

Roosenburg voor hersteld vertrouwen

Verbeterplan ten behoeve van kwaliteit van zorg binnen FPA Roosenburg

Inhoud

1	Aanloop en aanpak.....	3
1.1	Aanleiding.....	3
1.2	Onderzoek.....	3
1.3	Verbeterplan.....	4
1.4	Bereik en beperkingen.....	5
1.5	Doel.....	5
1.6	Fasering en resultaten.....	5
1.7	Monitoring voortgang en communicatie.....	6
1.8	Risico's.....	7
2	Personele bezetting en veilige werkomgeving.....	9
2.1	Bevindingen inspecties.....	9
2.2	Doelstelling.....	9
2.3	Overzicht maatregelen.....	10
3	Verslavingsproblematiek.....	13
3.1	Bevindingen inspecties.....	13
3.2	Doelstelling.....	13
3.3	Overzicht maatregelen.....	14
4	Beveiliging.....	15
4.1	Bevindingen inspecties.....	15
4.2	Doelstelling.....	15
4.3	Overzicht maatregelen.....	16
	Bijlage: Overzicht focusgroepen.....	17

1 Aanloop en aanpak

1.1 Aanleiding

Op maandag 9 oktober werd een patiënt van de FPA Roosenburg aangehouden als verdachte in de zaak Anne Faber. Direct hierna is er een crisisteam samengesteld met als eerste taak het managen van de crisis, met het doel de continuïteit van zorg te borgen en een veilige leefomgeving voor patiënten, medewerkers en de omwonenden te creëren. Deze taak wordt g door de grote maatschappelijke onrust die ontstaat bij de zoektocht en het misdrijf. Er komt, naast de berichten over het slachtoffer en de dader, een stroom van berichten op gang waarbij een negatief beeld over het functioneren van de kliniek wordt geschetst. Dit beeld draagt bij aan onrust onder patiënten, medewerkers, de directe omgeving en ook de samenleving als geheel.

De minister wil zo snel als mogelijk een beeld van de kwaliteit van zorg van de afdeling. Hiervoor worden de inspectie van Veiligheid en Justitie en de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd i.o. (hierna: de inspecties) gevraagd om een onderzoek te starten. Dit onderzoek is gestart op 20 oktober 2017 en afgerond met een brief op 27 november 2017.

1.2 Onderzoek

In de brief van de inspecties staat te lezen:

“De inspecties concluderen op basis van dit eerste onderzoek dat FPA Roosenburg na het incident op navolgbare wijze maatregelen heeft getroffen ten behoeve van de crisisbeheersing en de lokale veiligheid.

De inspecties concluderen op basis van hun bevindingen dat een actief ingrijpen in de geleverde zorg op dit moment niet noodzakelijk is. FPA Roosenburg onderzoekt regelmatig zelf de kwaliteit van de zorg en de situatie rondom haar medewerkers.

Desalniettemin hebben de inspecties ook risico's aangetroffen. De inspecties zijn van mening dat de personeelsbezetting kwetsbaar is. Daarnaast zien de inspecties de gevoelens van onveiligheid en de behandeling van verslavingsproblematiek als urgente thema's die moeten worden opgepakt. Daarom zullen de inspecties de situatie voorlopig monitoren.

Het bestuur onderkent de noodzaak om op deze onderdelen verbeteringen aan te brengen.

Vervolg

1. De inspecties verwachten van FPA Roosenburg een verbeterplan met doelstellingen en tijdpad waar in ieder geval de volgende elementen aan bod komen:
 - a) maatregelen ten aanzien van de kwantitatieve en kwalitatieve personele bezetting;
 - b) maatregelen ten aanzien van de onveiligheidsgevoelens;
 - c) maatregelen met betrekking tot de verslavingsproblematiek;
 - d) evaluatie van de implementatie en het duurzame effect van de reeds ingevoerde maatregelen.

2. De inspecties verwachten een afschrift van de evaluatie over de geïntensiveerde surveillance in de directe omgeving van FPA Roosenburg (onder regie van politie, gemeente en OM en in samenspraak met FPA Roosenburg) en de verdere samenwerking tussen 'de vierhoek'.
3. De inspecties geven het bestuur van FPA Roosenburg en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voorts in overweging om tijdelijk een gedifferentieerd plaatsingsbeleid in te voeren. Dat betekent dat FPA Roosenburg patiënten met zwaardere problematiek tijdelijk niet opneemt om op die manier haar personeel te ontlasten en de veiligheid en zorg op de afdelingen beter te kunnen borgen."

