

INVULFORMULIER KWALITEITSJAARVERSLAG

Dit formulier dient verslaglegging te bevatten over (kalender)jaar 2025.

Naam instelling/praktijk: FSMA Respaldo

Adres instelling/praktijk: Mahuma 54, Oranjestad, Aruba

Nummer van inschrijving in het zorgaanbiedersregister (LKIG): Z/22/000771/7082

Aantal personeelsleden: 102

Soort instelling/praktijk: Instelling voor Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg

1. Algemeen

1.1: Beschrijf de lange termijn doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg (drie tot vijf jaar). Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot:

- Het kwaliteitsbeleid

Zoals bij u bekend, zijn de uitdagingen die Respaldo ondervindt bij het vinden van geschikt (zorg)personeel helaas niet afgenomen. Ondanks dat wij dit ten zeerste betreuren, heeft dit ertoe geleid dat ook dit jaar bepaalde doelstellingen zijn doorgeschoven naar een later moment.

Doelstellingen die Respaldo in de komende 3 à 5 jaar van plan is te behalen zijn de volgende:

- Op de middellange tot lange termijn zullen de FACT-teams ge-audit worden, met de bedoeling de CCAF-keurmerk te behalen. Een nulmeting in 2025 is niet haalbaar gebleken. Wel is Respaldo samen met de Federatie Dutch Caribbean Mental Health (Federatie DCMH) in gesprek met Partners uit Nederland om te praten over "FACTs di Karibe" gezien de FACT-teams in deze regio specifieke uitdagingen hebben vergeleken met FACT-teams in Nederland. De uitvoering van een nulmeting door gekwalificeerde auditors lijkt eerder in 2027 gerealiseerd te kunnen worden dan in 2026.
Een team met een CCAF-keurmerk heeft laten zien dat er in voldoende mate modelgetrouw gewerkt wordt. Onderzoek wijst uit dat hoe beter een team zich houdt aan het organisatiemodel van (F)ACT, hoe beter de resultaten zijn die teams bij cliënten boeken. Daarnaast worden teams met het keurmerk regelmatig ge-audit wat ten goede komt om de kwaliteit hoog te houden.
- Op middellange tot lange termijn zal ook de forensisch psychiatrie in alle facetten (evaluaties, intramuraal en ambulante) helpen de kwaliteit van de forensisch psychiatrische zorg op Aruba te verbeteren. In het kader hiervan is in november 2025 een samenwerkingsprotocol getekend met Stichting Reclassering en Jeugdbescherming Aruba. Medewerkers van Respaldo die forensisch werk verrichten nemen ook deel aan de Forensische seminars georganiseerd door professor Koenraadt in samenwerking met de Universiteit van Aruba, Curaçao en Utrecht. Deze seminars zijn erop gericht de kennis rondom forensische evaluaties te vergroten.
- Binnen drie tot vier jaar verwacht Respaldo te beschikken over een nieuw gebouw

waarin alle onderdelen van de SGGZ onder één dak zullen zijn gehuisvest. Voor de kliniek is voorzien in de bouw van extra beveiligde kamers (EBK) in plaats van separeerruimtes. In vergelijking met de huidige separeerkamers zijn EBK's cliëntvriendelijker en moderner ingericht, en bieden zij meer mogelijkheden om de cliënt regie te geven over wat hij of zij op dat moment aankan. Daarnaast creëert een nieuw gebouw ruimte voor de ontwikkeling van een deeltijdbehandeling, waarin intensievere zorg kan worden geboden zonder dat een opname noodzakelijk is. Gezamenlijk zullen deze ontwikkelingen naar verwachting een belangrijke impuls geven aan de kwaliteit van de (klinische) zorg.

- Uit ten minste twee calamiteitenonderzoeken is gebleken dat het huidige alarmsysteem niet adequaat functioneert en dat een verbeterd systeem gewenst is, met onder andere locatieherkenning en een betrouwbaarder bereik. Voor het alarmsysteem zijn twee offertes opgevraagd. Er wordt gezocht naar alternatieven, maar waarschijnlijk zal de realisatie van een optimaal alarmsysteem pas mogelijk zijn in een nieuw gebouw.

- Het kwaliteitssysteem

Op de lange termijn zal de HKZ volledig geïmplementeerd zijn.

In dit kader hebben we een beleid en kwaliteitsmedewerker aangetrokken.

Vanwege tijdelijke waarneming als zorgmanager/teamleider heeft ze pas in de tweede helft van 2025 haar taken kunnen oppakken. Een begin is gemaakt met het actualiseren van bestaande protocollen en richtlijnen en het opstellen van nieuwe protocollen en richtlijnen, alles in lijn met de HKZ-normen.

