen, lichamelijke belasting en klimaat en ventilatie. De risico's, die zijn weggezet in een constateringtabel, zijn inmiddels allen in behandeling of afgerond. In 2015 is er bijvoorbeeld door de uitkomsten van de RI&E beleid voor gevaarlijke stoffen ontwikkeld, vastgesteld en uitgerold in de organisatie. De constateringtabel wordt jaarlijks geëvalueerd.

Omdat er de afgelopen jaren een aantal veranderingen zijn geweest wat betreft het openen en sluiten van dagbestedingslocaties, dient De Rozelaar haar RI&E aan te passen en deze ook te laten toetsen door een gecertificeerde arbodienst/deskundige. In 2014 is er voor gekozen om te gaan werken met de ZorgRI&E. Dit is het officiële branche RI&E-instrument voor zorginstellingen. Het is een systeem om de RI&E volledig geautomatiseerd uit te voeren en de daar uit voortkomende actiepunten bij te houden. Het belangrijkste voordeel ten opzichte van een extern uitgevoerde RI&E

is dat de betrokkenheid binnen de organisatie sterk vergroot wordt. De vragenlijsten worden namelijk uitgezet in de organisatie en ingevuld door medewerkers. Zij hebben dagelijks met de risico's te maken en weten wat er op de werkvloer speelt.

In 2015 is er een begin gemaakt met het uitrollen van deze ZorgRI&E in de organisatie. Echter is gebleken dat dit proces nog niet vlekkeloos verloopt. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden: Wie moet de vragenlijst invullen, wie is verantwoordelijk voor de acties en maatregelen van knelpunten en op basis waarvan moeten dingen besloten worden? Er wordt een overkoepelend (veiligheids)beleid gemist waar organisatie brede zaken in terug komen (denk aan rookmelders, brandwerende prullenbakken enz.).

Deze onduidelijkheid heeft er voor gezorgd dat de RI&E's voor de nieuwe locaties nog niet zijn afgerond. Geadviseerd wordt om hier zo spoedig mogelijk duidelijkheid in te scheppen en de RI&E's alsnog uit te voeren/af te ronden.

### **Opvangteam**

In 2015 hebben twee medewerkers een beroep gedaan op het opvangteam. Deze gesprekken zijn zinvol geweest en medewerkers hebben aangegeven dat ze geholpen zijn.

Ondanks de pogingen om het opvangteam binnen de Rozelaar meer bekend te maken, wordt er relatief nog weinig gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Er ligt een voorstel om in 2016 elk kwartaal voor nieuwe medewerkers een introductiebijeenkomst te organiseren. Omdat het nut van het opvangteam wel wordt erkend, is het goed als het opvangteam zich tijdens deze bijeenkomsten ook presenteert. Tot die tijd is het goed om het opvangteam toe te voegen aan de inwerkprogramma's die op het handboek te vinden zijn.

Het opvangteam heeft in 2015 geen contact gehad met de 2 andere instellingen waarmee wordt samengewerkt op het gebied van het opvangen van collega's: 's Heerenloo en De Schutse. Ook bij die organisaties wordt er weinig gebruik gemaakt van het opvangteam. Het is goed om in 2016 dit contact weer aan te halen. Omdat De Rozelaar ook externe vertrouwenspersonen en Bedrijfsmaatschappelijk Werk beschikbaar heeft, wordt geadviseerd om te onderzoeken of hier meer mee samengewerkt kan worden.

### **Externe vertrouwenspersonen ongewenste omgangsvormen**

Naar aanleiding van het gesprek over het jaarverslag van 2014, is er een reeks informatieberichten over de externe vertrouwenspersoon op Intranet en in de nieuwsbrieven geplaatst.

In 2015 zijn er geen meldingen geweest bij de vertrouwenspersoon ongewenste omgangsvormen (VPOO). Ten opzichte van 2014, toen er 15 meldingen zijn geweest, is dit weinig. Echter kwam het hoge aantal meldingen in 2014 door een calamiteit, waarvoor ook het opvangteam benaderd had kunnen worden.

Ook voor wat betreft de VPOO is het goed om de bekendheid binnen de organisatie te verbeteren door aan te sluiten bij de introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers (zie ook [10.2.2](#)). Bovendien is het goed om te onderzoeken of de informatie over de VPOO goed vindbaar is op Intranet en het handboek.

### **Bedrijfsmaatschappelijk Werk**

2015 kan, wat betreft Bedrijfsmaatschappelijk Werk (BMW), gezien worden als een overgangsjaar. Er is beleid gevormd om BMW af te bouwen. Zo mag nu alleen nog de bedrijfsarts een verwijzing naar BMW doen. Dit is een verbetering ten opzichte van vorige jaren waarin de criteria rondom het

doorverwijzen onduidelijk waren en er daardoor veel medewerkers zijn doorverwezen. In 2015 zijn er vier lopende trajecten afgerond en is er één medewerker doorverwezen naar BMW. Begin 2016 zijn er geen lopende trajecten meer.

In 2016 zal het beleid omtrent maatschappelijk werk geborgd worden binnen het totale verzuimbeleid.

### **Verzuimbeheer**

Per 01-01-2015 is het contract met Arbodienst Perspectief opgezegd. In plaats daarvan heeft De Rozelaar nu externe ondersteuning van TPV Verzuimbeheer en een externe bedrijfsarts. Dit is een goede kwaliteitsslag geweest en de dienstverlening is in 2015 op het gewenste niveau geweest. Er zijn de afgelopen tijd verschillende beleidsmatige zaken opgepakt en vastgesteld om zo het verzuim te verlagen en op een acceptabel niveau te krijgen. Zo zijn er o.a. frequent verzuimgesprekken gevoerd en is er een training verzorgd voor de teamleiders en het management. Dit zal in 2016 ook verder vorm krijgen.

Het verzuimpercentage zakt geleidelijk aan in 2015, maar is nog niet op het gewenste niveau. De meldingsfrequentie is aanzienlijk afgenomen: deze was in 2014 boven de 2 en in 2015 lag de frequentie op 1,03.

In 2016 zal de aanpak gecontinueerd moeten worden en worden geborgd binnen de organisatie.

### **Ergocoach**

Er zijn in 2015 6 adviezen uitgebracht door de ergo coach. Wegens bezuinigingen heeft er geen scholing plaatsgevonden. Het afgelopen jaar is gebleken dat het proces, rondom de inschakeling van de ergo coach, niet altijd even efficiënt is verlopen. Het is goed om nogmaals met de betrokken partijen dit proces langs te lopen en duidelijke afspraken te maken. Eventueel kan dan ook geconstateerd worden dat het proces aangepast moet worden.

Tijdens het bespreken van het jaarverslag 2015 is afgesproken dat de ergo coach minimaal één keer per twee jaar de werkplekken controleert. Dit is ook conform beleid. In 2016 zullen alle werkplekken gecontroleerd worden.

Verder is het goed dat ook de ergo coach zichzelf presenteert tijdens de introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers en dat zij zichzelf ook kenbaar maakt via Intranet.

### **MIC/MIM**

Vanaf 2015 werkt De Rozelaar niet meer met FOBO, maar met een nieuw incidentenbeleid waarin onderscheid wordt gemaakt tussen MIC (Melding Incident Cliënten) en MIM (Melding Incident Medewerker). Mede dankzij het ECD is dit nieuwe incidentenbeleid een stap in professionaliteit geweest. Doordat alle incidenten rechtstreeks in het ECD werden ingevoerd, heeft dit ervoor gezorgd dat de MIC/MIM commissie een volledig beeld heeft kunnen krijgen van alle incidenten.

De MIC/MIM commissie heeft in het kalenderjaar 2015 twee keer vergaderd om de ingevulde MIC en MIM's te bespreken. Doordat er een vernieuwde werkwijze is gestart met de komst van het ECD was het zoeken naar een juiste werkwijze. Hiervoor is de notitie incidentenbeleid geschreven. Aanvullend hierop zijn werkafspraken gemaakt binnen de commissie.