Dit verbeterplan gaat in op de elementen die genoemd worden onder punt 1. Daarnaast wordt punt 3 meegenomen in de risico paragraaf van dit plan. Over punt 2 zullen de inspecties separaat worden geïnformeerd.

1.3 Verbeterplan

Fivoor herkent en erkent de bevindingen van de Inspecties. Bestuur en management zijn zich bewust van de ernst van de situatie en onderschrijven de noodzaak om op een aantal specifieke terreinen versnelling aan te brengen in de reeds uitgezette verbeteracties. De thema's die de inspecties voor het verbeterplan centraal stellen zijn de personeelsbezetting, gevoelens van onveiligheid en verslavingsproblematiek. Het belang om deze thema's op te pakken om de gesignaleerde risico's in de kwaliteit van zorg te beperken is evident. Op een deel van de thema's waren al interventies ingezet binnen de reguliere cyclus van de organisatie. Voor de volledigheid worden ook de reeds ingezette interventies benoemd in dit verbeterplan.

Direct na de eerste terugkoppeling van de inspecties heeft het management van Roosenburg de ontwikkeling van de verbetermaatregelen voor Roosenburg versneld. Hiertoe zijn door het afdelingsmanagement focusgroepen opgezet, waarin medewerkers en patiënten konden meedenken en hun input gaven over de thema's veiligheid, middelengebruik en personele bezetting. Het afdelingsmanagement sloot aan bij de teamdagen van alle units van Roosenburg om te spreken over de bevindingen van de inspecties en om daar ook input op te halen voor het verbeterplan. Dat heeft zij ook gedaan bij andere afdelingen voor forensische en intensieve zorg. Op 7 december heeft het afdelingsmanagement met de Ondernemingsraad van Fivoor gesproken over de mogelijk te nemen verbetermaatregelen. De resultaten van alle bovengenoemde gesprekken zijn verwerkt in dit verbeterplan. De cliëntenraad zal in de komende periode wederom betrokken worden. Tot slot heeft het bestuur de Raad van Commissarissen (RvC) van alle stappen op de hoogte gesteld. Ook zij volgen de situatie nauwlettend.

De inhoud van dit verbeterplan wordt door de gesprekken breed gedragen binnen de afdeling en dat zal bijdragen aan duurzame verandering. Dit verbeterplan verbindt de lopende en nieuw bedachte maatregelen met elkaar. De maatregelen zullen opgenomen worden in het jaarplan 2018. De regie op dit verbeterplan ligt bij het afdelingsmanagement van de FPA. Zij rapporteert aan het bestuur van Fivoor. Het bestuur rapporteert aan de inspecties.

Om dit verbeterplan tot uitvoer te brengen wordt een projectgroep geformeerd. Deze projectgroep wordt geleid door het afdelingsmanagement van de FPA en bestaat verder uit een HRM medewerker en een projectcoördinator die de praktische organisatie en opvolging van de maatregelen regelt. Als klankbord voor het afdelingsmanagement is een adviesraad ingericht. Deze adviesraad bestaat uit een geneesheerdirecteur, manager kwaliteit en veiligheid, procesmanager en wetenschapper. Het doel van deze adviesraad is proactief meedenken met en toezien op het verbeterproject vanuit ieders eigen expertise.

1.4 Bereik en beperkingen

Dit verbeterplan is gericht op de drie punten a t/m c uit de brief van de inspecties waarop verbetering moet worden behaald om de gesignaleerde risico's voor de kwaliteit van zorg te minimaliseren. Uiteraard zal er aandacht zijn voor punt d, het duurzame effect van de maatregelen door te werken aan borging van het beleid door integratie in de kwaliteitcyclus van de organisatie. Dit plan is opgesteld binnen de financiële kaders van de organisatie.

1.5 Doel

De acties van dit verbeterplan richten zich op het kwalitatief en kwantitatief op sterkte brengen van de teams werkzaam binnen FPA Roosenburg, op het versterken van het veiligheidsgevoel onder medewerkers en op het versterken van de omgang met verslavingsziekten en de bijkomende problemen. Dit verbeterplan beoogt de gesignaleerde risico's voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te minimaliseren en uiteindelijk een grote stap te zetten op een duurzaam, veilig en verantwoord leef- en werkklimaat voor patiënten en medewerkers.

1.6 Fasering en resultaten

Dit verbeterplan werkt met de fasen die horen bij een standaard verbetercyclus, namelijk de "Plan, Do, Check, Act"-cyclus (PDCA). Elke fase heeft zijn eigen beoogde eindresultaat. De eerste fase wordt afgerond met een door de inspecties goedgekeurd verbeterplan.

Fase		Resultaten (activiteiten)
1	Plan fase	<ul style="list-style-type: none"> • Bevindingen inspectie verwerken in een verbeterplan. • Output focusgroepen opnemen in verbeterplan. • Verbeterplan afstemmen met alle betrokkenen. • Definitief verbeterplan

De overige fasen van de PDCA zijn in de volgende paragraaf "Monitoring voortgang" toegelicht. De maatregelen en de wijze waarop deze gemeten en geborgd worden, zijn in de volgende hoofdstukken uitgewerkt. Als leidraad voor de onderwerpen zijn de elementen uit de brief van de Inspectie Veiligheid & Justitie d.d. 24 november 2017 gebruikt. De personele bezetting en de verslavingsproblematiek zijn als herkenbare elementen overgenomen. Het derde element, de onveiligheidsgevoelens, is direct verbonden aan de andere twee elementen. De oorzaak van de onveiligheidsgevoelens wordt vaak gezocht in de eerste twee elementen. Dit bleek in de focusgroepen met de medewerkers en de OR. Daarom is dit niet apart als doel opgenomen, maar als rode draad in het verbeterplan verwerkt.

De inzet van de beveiliging is wel als zelfstandig element opgenomen in het plan. De beveiliging heeft een prominente rol gespeeld in de gesprekken tussen de inspecties en de personeelsleden van Roosenburg en in de focusgroepen, vandaar dat dit element apart wordt uitgewerkt.

Een korte verduidelijking van de elementen waaruit het verbeterplan is opgebouwd, volgt hieronder.

1. **Personele bezetting en een veilige werkomgeving:** een veilig werkklimaat is gebouwd op voldoende inzetbaar personeel dat goed gekwalificeerd is om het werk te doen en dat zich handelingsbekwaam voelt om het werk te doen. In hoofdstuk 2 van dit verbeterplan staan de voorgestelde interventies die daartoe bijdragen;
2. **Verslavingsproblematiek:** in een veilig leefklimaat is geen ruimte voor drugs- en alcoholgebruik en/of handel. Het bestuur en het management van de kliniek streven naar een drugsvrije afdeling waar patiënten maximaal ondersteund worden om te kunnen werken aan hun (dikwijls hardnekkige) verslavingsproblematiek. In hoofdstuk 3 van dit verbeterplan de voorgestelde interventies die daartoe bijdragen;
3. **Beveiliging:** het bestuur en het management van de kliniek zorgen voor de randvoorwaarden voor een veilig werkklimaat. De inspecties stellen in hun brief dat *“het merendeel van de geïnterviewde medewerkers en patiënten de vaste vertrouwde beveiligers mist”* in het kader van het gevoel van veiligheid. In dit verbeterplan daarom aparte aandacht aan de toekomstige rol van de beveiliging in het herstellen van de gevoelens van onveiligheid die er nu zijn.

1.7 Monitoring voortgang en communicatie

Het bestuur van Fivoor zal dit verbeterplan monitoren. De inhoud van het plan wordt door de Raad van Bestuur en het afdelingsmanagement van de FPA breed gedeeld met medewerkers en patiënten van FPA Roosenburg alsook met de RvC, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. De frequentie van de voortgang monitoring door het bestuur is gelijk aan de reguliere P&C cyclus van de organisatie. Daarin is het gebruikelijk om maandelijks een update van de meest kritieke indicatoren te geven van management aan bestuur. Daarnaast is er per 4 maanden een uitgebreide verantwoording aan het bestuur en de RvC.

Het is de gewoonte binnen de instelling om bij de uitvoering en monitoring van een verbeterplan de betrokken spelers actief mee te nemen. Dit geldt voor de medewerkers en patiënten van Roosenburg, maar uiteraard ook voor de RvC, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad.