In het ECD moest de juiste workflow worden ingericht en dat heeft veel tijd gekost om alle incidenten zichtbaar en dus bespreekbaar te krijgen. In het najaar is dat gelukt waardoor alle meldingen van 2015 behandeld zijn. De commissie wordt per 2016 aangevuld met medewerkers uit de praktijk.

### **Analyse meldingen**

In totaal zijn er 286 meldingen gedaan. Zes meldingen betreffen MIM's. Deze zes MIM's vallen allen onder de categorie: stoten, knellen, botsen. Geen van deze meldingen geeft aanleiding om actie op te ondernemen.



Het aantal MIC's van agressie is flink toegenomen. Dit is duidelijk te wijten aan een situatie waarbij het een periode minder ging met een cliënt en het aantal agressie uitingen flink toegenomen is. Het betreft 29 meldingen van deze cliënt. Hierop zijn maatregelen genomen door het betreffende team en is het CCE betrokken geweest. Tevens heeft er scholing plaatsgevonden t.b.v. agressie preventie. Geconcludeerd kan worden dat op het gebied van de agressie meldingen zeer adequaat is gehandeld door betrokkenen. Er is hulp ingeschakeld, getraind en aandacht besteed aan de ontstane problematiek en gezocht naar passende oplossingen.

Het aantal meldingen met betrekking op medicijnen is vrijwel gelijk gebleven. Wat opvalt is dat 61 meldingen gaan over het niet aftekenen. In 2014 werden de meldingen voor 'snijden/prikken' en 'stoten, knellen en botsen' onder dezelfde noemer geregistreerd. In 2015 is dat gescheiden, maar zijn er 2 meldingen meer gedaan. Hiervan zijn 6 meldingen onder de noemer MIM gedaan. Dit betekent dat er per saldo 4 meldingen minder op dit thema gedaan zijn.

Incidenten, waarbij cliënten gevallen zijn, is teruggebracht met 7 en ook het aantal incidenten met verbranding of schroeien is gedaald met 6. Ook 'ongewenste intimiteiten' is gedaald met 2. Tot slot is er een lichte stijging te zien van 2 incidenten binnen de categorie 'verkeer/vervoer'. De meldingen onder het item 'anders' zijn lastig te vergelijken.

In de onderstaande tabellen is te zien hoeveel MIC/MIM's er in 2015 zijn ingediend en wat voor soort meldingen het waren. Voor de volledigheid worden ook de gegevens van de afgelopen 5 jaren gegeven.

Totaal aantal meldingen MIC/MIM in 2015

MIC/MIM meldingen	2015
Melding Incidenten Cliënten	280
Melding Incidenten Medewerkers	6
<b>Totaal</b>	<b>286</b>

Totaal aantal FOBO meldingen periode 2010- 2014 en MIC 2015

FOBO meldingen (2010-2014) en MIC (2015)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Algemene meldingen	105	114	87	80	77	71
Medicijn meldingen	30	62	105	138	116	117
Agressie meldingen	47	95	93	101	68	92
<b>Totaal</b>	<b>182</b>	<b>271</b>	<b>285</b>	<b>319</b>	<b>261</b>	<b>280</b>

### Algemene meldingen periode 2010-2015

Specificatie algemene meldingen		2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Vallen	25	39	33	34	30	23
2	Verslikken	1	0	0	0	0	0
3	Stoten/knellen/botsen/snijden / prikken	15	21	23	20	12	8
4	(Verkeers)ongeval	7	4	4	0	1	3
5	Ongewenste intimiteiten	2	2	3	5	5	3
6	Branden/schroeien	42	40	17	13	19	13
7	Weglopen	0	3	2	1	1	1
8	Anders	14	5	5	7	9	20
<b>Totaal</b>		<b>105</b>	<b>114</b>	<b>87</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>71</b>

### **Adviezen**

De nieuwe werkwijze binnen het ECD kan nog verder geoptimaliseerd worden. Het is wenselijk om met name bij de agressie en medicatie meldingen selecties te kunnen toepassen op soort en reden. Dat gaat nog beter inzicht geven om mee te nemen in het ontwikkelen van preventie beleid. Een uitbreiding van de commissie zal ook bijdragen aan de professionalisering.

Het is goed om voor de hoeveelheid meldingen normen te ontwikkelen. Omdat dit er voor kan zorgen dat medewerkers terughoudender kunnen worden ten aanzien van het melden, moeten deze normen alleen binnen de commissie en MT bekend zijn.

Binnen de afdeling vervoer kan men nog geen meldingen rechtstreeks in het ECD invoeren. De vervoermedewerkers moeten op dit moment een oud FOBO formulier inleveren bij de betreffende groep van de cliënt met de vraag of deze groep een melding in het ECD wil aanmaken. Het is goed om deze werkwijze nogmaals binnen de afdeling bekend te maken en tevens het oude FOBO formulier af te stemmen op de MIC vragenlijst in het ECD. Op die manier kan het formulier 1 op 1 overgenomen worden en voorkom je interpretatie fouten.

Bovendien kunnen nog niet alle overhead medewerkers een melding in het ECD aanmaken. Daarom is het goed om 1 centraal punt (bijvoorbeeld administratie of receptie) af te spreken waar deze medewerkers hun meldingen kunnen doen en dat vanuit dit centrale punt de meldingen in het ECD worden ingevoerd. Het is aan te bevelen om dit in 2016 te faciliteren en bekend te maken in de organisatie.

De hoeveelheid medicijnmeldingen is nog altijd te hoog. De meldingen, die met registratie en aftekenen te maken hebben, moeten flink teruggedrongen worden. Er moet strakker gestuurd worden op medicatiefouten en het nieuwe protocol medicijnbeheer moet regelmatig onder de aandacht gebracht worden. Ook is het goed om het medicatiebeleid uniform te maken door op alle locaties te gaan werken met baxters en de aftekenlijsten van de apotheek. Er zijn mogelijkheden bekend om een koppeling in het ECD te maken met de apotheken. Geadviseerd wordt om dit in 2016 te onderzoeken en eventueel te realiseren. Fouten met medicatie kunnen verstrekkende gevolgen hebben.

Tevens wordt ook vanuit de Incidentencommissie geadviseerd om de agressie preventie trainingen in 2016 weer op te pakken.

## **BHV**

In 2015 is het gehele BHV beleid onder de loep genomen. Eind 2015 is hierover een rapport opgesteld. Dit wordt in het eerste kwartaal van 2016 besproken binnen het MT, waarna er beleidskeuzes zullen volgen voor de BHV inrichting voor de komende jaren.

### **BHV commissie**

De BHV commissie heeft tot doel het BHV beleid up-to-date te houden, uit te voeren, ontruimingsoefeningen organiseren en het onder de aandacht blijven brengen van ontruimings- en calamiteitenplannen. In 2015 is de commissie met name bijeen geweest om het gehele beleid opnieuw op te zetten.

### **BHV beleid**

Omdat er de afgelopen jaren nogal wat is veranderd bij De Rozelaar, is de afgelopen tijd het BHV beleid herzien en aangepast. Het nieuwe plan is in concept klaar en wordt het eerste kwartaal 2016 voorgelegd aan het MT. Binnen dit beleid zal het thema ontruiming uitgebreid aan de orde komen. Elke locatie heeft zijn eigen BHV verantwoordelijke.

### **EHBO koffers/blusmiddelen/AED/BMC**

De EHBO koffers zijn aantoonbaar gecontroleerd.

Op alle plaatsen worden de blusmiddelen periodiek en aantoonbaar gecontroleerd.

Voor het onderhoud van de AED aan de Rozenstraat is een protocol beschikbaar. De AED wordt jaarlijks gecontroleerd door een facilitair medewerker.

De jaarlijkse, acht-maandelijkse en de viermaandelijkse controles van de BMC's wordt uitgevoerd door Leertouwer. De maandelijkse controles worden intern door een facilitair medewerker gedaan.

### **BHV trainingen**

Er zijn in 2015 geen BHV trainingen gehouden. In verband met het ontwikkelen van het nieuwe BHV beleid zijn deze trainingen opgeschort.