Voor dit verbeterplan is het voorstel om maandelijks de voortgang van de acties te monitoren en 1x per vier maanden een uitgebreide voortgangsrapportage voor de inspecties op te stellen op basis van de bereikte resultaten. Een afschrift van deze voortgang gaat naar de RvC en de externe procesbegeleider. Afhankelijk van de uitkomsten worden acties en maatregelen aangepast, geïntensiveerd of gestopt.

Om het duurzame effect van maatregelen inzichtelijk te maken, worden in de volgende hoofdstukken beoogde resultaten zoveel als mogelijk meetbaar geoperationaliseerd. Daarbij

moet wel rekening worden gehouden met het feit dat interventies/maatregelen vaak effect hebben op meerdere beoogde resultaten. De indeling is wat kunstmatig.

Verder wordt in januari een aantal nulmetingen uitgevoerd om de trend gedurende het jaar te kunnen volgen. Het gaat dan om zowel medewerkers- en patiënttevredenheidsonderzoeken zoals onderzoek naar het leef- en werkklimaat. Tot slot wordt middels de reguliere verificatie cyclus van Fivoor gezorgd voor borging in de vorm van verificaties (controle/audit/metingen).

1.8 Risico's

De FPA's van Nederland hebben een maatschappelijke opdracht en een eigenstandige plek in de keten van Forensische Zorg, aanvullend op de andere beveiligingsniveaus. Het risico schuilt erin dat aanpassingen worden gedaan, als reactie op deze verschrikkelijke gebeurtenis, in de richting van de regimes van de hoogste beveiligingsniveaus. Dat zou betekenen dat de maatschappelijke opdracht voor de FPA onder druk komt te staan: behandeling en resocialisatie van patiënten in een matig-licht beveiligde setting voordat zij terug gaan naar de samenleving.

De draagkracht van de organisatie wordt bepaald door de balans tussen de inzet van mensen en middelen. De instelling heeft zich te verhouden tot de middelen die beschikbaar zijn voor de forensische zorg en moet haar opdracht binnen de grenzen uit voeren. Voor het voorliggende verbeterplan zullen aanvullende middelen ter beschikking worden gesteld door het bestuur. In de loop van het traject zullen alle maatregelen moeten worden ingepast in de structurele financiële kaders.

De problemen in de personele bezetting zijn mede gevolg van de landelijke arbeidsmarkt-problematiek in de zorg. Binnen haar eigen mogelijkheden zal de instelling de maatregelen effectueren van dit verbeterplan. Daarnaast zal hier via landelijke netwerken en samenwerking naar oplossingen gezocht moeten worden. Het bestuur zal zich hier met haar inzet in landelijke verbanden hard voor maken. Er zal gezamenlijk geïnvesteerd moeten worden in onder andere opleiding, domotica en robotica. Deze ontwikkeling voert te ver voor dit verbeterplan, de landelijke realiteit is echter wel de context waarbinnen het verbeterplan wordt uitgevoerd.

Een aantal voorgestelde maatregelen in dit verbeterplan kunnen alleen met instemming van de medezeggenschap worden gerealiseerd. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor het tijdsplan en voor de exacte invullingen van de voorgestelde maatregelen. Om dit risico te verkleinen zijn de medezeggenschapsorganen al actief betrokken bij de totstandkoming van dit verbeterplan.

In dit verbeterplan wordt geprobeerd om het effect van de maatregelen en acties inzichtelijk en meetbaar te maken. Dit gebeurt door bepaalde indicatoren te normeren en vervolgens te monitoren op verandering waarvan de verwachting is dat deze door de maatregelen en acties beïnvloed worden. Of deze verbanden en effecten bestaan is echter nooit onderzocht. Daarbij is de norm die in dit plan wordt gebruikt een door de FPA Roosenburg zelf bepaalde norm. Op dit moment ontbreekt een landelijk normenkader voor FPA's, wel is er een kwaliteitsnetwerk FPA .

Tot slot

Het verbeterplan is ambitieus in tijd opgezet om een actieve kort cyclische veranderstand vorm te geven. Dat gebeurt volgend op een zeer turbulente periode in de nasleep van de calamiteit. Dit vraagt veel van de afdeling. Met het opstellen van het verbeterplan is daar rekening mee gehouden. Juist omdat FPA Roosenburg in korte tijd veel veranderingen moet doorvoeren, is het advies van de inspecties en de minister om een tijdelijk gedifferentieerd plaatsingsbeleid af te spreken met DJI. In aanvulling op dit gedifferentieerde plaatsingsbeleid is de afdeling gestart een verzwaarde screening. Daarbij wordt een inschatting gemaakt van de zorgzwaarte. Patiënten met een hoog zorgzwaarte-profiel worden tot nadere afstemming niet geplaatst.

Het is nu belangrijk vanuit risicomanagement om te zorgen voor stabiliteit en een beheersbare werklast van de afdeling om daarmee de veiligheid te vergroten. Om de stabiliteit van de afdeling verder te vergroten en de werklast van medewerkers per direct te verbeteren, is besloten om een subunit van 5 bedden tijdelijk te sluiten. Deze maatregel draagt per direct bij aan het verbeteren van de personele invulling en aan een vermindering van inzet van invalkrachten. Op 1 januari 2018 begint een aantal nieuwe collega's in de sociotherapie en in de behandelstaf. Na een inwerkperiode wordt geëvalueerd of het verantwoord is om de subunit weer te openen. Uiteraard wordt dit allemaal nauw afgestemd met DJI. Tevens zal er continu afstemming zijn met DJI over het gedifferentieerde plaatsingsbeleid om gezamenlijk het vervolg te bepalen.

Het bestuur realiseert zich dat de uitvoering van de plannen ook afhankelijk is van factoren die niet binnen de eigen invloedssfeer liggen, zoals afspraken met externe partijen over scholing. Indien de gestelde termijn op onderdelen van het verbeterplan niet gehaald worden, zal daar tijdig melding van gemaakt worden onder vermelding van de reden(en).

2 Personele bezetting en veilige werkomgeving

2.1 Bevindingen inspecties

In de brief van de inspectie wordt gesproken over de volgende bevindingen in relatie tot personele bezetting en veilige werkomgeving:

1. Medewerkers uiten zorgen over de personeelsbezetting. Vanwege ziekteverzuim en vacatures worden niet alle diensten bezet door vaste medewerkers. FPA Roosenburg huurt daarom externe medewerkers in.
2. Medewerkers geven aan dat werken met ingehuurd personeel hen regelmatig gevoelens van onveiligheid geeft.
3. Het is ingewikkeld om een gezonde balans in de teams te vinden en te houden wat betreft ervaren en minder ervaren medewerkers.

2.2 Doelstelling

Een veilig werkklimaat is gebouwd op voldoende inzetbaar personeel dat goed gekwalificeerd is om het werk te doen en dat zich handelingsbekwaam voelt om het werk te doen. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de toegenomen zwaarte van de patiëntenpopulatie de gevoelens van onveiligheid hebben vergroot. Vandaar dat er een aantal interventies gericht op het vergroten van de handelingsbekwaamheid van de medewerkers in dit verbeterplan is verwerkt.

Op basis van de bevindingen zijn er 3 deelgebieden te onderscheiden om de kwantiteit en de kwaliteit van het personeelsbestand te verbeteren. Het gaat daarbij om:

- De kwantiteit van het personeel hoog te houden en zo het aantal invalkrachten te minimaliseren. Ten minste 95% van de vacatures van het zorgpersoneel moet ingevuld zijn. Hierbij zijn zowel de instroom als de uitstroom van belang.
- De inzetbaarheid van personeel hoog te houden, tenminste 93%.
- De kwaliteit van het personeel te verhogen, waardoor er een stijgende trend te verwachten is binnen de scores van het open werkklimaat. Hiermee wordt bedoeld dat het personeel zich bekwaam voelt om het werk aan te gaan en geen handelingsverlegenheid ervaart.