Voor de chauffeurs is er een aangepaste scholing gehouden waarin vooral aandacht is geweest voor EHBO vaardigheden en minder voor brandbestrijding. Dit is halverwege 2015 gerealiseerd. Er was een grote opkomst en de training is als zéér positief ervaren.

### **Ontruimingsplannen en –oefeningen**

#### Dagbesteding

Er zijn ontruimingsplannen aanwezig op de locaties Rozenstraat, Rozerie en Het Geldersch Erf.

De ontruimingsplannen voor de nieuwe locaties, Rozenboog Putten en De Pol Nijkerk, zijn in ontwikkeling en in het eerste kwartaal 2016 gereed voor het eigen deel. Deze locaties zijn gesitueerd binnen een grotere overkoepelende zorgorganisatie. De ontruimingsplannen zijn daar onderdeel van het algehele ontruimingsplan van de gehele locatie. Ook geldt dit voor de ontruimingsoefeningen. Concrete afstemming is gepland begin 2016.

Binnen de Rozenstraat, Rozerie en Het Geldersch Erf zijn ontruimingsoefeningen gehouden. Dit bleek opnieuw nuttig te zijn voor bewustwording hoe te handelen bij brand. Er zijn geen grote evaluatiepunten naar voren gekomen die aanleiding zijn voor wijziging van het BHV beleid. Vluchtroutes zijn duidelijk aangegeven op alle locaties.

#### Wonen

Elke woning heeft een actueel ontruimingsplan. Er wordt per locatie regelmatig, aantoonbaar, 'droog' geoefend met ontruimen. De ervaring leert dat regelmatig oefenen de bewoners hiermee vertrouwd worden.

Vluchtroutes zijn gecontroleerd en duidelijk aangegeven middels de daarvoor bestemde groene bordjes.

### **Agressie preventie**

Wat betreft agressie preventie is er een beleidsnotitie gemaakt waarin de afspraken zijn vastgelegd over hoe De Rozelaar medewerkers wil toerusten en ondersteunen om agressie te voorkomen om zo de veiligheid van medewerkers en cliënten te vergroten. In 2015 zijn er, i.v.m. de bezuinigingen, geen basis- of herhalingstrainingen gegeven. Ook hebben de trainers zelf geen bijscholing gehad. Geadviseerd wordt om dit in 2016 wel weer op te pakken zodat De Rozelaar op professionele wijze medewerkers blijft toerusten om agressie te voorkomen.

Verder is gebleken dat het proces rondom het inschakelen van de agressie preventie trainers en de verantwoordelijkheden binnen het proces niet bij iedereen helder zijn. Het is daarom goed om de beleidsnotitie met de betrokken personen door te lopen en eventueel aan te passen.

### **Beoordeling kritische leveranciers.**

Begin 2015 zijn de kritische leveranciers beoordeeld voor dagbesteding, wonen en overhead over het jaar 2014.

Bij wonen werden alle kritische leveranciers als 'goed' beoordeeld. Bij dagbesteding zijn drie leveranciers als 'matig tevreden' bestempeld. Bij overhead is er, door ontevredenheid over de leverancier, een keuze gemaakt voor een andere leverancier. Verder liet zich een algemene tevredenheid zien, al werden er twee leveranciers heroverwogen.

In de kwaliteitsanalyse van 2014 en tijdens een interne audit werd het signaal afgegeven dat het proces 'Beoordelen kritische leveranciers' niet optimaal werkt. Zo is bijvoorbeeld de PDCA-cyclus niet geheel sluitend en zijn documenten verouderd. Ook kwam de indruk naar boven dat het proces meer gezien wordt als 'iets wat we verplicht zijn' dan dat het als een nuttig instrument gezien wordt.

Daarom werd er in de directiebeoordeling en in de constateringstabel van de interne audits opgenomen dat dit proces herzien moet worden.

In 2015 is het proces geëvalueerd en zijn er een aantal uitgangspunten bepaald, welke in 2016 verder uitgewerkt zullen worden:

- ✓ Criteria bepalen wanneer een leverancier 'kritisch' is;
- ✓ Kwaliteitsadviseur krijgt coördinerende rol;
- ✓ F&I is verantwoordelijk voor de financiële informatievoorziening en het verzorgen van een actuele leverancierslijst (contractbeheer);
- ✓ Cyclus vaststellen dat alle leveranciers beoordeeld worden. Kritische leveranciers worden daarbij intensiever beoordeeld;
- ✓ De beoordeling zal meer moeten uit gaan van de vraag 'Waarom kiezen we voor een bepaalde leverancier?' dan van de vraag 'Voldoet deze leverancier?' Het is goed om hier een format voor te ontwikkelen;
- ✓ Proces moet voldoen aan HKZ normen, rubriek 8;
- ✓ Uitvoering van beoordeling leveranciers, zo mogelijk, bij teams neerleggen;
- ✓ In de toekomst kan mogelijk een gedeelte geautomatiseerd verlopen;
- ✓ In de communicatie moet benadrukt worden dat de beoordeling niet voor de HKZ norm gedaan wordt, maar dat dit proces bijdraagt om een goede prijs-kwaliteit verhouding voor leveranciers te krijgen/behouden;

- ✓ Het is belangrijk om na een beoordeling terug te koppelen wat de eventuele vervolgcities zijn.

In verband met het vernieuwen van dit proces heeft er in 2016 nog geen beoordeling plaats gevonden. Zodra het nieuwe proces is vastgesteld, wordt geadviseerd dit alsnog te doen.

## Externe inspectie

Organisatie	Verrichte handeling	Oordeel	Actie
Accountant	Controle jaarrekening 2014 De Rozelaar	Goed	-
Wijka brandbeveiliging	Jaarlijkse controle brandblussers	Goed	-
Lift inspectie	De liften worden 1x/18 maanden gekeurd door buro Veritas.  Daarnaast worden de 2x per jaar onderhouden door de liftinstallateur (fa. Lakeman op de Rozenstraat).	Beide organisaties kunnen de lift stilzetten als er een onveilige situatie zou zijn.  Dus de uitkomsten van alle inspecties moet zijn, dat de lift veilig is. In alle andere gevallen wordt de lift buiten werking gesteld.  Een werkende lift = een goedgekeurde lift.	-
Bureau De Wit	Tweemaandelijks inspectie hygiëne horeca. Eventueel benodigde acties worden direct ondernomen en er wordt een controle op de acties uitgevoerd door Bureau de Wit.	Goed. In 2015 soms een enkel verbeterpunt, maar altijd de code 'groen' gehad.	<b>Benodigde acties zijn genomen.</b>
Brandweer	Gefaseerd toezicht op origineel ontruimingsplan en veiligheid. Brandweer maakt hiervoor zelf een afspraak met een facilitair medewerker van De Rozelaar. Eventuele bemerkingen (ook als alles in orde bevonden is) worden daarop per mail toegezonden.  Dit geldt voor alle locaties (behalve Nijkerk, Putten en GE).	Aan de inspecties van de brandweer kunnen wij geen rechten ontlenen en zij verlenen ook geen stempel "goedgekeurd".	-
Aquative/Bureau de Wit	Tweemaal per jaar (in maart en september) neemt Aquative watermonsters af t.b.v. legionellacontrole bij de locaties Rozenstraat, Iris, Gasthuis en Rozerie. Voor de locaties Vlinder en	Goed.	-

	<p>Rozenhof doet Bureau de Wit dat. Tussentijds controleert wekelijks een facilitair medewerker de waterkwaliteit.</p>		
<p><b>Inspectie voor de Gezondheidszorg</b></p>	<p><b>Eind 2014 een bezoek gehad. Tijdens dit bezoek zijn geen ernstige tekortkomingen geconstateerd. Wel een aantal verbetermaatregelen waar in 2014/2015 aan is gewerkt.</b></p> <p><b>Op 30-12-2014 is er een melding bij de IGZ gedaan welke op 15-01-2015 is afgesloten. Tevens is er op 22-05-2015 een melding gedaan, welke op 25-08-2015 is afgesloten.</b></p>	<p><b>Goed. Verbetermaatregelen zijn opgepakt en begin 2015 akkoord bevonden.</b></p>	-

## **Directiebeoordeling**

Gedurende het kwaliteitstraject heeft de directie de eindverantwoordelijkheid. De kwaliteitsanalyse is vastgesteld in de MT vergadering van april.