2.3 Overzicht maatregelen

Personele bezetting en veiligheid	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Kwantiteit personeel	95% van de formatie in de primaire zorg functies zijn vervuld.	Bekendheid met de doelgroep en de instelling bevorderen (imagoverbetering).	Open dag organiseren voor geïnteresseerde nieuwe collega's.
		Intensiveren beleid werving.	Aanbrengbonus voor sociotherapie van €1000,-.
			Inrichten functiedifferentiatie met als kans grotere groep geïnteresseerden aanspreken .
			Aanbieden vaste aanstelling voor functies in primair proces.
			Aanstellen recruiters.
		Aanpassen opnamecapaciteit aan vacatureruimte en draagkracht afdeling.	Sluiten huidige unit Entree 2 (5 behandelplaatsen).
	Zorgdragen voor zoveel mogelijk vaste invalkrachten.	Werving voor flexpool (interne pool van invallers) verder uitbouwen.	
		Bij langer durende uitval/onderbezetting invallers inhuren middels detacheringen van minimaal 28 uur per week.	
	Verloop van personeel lager dan 15%.	Loopbaankansen verbeteren.	Begeleiding meer op maat/persoonlijk maken.
		Beter zicht krijgen op redenen voor personeel om te vertrekken.	Intensiveren exitgesprekken.
Systematisch werken aan werkdruk en veiligheid op de werkvloer.		Vast agendapunt op alle werkoverleggen: veiligheid, samenwerking, werkdruk en middelengebruik. Notulen worden via weekmail verspreid aan alle leden van het team.	
Werkplezier vergroten door meer reflectie en overleg onderling.		Doelgroep intervisie (jonge professionals, veteranen) bestendigen en medewerkers faciliteren. Alle medewerkers nemen 4 maal per jaar deel aan intervisie (type afhankelijk van behoefte).	

			Inrichten overlegtijd. Aanpassen werktijden sociotherapie.
		Leiderschapsontwikkeling .	Onderzoeken takenpakket management en dossiers herbeleggen of anders organiseren.
			Op basis van de uitkomsten van het leef- en werkklimaat onderzoek coaching voor de bilaterale duo's (teamprofessionals/teammanagers).
		Versterken 24-uurs-zorg in de dagelijkse praktijk.	Waar nodig (op basis van onderzoek taakvolwassenheid) aanstellen Coördinatoren Afdelings Milieu.

Personele bezetting en veiligheid	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Kwaliteit personeel	Stijgende lijn in scores open werkklimaat	Nieuwe medewerkers toerusten op het werken in de forensische psychiatrie.	Tijdens inwerken diensten boven de planning roosteren, zodat er ruimte is om mee te lopen.
			Inwerkprogramma nieuwe medewerkers tot uitvoer brengen. Tijdens proefmaandevaluatie en na 3 maanden controleren door teammanager en mentor nieuwe medewerker.
			Elke nieuwe medewerker krijgt 3x supervisie door veiligheidscoach/supervisor.
		Vergroten handelingsbekwaamheid bij agressie-incidenten & ontwrichtend gedrag.	Recent ingevoerde agressie-oefeningen in het weekend intensiveren.
			Training Veilig in Contact voor alle nieuwe medewerkers.
			Systematisch nabespreken in teamverband van incidenten in ZINloopspreekuur.
			Opfrustraining over teamveiligheid (Agressie&Veiligheid op de werkvloer, gegeven T1 2017) door organiseren terugkomdag.
			Scholen minimaal 80% van zorgprofessionals werkzaam in de zorglijnen in Brøset Violence Checklist (BVC) - (crisisunit FHIC is reeds geschoold).
			De Crisis Preventie Actie Plannen worden gemaakt aan de hand van de BVC-scores.
			Meer ondersteuning bij de dagdagelijkse
Onderzoek naar taakvolwassenheid per team vanuit theorie Open leefklimaat.			

		zorg waar nodig.	(op basis van onderzoek taakvolwassenheid) aanstellen Coördinatoren Afdelings Milieu.
			Waar nodig coaching on the job invoeren om de continuïteit van zorg te verbeteren.

Personele bezetting en veiligheid	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Inzetbaarheid van personeel	Inzetbaarheid van personeel hoger dan 93% (verzuim max 7%).	Inzetten externe deskundigen.	Casuïstiek omtrent verzuim met bedrijfsarts/ loopbaan en re-integratieadviseur/ management.
		Onderzoek naar verdere maatregelen inzake verzuim.	Opvang na incidenten, nazorg door management, samenwerking met PSION.
			Analyse aanvragen door verzuimexpert op huidig verzuim en verder verbeterpotentieel.
			Afhankelijk van de uitkomsten van de analyse, deze implementeren en verifiëren.
		verzuim door overbelasting beperken.	Scholing managers in herkennen burn-out-klachten en in de verzuimbegeleiding bij deze medewerkers.

3 Verslavingsproblematiek

3.1 Bevindingen inspecties

In de brief van de inspectie wordt gesproken over de volgende bevindingen in relatie tot verslavingsproblematiek:

- De drugsproblematiek is bij een aantal patiënten hardnekkig;
- Het merendeel van de geïnterviewde medewerkers en patiënten noemt dat de drugsproblematiek leidt tot gevoelens van onveiligheid;
- Sommige medewerkers twijfelen ook aan de deskundigheid van FPA Roosenburg om adequate verslavingsbehandeling te bieden.

3.2 Doelstelling

In een veilig leefklimaat is geen ruimte voor drugs- en alcoholgebruik en/of handel. Het bestuur en het management van de kliniek streven naar een drugsvrije afdeling waar patiënten maximaal ondersteund worden om te kunnen werken aan hun (dikwijls hardnekkige) verslavingsproblematiek.

FPA Roosenburg heeft halverwege 2018 een geactualiseerd helder beleid en behandelaanbod op het gebied van middelen problematiek ontwikkeld. Het primaire doel van dit beleid is om middelengebruik in en om de kliniek terug te dringen en om zo het succes van de individuele behandeling te vergroten. Het terugdringen van het middelengebruik, zowel binnen als buiten, zal tevens een positieve bijdrage leveren aan het vergroten van de veiligheidsgevoelens van medewerkers, bewoners en patiënten.

Op basis van de bevindingen zijn 2 deelgebieden te onderscheiden om de verslavingsproblematiek beter te hanteren. Het gaat daarbij om:

- Het actualiseren en door ontwikkelen van beleid en behandelaanbod. Dit heeft een tweeledig doel, afname van de problemen rondom middelengebruik dit komt tot uiting in een lagere score op het item problematisch alcohol-druggebruik in de HoNOS en een daling van het aantal incidenten dat middelen gerelateerd is. Dit vergroot de kans op succes van de individuele behandeling en de veiligheid voor medewerkers, omwonenden en patiënten.
- Het vergroten van de handelingsbekwaamheid van medewerkers op het gebied van middelenmisbruik (zowel op aspecten van behandeling als op aspecten van veiligheidsbeheersing).

3.3 Overzicht maatregelen

Middelengebruik	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Zero-tolerance beleid ten aanzien van gebruik van en handel in middelen in de afdeling.	20% afname van de score op item 3 van de HoNOS (problematisch alcohol- of druggebruik) bij mensen die een middelenprobleem hebben.	Aanscherpen van beleid omtrent middelen gebruik op basis van laatste inzichten en best practices.	Organiseren focusgroepen.
			Inventariseren veldnormen en best practices uit het veld.
		Beleid vastleggen, in afstemming met expertgroep TOP GGz-kliniek Centrum Dubbele Problematiek.	
	Dalende trend in middelen gerelateerde agressie-incidenten.	Middelenproblematiek als integraal onderdeel van de behandeling optimaliseren.	Groepsgericht aanbod gericht op verslaving wordt geïntensiveerd.
		Handhaven van veiligheid in kliniek mbt drugs en alcohol.	Voor 100% van de patiënten met middelenmisbruik is een hieraan gerelateerd behandeldoel opgenomen in het individuele behandelplan.
		Aanpassen protocol omtrent middelenmisbruik, inclusief gestandaardiseerd en uitgebreid arsenaal aan controlemogelijkheden (urine, blazen, wangslim, honden, fouilleren, kamercontrole).	
		Scholing aandachtsfunctionarissen Fysieke Veiligheid in "Kamercontrole" .	
Middelengebruik	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Kennisvermeerdering personeel ten aanzien van middelenproblematiek.	% geschoolde medewerkers ≥ 80%.	Aanvullende scholing van medewerkers in kennis over verslaving.	Scholing personeel omtrent het herkennen van middelenmisbruik.
			Cursus Omgaan met Verslaving.
	Handelingsbekwaamheid wordt door medewerkers als vergroot ervaren.	Coaching on the job door experts.	Per zorglijn minimaal één verslavingsexpert aanstellen en positioneren.