De directie maakt op basis van deze analyse van het kwaliteitssysteem 2015 een directiebeoordeling. In deze constateringstabel staan de acties (SMART geformuleerd) welke de directie wil uitvoeren naar aanleiding van de aandachtspunten uit deze kwaliteitsanalyse. Bovendien worden de jaarplannen van 2015 geëvalueerd en hierop wordt ook een directiebeoordeling gemaakt. Op die manier worden de niet afgeronde plannen in de PDCA-cyclus gehouden.

Zie bijlage voor de constateringstabel kwaliteitsanalyse en beoordelen jaarplannen.

## Waardering door cliënten

In september 2015 heeft Effectory, een onafhankelijk onderzoeksbureau, een cliëntenonderzoek uitgevoerd onder cliënten van Stichting De Rozelaar. In 2014 was er al een keuze gemaakt om dit onderzoek te laten uitvoeren met behulp van het instrument van Effectory. De VGN heeft een waaier opgesteld met instrumenten waarmee de cliënttevredenheid getoetst kan worden. Vanaf 2014 is het verplicht voor het meten van cliëntervaringen (pijler 2B) een instrument uit deze waaier te gebruiken.

De vragenlijst is in samenwerking met Effectory opgesteld. Het uitgangspunt van het onderzoek was dat de meeste cliënten worden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, zodat we een concreet beeld zouden krijgen van onze dienstverlening. De cliënten die we hebben bevestigd, wonen bij De Rozelaar, ontvangen dagbesteding bij De Rozelaar of krijgen van ons woonbegeleiding. De cliënten, die niet onder de WLZ vallen, een PGB financiering hebben of bij een andere instelling wonen, hebben geen uitnodiging ontvangen.



De respons is opvallend hoog; 87% van de ondervraagden heeft een vragenlijst ingevuld. Ten opzichte van de benchmark van 57,4% is dit als iets positiefs te zien. Door dit hoge percentage zijn de uitkomsten representatief te noemen.

Uit het onderzoek komen verschillende trots- en verbeterpunten. Bovenstaande resultaten laten zien dat De Rozelaar rond het gemiddelde van de benchmark scoort op de algemene tevredenheid van cliënten en de tevredenheid bij hulp van begeleiders. Opvallend is dat onze cliënten veel meer tevreden zijn over hun woonruimte dan cliënten bij andere gehandicaptenzorg instellingen. De invulling van de dagbesteding heeft aandacht omdat deze onder het gemiddelde van de benchmark scoort. Ook moet er meer duidelijkheid voor cliënten komen waar zij met hun klacht naar toe kunnen. Op dit punt dient voorlichting plaats te vinden. Bovendien is het goed om de positie van de cliëntenraad te verduidelijken/versterken.

Het onderzoek heeft De Rozelaar informatie opgeleverd waarmee ze de kwaliteit van de dienstverlening verder kan verbeteren. Dit onderzoek is daarom ingezet als middel om daadwerkelijk met elkaar in gesprek te gaan om samen te kunnen bepalen wat er goed gaat, maar ook wat er nog beter kan.



Ook op individueel cliëntniveau kan er geanalyseerd worden waar de verbetermogelijkheden liggen. Voor elke cliënt, die meegedaan heeft aan het onderzoek, is namelijk een persoonlijk respondentenblad aan het ECD gekoppeld. Het is de taak van de zorgcoördinatoren om met de cliënten hierover in gesprek te gaan.

### **Cliëntenraad**

In 2015 is er een verandering aangebracht in de benaming van de Cliëntenraad, bestaande uit ouders en verwanten, en een Meepraatraad, bestaande uit cliënten van De Rozelaar. Op verzoek van de cliënten en om onduidelijkheid te voorkomen over wie in weke raad deelnemen, is besloten tot naamswijziging per 1 augustus 2015. De Meepraatraad heet nu Cliëntenraad. De voormalige Cliëntenraad heet nu Verwantenraad.



## Waardering door medewerkers

Binnen de Rozelaar wordt er één keer in de twee jaar een onderzoek uitgevoerd onder alle medewerkers. In het najaar van 2014 is dit gedaan. Dat betekent dat er in 2016 dus weer een onderzoek zal gaan plaatsvinden.

In 2015 zijn de resultaten verder geanalyseerd. Daarnaast zijn er verbetermaatregelen opgesteld op de punten die uit de analyse zijn gekomen. Voor een deel zijn deze verbetermaatregelen in gang gezet of afgerond. Voor verdere details wordt verwezen naar de 'constateringstabel MTO 2014'.

De Rozelaar werd in 2015 genomineerd tot beste werkgever van Nederland. Uit de resultaten van het medewerkersonderzoek bleek dat onze Beste Werkgevers Score behoorde tot de beste 100 van Nederland. Uiteindelijk heeft De Rozelaar een mooie 29<sup>e</sup> plek weten te bemachtigen.

Verder zijn er het afgelopen jaar voorbereidingen getroffen voor het onderzoek in 2016. Zo zijn er diverse offertes opgevraagd. In 2016 zal dit voortgezet gaan worden om zo waarschijnlijk in het najaar 2016 een volgend onderzoek te kunnen starten.

## Rapportages ziekteverzuim en verloop

Het ziekteverzuim bij De Rozelaar ligt al enige jaren hoger dan het landelijk gemiddelde. Het jaar 2015 is afgesloten met een verzuim van 6.45% (ex zw). Dit is een positieve daling ten opzichte van 2014, maar nog altijd hoger dan het branchegemiddelde van 5.5 %. De meldingsfrequentie is in 2015 1.03, en nog altijd te hoog. De frequentie is wel gedaald. Dit is het resultaat van het structureel houden van verzuimgesprekken na een derde verzuimmelding.

## Verloopcijfer

In 2015 is het personeelsbestand van De Rozelaar met 2 FTE gedaald. Op 1 januari 2015 bedroeg het aantal fte 110 en op 31 december 2015 was dit 108 fte.

FTE in dienst per 1-1-2015: 110

FTE in dienst per 31-12-2015: 108

In 2015 zijn er 51 medewerkers in dienst gekomen en 73 medewerkers hebben hun functie beëindigd bij De Rozelaar.

## Reacties uit de samenleving

De Rozelaar bouwt actief aan warme contacten met kerkelijke gemeente(n), de lokale overheid, collega-instellingen, enzovoorts. Het is mooi om te zien dat dit een wisselwerking is, en dat er dus ook een zeer grote betrokkenheid vanuit de samenleving naar de cliënten van De Rozelaar is. Dit blijkt duidelijk uit het grote aantal vrijwilligers en de giften die De Rozelaar ontvangt.

## Vrijwilligers

De Rozelaar heeft ook in 2015 goed vorm willen geven aan het vrijwilligersbeleid. Dit doet De Rozelaar door:

- ✓ Een vrijwilliger coördinator in dienst te hebben
- ✓ Iedere vrijwilliger een contactpersoon of begeleider toe te wijzen.
- ✓ Vrijwilligersbijeenkomsten te organiseren (juni en december)
- ✓ Eindejaar attenties voor vrijwilligers en aandacht voor jubilea.
- ✓ De vrijwilliger wordt gevraagd 1 maal per jaar een evaluatieformulier in te vullen. Dit jaar zijn er 45 evaluatie retour gekomen.

Begin 2015 zijn we gestart met 159 vrijwilligers en eind 2015 geëindigde met 176 (nieuw 45 en gestopt 28). De opbouw van de 176 vrijwilligers is 60 mannen en 116 vrouwen, waarvan 60 van boven de 65 jaar en 10 boven de 75 jaar.

## Activiteiten

Op 20 maart zijn er vanuit NL Doet, vrijwilligers aan de slag gegaan bij Het Gasthuis. Hier lag de vraag om schoon te maken op de plekken waar dit weinig gebeurt.

Op 25 juni is er een bijeenkomst georganiseerd voor alle vrijwilligers van De Rozelaar. Er is een bezoek gebracht aan De Beeldentuin in Garderen, en de daarbij tentoongestelde zandsculpturen.

Op 8 december was de jaarlijkse eindejaarsbijeenkomst voor de vrijwilligers. Dit was een gezellig samen zijn op De Rozelaar. De vrijwilliger kregen een eindejaarsattentie aangeboden.

### Jubilea 2015

5 jaar:	8 personen
10 jaar:	10 personen
15 jaar:	3 personen
20 jaar:	2 personen
30 jaar:	1 persoon

## Blijken van betrokkenheid

Hieronder geven we enkele willekeurige voorbeelden waaruit de grote betrokkenheid op cliënten van De Rozelaar blijkt:

### BARNEVELD

## De Rozerie kan na grote brand al eerder open

JAN KAS

De twintig verstandelijk beperkte medewerkers van De Rozerie serveren vanaf maandag 16 februari weer koffie, thee en broodjes in hun lunchroom in het centrum van Barneveld. Dat is een paar weken eerder dan gedacht. De heropening was voor begin maart gepland.

De Rozerie is tijdelijk gesloten wegens brandschade. In november verwoeste een brand de belendende woonwinkel You like it. Mede met hulp van vrijwilligers is de lunchroom verbouwd en opnieuw ingericht. Burgemeester Asje van Dijk verricht zaterdag 14 februari de feestelijke opening, waarna er open huis is in het opgeknapte pand.

Herlette de Kruijff, teamleider horeca, is er blij mee dat De Rozerie eerder open kan. „Onze mensen kijken er erg naar uit.”

Dankzij de hulp van vele vrijwilligers, kon De Rozerie na de grote brand eerder open.



## Overhandiging gift tandemfiets aan De Rozelaar



## Maatschappelijke stage

Leerlingen van De Meerwaarde hebben als onderdeel van hun maatschappelijke stage meegeholpen bij diverse activiteiten voor deelnemers van De Rozelaar. De Meerwaarde is een protestants-christelijke school voor Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs.



## **Bijlagen**

- Jaarverslag Ondernemingsraad
- Jaarverslag Verwantenraad
- Constateringstabel directiebeoordeling en evaluatie jaarplannen

**Jaarverslag**

**2015**

**van**

**de ondernemingsraad van**

**Stichting De Rozelaar**

Stichting de Rozelaar  
Rozenstraat 9  
3772 JH Barneveld  
[info@rozelaar.nl](mailto:info@rozelaar.nl)  
or-cie@rozelaar

## Voorwoord

Dit sociaal jaarverslag bevat een opsomming van de activiteiten waarmee de ondernemingsraad van Stichting De Rozelaar zich in 2015 heeft beziggehouden.

Het verslagjaar heeft zich gekenmerkt door ingrijpende personele wijzigingen, bezuinigingen ten gevolge van onverwachte financiële tegenvallers en tegelijkertijd veranderingen in de structuur van de organisatie.

Alle aspecten hebben tot gevolg gehad dat er binnen de organisatie enerzijds op een aantal plaatsen onrust en ruis is ontstaan. Aan de andere kant heeft de ondernemingsraad geconstateerd dat er op de werkvloer ook een buitengewoon grote inzet is geweest.

Hoewel alle processen nog niet zijn afgerond zijn we dankbaar dat het jaar 2015 kon worden afgerond met positieve vooruitzichten op de toekomst.

## Samenstelling van de ondernemingsraad

Dit jaar is de samenstelling van de ondernemingsraad gewijzigd vanwege het vertrek van twee leden.

De samenstelling van de raad was als volgt:

Marion van Zwetselaar	(voorzitter)
Corry Top	(penningmeester)
Elly Lokhorst	(lid en 2 <sup>e</sup> voorzitter)
Evelyn van Hierden	(lid)
Astrid Prins	(lid tot 26 mei 2015)
Carla Valkenburg	(lid tot 26 mei 2015)
Alie de Bruin	(lid vanaf 22 september 2015)
Joni van Beek	(lid vanaf 22 september 2015)
Freddy Broekema	(lid vanaf 22 september 2015)
Tya Versteeg	(ambtelijk secretaris)



## Onderwerpen

### *Algemeen*

De ondernemingsraad is 13 keer bij elkaar geweest.

Vanaf juli 2015 is om praktische redenen besloten de vergaderingen in de avonden te houden, t.w. van 18.30 tot 21.00 uur.

Omdat de ondernemingsraad in dit jaar te maken heeft gekregen met te volle agenda's is aan het einde van het jaar besloten voorlopig de vergaderfrequentie op te voeren tot 2x per maand. Dit biedt ook meer mogelijkheden voor dialoog en informatie.

### *Communicatie met de achterban*

De communicatie met de achterban is nog steeds onvoldoende.

De toegankelijkheid van de informatie over de OR via het Intranet is vereenvoudigd.

Regelmatig worden de verslagen van de vergaderingen gepubliceerd, zodat medewerkers kennis kunnen nemen van de zaken waarmee de ondernemingsraad zich bezighoudt. Toch is er helaas nog steeds onvoldoende betrokkenheid. Hoewel de vergaderingen van de raad grotendeels toegankelijk zijn voor de medewerkers wordt van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Ook is er weinig motivatie om de informatie op het intranet te lezen. Mondelinge informatie blijkt beter te werken.

Daarom is ook dit jaar weer besloten locaties en teamvergaderingen van groepen te bezoeken.

Helaas heeft vanwege andere prioriteiten deze activiteit op een laag pitje gestaan. Alleen Het Gasthuis en De Vlinder zijn bezocht.

### *Scholing en kennisuitbreiding*

De leden van de ondernemingsraad hebben dit jaar een (herhalings) cursus gevolgd over de Wet op de Ondernemingsraden. In deze wet zijn alle rechten en plichten van ondernemingsraden vastgelegd.

Daarnaast hebben de leden een symposium en een cursusdag van In voor Zorg bijgewoond.

Om meer inzicht te krijgen in de werkzaamheden van de organisatie zijn ook dit jaar weer verschillende medewerkers op de vergaderingen uitgenodigd om iets te vertellen over hun functie. Dit jaar waren dat de manager vervoer en facilitaire zaken, de medewerker acquisitie en coach cliëntenraad, de financieel manager, de teamleider van Het Gasthuis, Iris en de thuisbegeleiding en een medewerker PZ.

### *Overleg met de bestuurder*

De bestuurder heeft in het verslagjaar jaar regelmatig contact gehad met de ondernemingsraad. Hij was aanwezig op 9 vergaderingen. Bij OR en bestuurder is het uitgangspunt dat er een goede communicatie moet zijn, niet alleen in de vorm van informatie, maar ook van dialoog.

Onderwerpen die aan de orde zijn geweest naast de toelichting op de advies- en instemmingsverzoeken, zijn o.a. de begroting voor 2015 en de resultaten over 2014 en deels 2015, de veranderingen in de organisatie, de ontwikkelingen t.a.v. de ombuigingen, het jaarplan 2015, de maatregelen in verband met de financiële administratie en de samenwerking met In voor Zorg.

#### *Overleg met de Raad van Toezicht*

In september is er een overleg geweest met de Raad van Toezicht.

Onderwerp van bespreking was de zorg van de ondernemingsraad over de financiële situatie van De Rozelaar.

#### *Bezuinigingen*

In tegenstelling tot de verwachtingen werd De Rozelaar in april geconfronteerd met een zeer teleurstellend financieel resultaat over 2014.

Dat betekende een grote ombuiging aangezien het voortbestaan van De Rozelaar in het geding was. Het traject van In voor Zorg kwam op een zijspoor en alle aandacht is uitgegaan naar maatregelen, die op zeer korte termijn genomen moesten worden om de organisatie weer gezond te krijgen.

Op de werkvloer heeft dit in een aantal gevallen onrust en vragen veroorzaakt. De OR heeft aangedrongen op een open communicatie. Dat voorkomt veel onduidelijkheid. Door bemiddeling van de OR is er de dialoog met het managementteam gevoerd. Dit heeft geleid tot een bevredigend resultaat.