4 Beveiliging

4.1 Bevindingen inspecties

In de brief van de inspectie wordt gesproken over de volgende bevindingen in relatie tot beveiliging en de gevoelens van onveiligheid:

- Medewerkers en patiënten geven aan de vaste, vertrouwde beveiligers te missen.

De achtergrond van deze geluiden is dat tot juli 2016 er beveiligers werkzaam waren op het terrein waar de FPA is gevestigd. Zij waren beschikbaar ten behoeve van de veiligheid op het terrein, maar zij ondersteunden ook op de afdeling wanneer er onveilige situaties waren. In de periode na juli 2016 zijn zij er niet meer om op terug te vallen. In de gesprekken met de inspecties kwam aan bod dat de medewerkers de vaste, vertrouwde beveiligers missen. Enkelens zijn nu werkzaam als buurtcoach. In de komende periode moet gekeken worden naar het herstel van veiligheidsgevoelens in de toekomst.

4.2 Doelstelling

Het bestuur en het management van de kliniek zorgen voor een veilig werkklimaat voor de medewerkers in de kliniek en op het omliggende terrein. Het vertrekpunt hierbij is dat Fivoor werkt vanuit de visie dat veiligheid ontstaat in de samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de professional. Daarom wordt er binnen de kliniek met goed opgeleide zorgprofessionals gewerkt. In het werken met deze doelgroep is de buitenwereld ook van invloed op de veiligheid in de kliniek, zoals bijvoorbeeld op het terrein van de WA Hoeve. In de waarborging van die veiligheid spelen buurtcoaches en beveiligers een rol. Het doelmatig inzetten van de ondersteunende dienst beveiliging en buurtcoach, doet daarom recht aan het ervaren gevoel van veiligheid onder medewerkers en patiënten.

Op basis van de bevindingen zijn korte en lange termijn interventies te onderscheiden:

- Op korte termijn is de inzet gericht op crisisbeheersing in deze periode;
- Ontwikkelen van beleid over het doelmatig inzetten van zorgondersteuning (beveiliging en buurtcoaches) op de locatie WA Hoeve.

4.3 Overzicht maatregelen

Beveiliging	Resultaat	Middel	Actie/maatregel
Ervaren fysieke veiligheid vergroten voor personeel en patiënten Fivoor	Stijgende trend in ervaren fysieke veiligheid onder personeel	Extra aandacht voor veiligheid in de directe omgeving van de kliniek naar aanleiding van de calamiteit (crisisbeheersing)	Aanstellen tijdelijke projectleider veiligheid en zorgondersteuning die de aansturing beveiliging, buurtcoaches en ANW combineert
			Extra beveiliging inzetten in samenwerking met veiligheidspartners in Den Dolder
			Evaluatie inzet beveiliging
		Versterken beleid op het gebied van veiligheid rondom de kliniek en intensiveren samenwerking met omgeving	Directe opvolging van meldingen vanuit Den Dolder waarbij patiënten van Fivoor betrokken zijn.
			Het structureel doelmatig inzetten van de ondersteunende dienst buurtcoach en/of beveiliging.
			Ontwikkeling werkwijze voor gestructureerde terugkoppeling op meldingen vanuit Den Dolder waarbij patiënten van Fivoor betrokken zijn

Bijlage: Overzicht focusgroepen

Dit verbeterplan is tot stand gekomen in afstemming met medewerkers, patiënten en de medezeggenschap. Hieronder volgt een overzicht van de georganiseerde focusgroepen voor medewerkers en patiënten om met elkaar in gesprek te gaan over de thema's veiligheid en verslaving en het overleg met de ondernemingsraad.

Datum	Onderwerp	Genodigden
17-11-2017	Verslaving en veiligheid	Multidisciplinair team FPA
20-11-2017	Verslaving en veiligheid	Multidisciplinair team FPA
01-12-2017	Veiligheid	Multidisciplinair team FPA
04-12-2017	Veiligheid	Multidisciplinair team FPA
05-12-2017	FPA in Den Dolder: hoe zijn we een goede buur	Multidisciplinair team FPA
15-12-2017	Patiënten gesprek	Patiënten en cliëntenraad Fivoor
07-12-2017	Personele bezetting en veiligheid	Ondernemingsraad Fivoor