Hoewel de procedures voor alle bezuinigingsmaatregelen niet allemaal een schoonheidsprijs verdienen is de ondernemingsraad van mening dat er een zeer grote inzet is geweest in alle lagen van de organisatie om de bezuinigingsoperatie te doen slagen en aan De Rozelaar toekomstperspectief te bieden.

#### *Financiële administratie*

De OR heeft met de bestuurder overleg gehad over de ingrijpende maatregelen bij de financiële administratie .

Hoewel zij de gang van zaken heeft betreurd is de OR ervan overtuigd dat ingrijpende maatregelen noodzakelijk waren in het belang van het voortbestaan van de organisatie.

#### *Goedidee.nl*

In het kader van de bezuinigingen heeft de OR aan de medewerkers de mogelijkheid geboden adviezen en ideeën aan te leveren voor de bezuinigingsoperatie.

Via het mailadres goedidee.nl zijn zeer veel tips en adviezen van de werkvloer binnengekomen.

Op het Intranet wordt een constateringstabel gepubliceerd, zodat de medewerkers worden geïnformeerd over wat er met hun ideeën is gedaan of nog wordt gedaan.

### *Ziekteverzuim*

De ondernemingsraad heeft meermalen haar bezorgdheid uitgesproken, zowel bij de bestuurder als ook bij de Raad van Toezicht, over het hoge ziekteverzuim,.

Door het nieuwe verzuimbeleid wordt er een teruggang gerealiseerd, maar dit gaat langzaam.

De ondernemingsraad houdt de vinger aan de pols, o.a. door regelmatig de verzuimcijfers op te vragen.

### *Begroting 2015*

De begroting voor 2015 is door de bestuurder goedgekeurd.

### *Verkiezingen*

Vanwege het vertrek van Astrid Prins en Carla Valkenburg ontstonden in mei 2 tussentijdse vacatures. Daarnaast was er nog een vacature die niet was vervuld.

Omdat er niet meer kandidaten waren dan vacatures, waren er geen verkiezingen nodig en konden de 3 kandidaten die zich hadden aangemeld worden verkozen.

Binnen de ondernemingsraad wordt het komende jaar nagedacht over verdere uitbreiding. Volgens de Wet op de Ondernemingsraden mag de ondernemingsraad bij De Rozelaar uit maximaal 9 leden bestaan.

### *In voor Zorg*

De OR is regelmatig betrokken geweest bij het In voor Zorg traject.

Er zijn hierover gesprekken geweest met de bestuurder en een vertegenwoordiger van In voor Zorg. De leden van de OR hebben de startbijeenkomsten van Mijn Rozelaar bezocht.

De OR heeft regelmatig aangedrongen op inbreng van de werkvloer.

In verband met de nieuwe opzet van De Rozelaar komen er nog gesprekken over de positie van de OR.

### *Analyse kwaliteitssysteem*

Dit verslag heeft geen aanleiding gegeven tot vragen, maar wel tot een compliment voor de uitgebreide verslaglegging. In juni 2016 komt er een evaluatie.

### *Medewerkers tevredenheidsonderzoek*

Uit het onderzoek is gebleken dat de communicatie met de OR laag scoort.

De conclusie is getrokken dat meer gedaan moet worden aan mondelinge communicatie, o.a. via teamvergaderingen.

.

## Advies- en instemmingsverzoeken

### Beleid agressiepreventie

De OR is akkoord gegaan. Er is gewezen op het belang van agressietrainingen voor de afdeling vervoer.

### Bereikbaarheid en vergoedingen facilitaire dienst

De OR is akkoord met de regeling, die bescherming biedt voor de medewerkers van de facilitaire dienst.

### Visiedocument opleidingen

De vragen vanuit de OR over dit document zijn met de bestuurder besproken. De OR is akkoord met het nieuwe beleid.

### Reiskostenregeling

De OR is akkoord gegaan met de voorgestelde regeling. Er is nu duidelijkheid geschapen. Maar wel is de aantekening gemaakt dat er ongelijkheid blijft bestaan met de regeling voor thuisbegeleiders. Gevraagd is dit nader te bekijken.

### Incidentenbeleid

De Fobocommissie is opgeheven. Hiervoor in de plaats komen de MIM en de MIC.

Alle meldingen van incidenten worden verwerkt in het ECD.

De OR heeft aangedrongen op een goede terugkoppeling naar de indieners van de meldingen. Verder moeten de MIM en de MIC goed geïntroduceerd worden bij de medewerkers ter bevordering van de motivatie om incidenten te melden.

De OR is akkoord gegaan met de nieuwe regeling, maar wel wordt de vinger aan de pols gehouden m.b.t. het verdere verloop van het nieuwe beleid. In mei 2016 komt er een evaluatie.

### Preventiemedewerker

Met de preventiemedewerker is er in dit jaar eenmalig een overleg geweest. Daarbij is een toelichting gegeven over de adviesaanvraag voor een nieuw risico-inventarisatie en –evaluatieplan.

De OR is akkoord gegaan met de adviesaanvraag onder de vermelding dat wanneer een teamleider een probleem signaleert, er doorgevraagd zal worden op de werkvloer.

### Beleid gevaarlijke stoffen

Bij het voorgestelde beleid is de aantekening gemaakt dat er een goede terugkoppeling moet zijn naar de groepen. Zeker nu het aantal BHV-ers wordt teruggebracht is goede voorlichting over gevaarlijke stoffen noodzakelijk.

### Klokkenluidersregeling

De OR is akkoord met deze regeling.

### Het functiegebouw

De voorlopige voorstellen m.b.t. de wijziging van teamleiders naar teamcoaches zijn door de ondernemingsraad goedgekeurd, waarbij aangegeven is dat de OR wil meedenken bij de vaststelling van de taken van de teamcoaches. Er is nadrukkelijk gewezen op de noodzaak van voldoende competenties, draagkracht en draaglast.

### Fietsenplan

Het fietsenplan is vervangen door de werkkostenregeling waarin een nieuw fietsenplan is opgenomen. De OR is akkoord gegaan met het fietsenplan voor 2015, maar wil voor 2016 een inventarisatie van de verdere mogelijkheden binnen de werkkostenregeling.

### Regeling Persoonlijk budget levensfase

De OR is akkoord met de beleidnotitie maar heeft de garantie gevraagd dat alle medewerkers eind 2015 een FG hebben gehad.

### Klachtenregeling ongewenste omgangsvormen

De OR vindt het positief dat de klachtencommissie van buiten De Rozelaar Barneveld komt en is akkoord gegaan.

### Beleid gevaarlijke stoffen

De OR is akkoord gegaan maar heeft wel aangedrongen op terugkoppeling naar en voorlichting aan de groepen.

### Gewijzigd protocol verzuimbeleid

De OR is akkoord gegaan.

De verantwoordelijkheid voor het verzuim is verschoven van teamleider naar manager. Daarnaast is de verzuimcoördinator duidelijker in beeld gebracht.

### Aanpassing Risico-inventarisatie en evaluatie

De OR is akkoord onder vermelding dat wanneer er een probleem wordt signaleerd er doorggevraagd wordt op de werkvloer.

## Afsluiting

In dit verslag is getracht een beeld te geven van de activiteiten waarmee de OR zich in 2015 heeft beziggehouden. Daarbij realiseren we ons dat het veel meer is geweest dan in dit verslag is verwoord.

Er is hard gewerkt aan professionaliteit en vergroting van kennis. Daarnaast heeft de OR geprobeerd op alle fronten een kritische, doch positieve bijdrage te geven, zodat we met elkaar met vertrouwen op weg kunnen naar Mijn Rozelaar 2018.

Barneveld, februari 2016

Tya Versteeg

( secretaris)



## Verwantenraad

Secretariaat:

Brederhorst 5

6714KA Ede

Tel. 0318-623962

Mail: [fredrikze3@hetnet.nl](mailto:fredrikze3@hetnet.nl)

---

## Jaarverslag 2015

---

### Samenstelling van de Verwantenraad (VR):

Dhr. Hans van Leeuwen (voorzitter)

Dhr. Bert Fredrikze (secretaris)

Mevr. Paulien Bläss (lid)

Dhr. Henk Nap (lid)

Dhr. Co Nieuwenhuis (lid)

Vertegenwoordiger namens de Rozelaar: dhr. Jan Vogel (Raad van Bestuur)

## **Vergaderfrequentie:**

---

De Cliënten-/Verwantenraad is in het kalenderjaar 2015 zeven maal bijeen geweest voor een regulier overleg: 9/2, 27/3, 27/5, 7/7, 10/9, 8/10 en 25/11 .

Op 27 maart heeft de Raad een gezamenlijke vergadering gehad met de Meepraatraad.

Op 14/8 heeft een delegatie van de Verwantenraad een gesprek gehad met mevr. Sytsma van Menzis zorgkantoor

Op 10/9 heeft de Verwantenraad een gesprek gehad met 3 leden van de Raad van Toezicht.

## **Waar heeft de Verwantenraad dit jaar zoal over vergaderd?**

---

### ***De naamsverandering van de Cliëntenraad***

In de zomer van 2015 is op verzoek van de Meepraatraad een wijziging gekomen in de naam van beide raden. Cliënten in de Meepraatraad gaven aan dat zij de cliënten zijn en dus ook die naam zouden moeten voeren. De oorspronkelijke Cliëntenraad heeft hiermee ingestemd en per 1 juli is onze naam veranderd in Verwantenraad.

### ***Zorgkantoor Menzis***

Op ons verzoek is een gesprek gevoerd met mevrouw Sytsma, consultant van Menzis

Aanleiding waren de bezuinigingen van de overheid en de consequenties voor de Rozelaar. In dit gesprek zijn 5 items aan de orde geweest.

- We hebben onze zorg uitgesproken over het reduceren van de vervoerstarieven, waardoor cliënten en verwanten in de financiële problemen kunnen komen.
- Ook is gesproken over de tekorten in het vervoer van meervoudig gehandicapte cliënten, dat zwaar verliesgevend is.
- We hebben gevraagd naar de mogelijkheden van een nieuwe woonlocatie, omdat we merken dat er veel vraag naar is
- Onze zorg is uitgesproken over de financiële stromen vanuit Menzis. Doordat cliënten over gaan van PGB naar Zorg In Natura (ZIN) wordt de ene vergoeding gestopt en de ZIN vergoeding pas in het nieuwe kalenderjaar verleend, waardoor de Rozelaar grote vergoedingen mis loopt.
- Ook is gesproken over de meerzorg, die de Rozelaar moet geven als een cliënt plotseling in een verslechterde toestand geraakt, waardoor wel de zorg wordt verleend, maar niet de meerkosten worden vergoed.

Onze punten zijn meegenomen. Sommige dingen zijn door de overheid opgelegd. Andere zaken zoals de meerzorg en de locatievraag worden meegenomen. Beiden zijn positief uitgevallen.

Verder hebben we uitleg gekregen over hoe we kunnen anticiperen op de begrote volumes zorg voor het nieuwe begrotingsjaar.



### ***De Meepraatraad / nieuwe Cliëntenraad***

Naast de naamsverandering hebben we in gezamenlijk overleg gesproken over mogelijkheden tot samenwerking en afstemming. Hierbij was voor ons van belang wat we kunnen betekenen voor de Cliëntenraad binnen onze mogelijkheden van instemmings- en adviesrecht.

Daarnaast hebben we met elkaar het jaarplan 2015 besproken.

Tussen mevr. Jacolien Gorissen en dhr. Bert Fredrikze is regelmatig afstemming gezamenlijke punten in beide vergaderingen.

### ***Financiën / begroting***

Er is gedurende het jaar meerdere keren gesproken over de bezuinigingen en de financiële toestand.

Gelukkig hebben we kunnen constateren dat de financiën in 2015 beter op orde zijn gekomen, er wordt efficiënter gewerkt met minder mensen en ook de nieuwe mensen op de financiële afdeling hebben een gunstige uitwerking op het resultaat van de Rozelaar.

### ***Mijn Rozelaar 2018 en zelfsturende / zelfstandige teams***

Dit jaar is gekozen om de structuur van de teams dagbesteding en woonzorg aan te passen en de teamleiders te vervangen voor teamcoaches. De Verwantenraad heeft hier met de nodige bedenkingen op gereageerd. Ze heeft gevraagd aan de RVB om bijzonder goed te kijken naar vragen rond continuïteit, eindverantwoordelijkheid, calamiteiten en de juiste inzet van mensen in hun talenten.

### ***Verwanten***

Omdat we vrijwel geen respons krijgen van de verwanten van cliënten, zijn we als Verwantenraad gestart met het bezoeken van de Ouderraden van de woonvoorzieningen. Doel is om hier meer feeling te krijgen met de werkvloer om beter te kunnen inschatten wat er leeft onder de bewoners en hun achterban.

### ***Het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) en veiligheid***

Het ECD functioneert goed. Meerdere keren is in vergaderingen gesproken over de voortgang. Een punt van zorg was de toegang van de dossiers door stagiaires. Hiervoor is een protocol in het leven geroepen waarin aangegeven wordt wie welke rechten heeft. Ook is het digitaal ondertekenen door ouders of bewindvoerders een punt van bespreking geweest. Het cliënten- en verwantenportaal vraagt nog invoering.

### ***Gelden lief en leed pot.***

De RvB geeft aan dat de gelden voor de lief en leedpot vragen om een verhoging. De Verwantenraad vindt de verhoging akkoord, maar geeft wel aan dat de verhoging fors is, mede omdat cliënten van buiten de regio al heel veel betalen aan eigen bijdrage voor de vervoerskosten. De labeling van deze gelden vraagt nog nader uitleg.

### ***Raad van Toezicht (RvT)***

Op 10 september heeft de Verwantenraad een prettig en constructief overleg gehad met de RvT.

De RvT heeft allereerst haar werkwijze uitgelegd en relatie tot de RvB.

Verder besproken we:

- De financiële zorgen en de rol van de Raad van Toezicht hierin,
- Onze zorgen rond de ontwikkeling van zelfstandige teams en het serieus (mee-)nemen van onze adviezen,
- De wens om vroegtijdig, volledig en transparant te worden geïnformeerd over ontwikkelingen bij de Rozelaar,
- De wens om “de vrienden van de Rozelaar” te heractiveren en los te maken van de RvT.

Van beide kanten wordt uitgesproken dat het gesprek als positief is ervaren.

### ***Toekomst bestendige dagbesteding***

In het kader van de bezuinigingen is gesproken over de vraag hoe de dagbesteding naar de toekomst toe betaalbaar en mogelijk blijft. Dit heeft concreet geleid tot een aantal maatregelen:

- De bussen worden efficiënter ingezet: minder bussen rijden meer ritten na elkaar,
- Rolstoelers worden in 2 speciale bussen vervoerd, waardoor de andere bussen geen aanpassingen behoeven,
- Het 10<sup>e</sup> dagdeel op vrijdagmiddag wordt geschrapt,
- De dagdelen worden ingekort.
- Externe dagbesteding via zorgboerderijen etc. wordt verminderd.

### ***Benoemingen en herbenoemingen***

De (her-)benoemingsprocedure dit jaar heeft vertraging opgelopen, waardoor pas in 2016 duidelijk werd dat mevrouw Paulien Bläss kon worden herbenoemd voor de laatste periode van 3 jaar en dat de plaats van dhr. Hans van Leeuwen wordt ingenomen door mevrouw Helma Zandvliet, omdat op haar nominatie geen tegenkandidaten zijn ingediend. Zij zijn voor een periode van 3 jaar benoemd door dhr. Jan Vogel.

### ***Identiteit***

De Rozelaar houdt zich intensief bezig met vraagstukken rond identiteit. We hebben gevraagd om een passende oplossing te zoeken voor de weggevallen weeksluitingen op de vrijdagmiddag bij de dagbesteding.

### ***Adviesaanvragen:***

De Raad van Bestuur heeft door het jaar heen meerdere adviesaanvragen gedaan. Onderwerpen waren o.a.: klachtenafhandeling van cliënten, zorgplan toetsing, afschaffen van zuivel tijdens de lunch, enz. We hebben gezien dat onze adviezen op een positieve manier werden opgepakt door de Raad van Bestuur.

### ***Samenwerking***

De RvB heeft ons regelmatig op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen in de samenwerking met ketenpartners. We zijn afdoende geïnformeerd over de stand van zaken rond de locaties bij het Groenhorstcollege en de Samaritaan en de plannen om in Nijkerk de dagbesteding te verhuizen naar de Pol. Ook de ontwikkelingen rond het project op de Schaffelaar volgen we.

### ***Zelfevaluatie***

We hebben dit najaar tijdens een agendapunt aan zelfreflectie gedaan. Geconstateerd is dat we de lijntjes met het zorgkantoor en de woonvoorzieningen moeten versterken en de communicatie met de andere verwanten via de online nieuwsbrief goed in de gaten moeten houden..

### ***Tenslotte***

De Cliëntenraad heeft op een prettige en constructieve wijze kunnen vergaderen in dit kalenderjaar. De samenwerking met de Raad van Bestuur was prettig, constructief en vruchtbaar van aard.

We hopen onze beste krachten ook in het nieuwe jaar weer in te zetten om de belangen van cliënten, ouders en verwanten zo goed mogelijk te behartigen.

---

Aldus vastgesteld in de vergadering van 12 april 2016

Bert Fredrikze

Secretaris Verwantenraad



Hans van Leeuwen

Voorzitter Verwantenraad

## Onderwerp: Directiebeoordeling Kwaliteitsanalyse 2015

**Datum:** maart 2016

Door middel van kleuren wordt in de kolom 'status' de voortgang van de verbetermaatregel bijgehouden door de verantwoordelijk persoon. Zo valt in één opslag te zien of een verbetermaatregel reeds is gerealiseerd (groen), in behandeling is (geel) of dat de maatregel nog moet worden uitgevoerd (rood).

	Status	Constatering	Verbetermaatregel (SMART)	Tijdspad	Gewenst resultaat (SMART)	Evaluatie	Verantwoordelijk
1		Kwaliteitshandboek: 1: nog niet alle processen zijn beschreven en niet aangepast aan het ECD. 2. indeling handboek kan vereenvoudigd worden en moet beter leesbaar zijn 3. Het kwaliteitshandboek is onvoldoende bekend bij de teams	Kwaliteitshandboek: 1: actualisering processen en aanpassing aan ECD. 2. indeling handboek vereenvoudigen en verbeteren 3. bekendheid kwaliteitshandboek bevorderen	2016	1. Alle processen zijn afgestemd op het ECD en staan beschreven in het kwaliteitshandboek. 2. Overzichtelijk handboek 3. Alle teams en medewerkers zijn bekend met het kwaliteitshandboek	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Kwaliteitsadviseur
2		De Rozelaar heeft de licentie gekregen voor de ZorgRI&E maar deze wordt nog onvoldoende toegepast. Oorzaak ligt o.a. in onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en verplichtingen.	Duidelijkheid over verantwoordelijkheden creëren en uitvoeren van de RI&E voor de nieuwe locaties	April 2016: vaststellen verantwoordelijkheden en sept zijn RI&E uitgevoerd voor nieuwe locaties	Goede RI&E uitvoering	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Preventiemedewerker
3		Personeelszorg: staat deels in kwaliteitsanalyse en deels in jaardocument.	Personeelsbeleid: alleen die thema's van het personeelsbeleid opnemen die relevant zijn voor kwaliteitsanalyse en verplicht vanuit HKZ	2016	PZ maakt vanaf 2016 eigen maraps, jaarplannen en evaluatie. Rapporteert aan directeur en MT	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	PZ en directeur/bestuurder
4		Klachtenregistratie functioneert onvoldedig.	Nieuwe registratievorm invoeren in 2016.	Medio 2016	Goed functionerende klachtenregistratie	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	MT

5		MIM/MIC in het nieuwe ECD functioneert nog niet optimaal. Het betreft hier de de selectie op meldingen op soort en reden. Vanuit vervoer en overhead is ook geen registratie mogelijk.	1. Aanpassingen in ECD waardoor er meerdere selecties kunnen worden toegepast op soort en reden. 2. Heldere procedures voor vervoer en overhead waarbij meldingen in ECD kunnen worden opgenomen.	1: 1-7-2016 plan gereed en 2e helft van 2016 implementatie 2: juni 2016	Beter preventiebeleid en volledige registraties	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Voorzitter MIM/MIC commissie
6		MIM/MIC: het aantal medicijnmeldingen is te hoog.	Strakkere sturing van de teams op medicijnfouten en uniform medicatiebeleid alle locaties	1 juli en 2016	Verlaging aantal medicijnfouten, met name aandacht en registratie voor die fouten die grote impact kunnen hebben op cliënten	Juli: tussentijdse rapportage aan directie en MT en directiebeoordeling 2016	Voorzitter MIM/MIC commissie en bestuurder
7		MIM/MIC normen zijn niet ontwikkeld in 2015.	Vanuit de commissies in 2016 uitgangspunten en normen ontwikkelen voor 2017. prioriteit hebben de normen op het gebied van medicijnfouten.	1 juli en 2016	Heldere uitgangspunten en normen om een adequate beleid te kunnen voeren	Juli: tussentijdse rapportage aan directie en MT en directiebeoordeling 2016	Voorzitter MIM/MIC commissie en bestuurder
8		BHV beleid is verouderd en niet aangepast aan nieuwe wetgeving	BHV beleid en uitvoering daarvan aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen. Conceptplan is gerealiseerd en zal in 2016 een vervolg krijgen	1-6-2016	Nieuw beleid en implementatie hiervan in organisatie.	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	MT en voorzitter BHV commissie
9		Beoordelen kritische leveranciers: Analyse is in 2015 gemaakt maar er is nog geen nieuw beleid gemaakt	Nieuw beleid en proces in 2016 vaststellen en implementeren	2016	Goed functionerend beoordelingsproces kritische leveranciers	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Manager bedrijfsvoering en kwaliteitsadviseur
10		Afgelopen jaren zijn werkplekken niet gecontroleerd door ergocoach.	In 2016 worden alle werkplekken gecontroleerd door ergo coach	2016	Gecontroleerde en indien nodig aangepaste werkplekken	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Ergocoach

11		Opvangteam is nu afhankelijk van één persoon.	Borging van opvang voor medewerkers bij crisissituaties	2016	Ondersteuning medewerker opvangteam en borging bij crisissituaties	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	PZ en directeur/bestuurder
12		Reactietermijn is te lang op afspraken en acties afgesproken in de constateringstabellen. Idem voor de (prospectieve) risicoanalyses	In overleg met kwaliteitsadviseur reactietermijnen afspreken en onder de aandacht brengen van MT leden	2016	Adequate opvolging van constateringstabellen en uitvoering van prospectieve risicoanalyses	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	MT
13		Functie van preventiemedewerker leeft niet echt binnen de organisatie en er is weinig overleg met de OR.	Evaluatie van deze functie en evt. herziening van de plaats binnen de organisatie en de werkzaamheden binnen deze functie.	2016	Juiste invulling en plaats binnen de organisatie.	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Directeur en kwaliteitsadviseur
14		Het proces van verantwoordelijken van de agressiepreventie is niet helder bij alle betrokkenen.	Herijken van dit proces en onder de aandacht brengen van alle betrokkenen en medewerkers.	2016	Helder proces en uitvoering van de agressiepreventie	Kwaliteitsanalyse en directiebeoordeling 2016	Directeur en kwaliteitsadviseur
<b>verbetermaatregelen vanuit voorgaande jaren</b>							
15		Na vaststellen beleid Risicovolle en voorbehouden handelingen is er geen vervolg gegeven met de praktische uitvoering hiervan en is er onduidelijkheid m.b.t. scholingen.	Commissie RVH stimuleren tot verdere uitwerking van beleid en duidelijkheid mbt scholingen geven.	1-6-2016	Beleid wordt eenduidig opgepakt en scholingen uitgevoerd.	Kwaliteitsanalyse 2016	Manager Dagbesteding