- De verbetering van de kwaliteit

- Op de lange termijn zal Respaldo toewerken naar de HKZ-accreditatie. Vanaf de tweede helft van 2025 is de kwaliteit en beleidsmedewerker zoals hiervoor reeds aangegeven begonnen de bestaande protocollen en richtlijnen te actualiseren. Ook zijn er reeds enkele nieuwe protocollen gemaakt. De kwaliteit en beleidsmedewerker volgt op dit moment een bijscholing HBO Programma Kwaliteits- en Procesmanagement. Dit zodat ze beter geëquipeerd is in het begeleiden van het traject.
- In 2024 en begin 2025 heeft het merendeel van de medewerkers de training Steunend Relationeel Handelen (SRH) gevolgd via RINO-groep. Deze methodiek maakt herstelgericht werken concreet binnen de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Herstelgericht werken biedt cliënten hoop, regie en perspectief, en ondersteunt hen niet alleen bij het leren omgaan met hun aandoening, maar ook bij het hervinden van verbinding, betekenis en eigen regie in het leven. De implementatie van deze werkwijze is momenteel nog in ontwikkeling. In 2026 zullen medewerkers die de training nog niet hebben gevolgd, waaronder nieuwe medewerkers, alsnog worden geschoold. Daarnaast worden extra coaches opgeleid om de implementatie verder te versterken en te borgen.
- In de tweede helft van 2025 heeft het merendeel van het zorgpersoneel een tweedaagse agressietraining gevolgd. Tijdens deze training is uitgebreid aandacht besteed aan de-escaleren werken, het handelen in en rondom de separeer, en fysiek ingrijpen. Hierbij kwamen onder andere technieken aan bod voor veilig en proportioneel fixeren of begeleiden, evenals zelfbeschermings- en bevrijdingstechnieken.

In het eerste kwartaal van 2026 zijn medewerkers opgeleid tot interne trainers voor deze agressietraining. Het voornemen is om deze training jaarlijks aan het zorgpersoneel aan te bieden. Voor ondersteunend personeel zal een aangepaste training, gericht op de-escalerend werken, beschikbaar worden gesteld.

- Het personeel wordt tweejaarlijks getraind in bedrijfshulpverlening (BHV) en Basic Life Support (BLS).
- De kwaliteit van zorg wordt verder bevorderd door structurele en terugkerende bijscholingsactiviteiten, waaronder klinische lessen/referaten en intervisies.

1.2: Beschrijf de specifieke doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg in het verslagjaar 2025. Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot:

- Het kwaliteitsbeleid

In 2025 zijn er meerdere overleggen geweest met de Stichting Reclassering en Jeugdbescherming Aruba in het kader van bieden van Forensische zorg en is er in november 2025 een samenwerkingsprotocol getekend. Met KPA en ImSan (Ambulancedienst) zijn ook meerdere overleggen geweest en in november was er een bijeenkomst waarin de concept samenwerkingsovereenkomst werd besproken. De definitieve versie met ondertekening heeft jammer genoeg vertraging opgelopen. Naar alle verwachting wordt dit document in de 2de kwartaal van 2026 definitief.

Intern wordt de kwaliteit onder andere bewaakt door MDO's (Multi Disciplinair Overleggen). Bedoeling is dat bij ieder MDO de behandeling en behandelplan van de cliënt geëvalueerd worden. Indien nodig wordt de behandeling bijgestuurd en het Behandelplan gedurende de MDO meteen aangepast.

- Cliënten die zijn opgenomen op de Acute Opnameafdeling en de Resocialisatieafdeling worden wekelijks besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). Voorheen vond de bespreking van cliënten op de Resocialisatieafdeling eenmaal per twee weken plaats. Vanwege de noodzaak om behandelingen frequenter te evalueren en waar nodig bij te stellen, is ervoor gekozen deze cliënten eveneens wekelijks in het MDO te bespreken.
- Bij het FACT, waar het gaat om cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die veelal een chronisch verloop heeft, worden de behandelingen minstens 2 x per jaar in een MDO geëvalueerd.
- Bij de polikliniek is in 2023 gestart met het opzetten van MDO-besprekingen 2 x per week. Het doel is dat alle poliklinische cliënten minsten 2 x per jaar in een MDO worden besproken. Nieuwe cliënten moeten binnen een maand na hun intakegesprek in een MDO worden besproken en aan de hand van het behandelplan zal gedurende het MDO het termijn en de afspraak voor de volgende MDO worden vastgesteld. Hoewel tweemaal per week een MDO plaatsvindt, behoeft de structuur van de cliëntbesprekingen verdere optimalisatie. Ten opzichte van 2024 is sprake van een duidelijke verbetering, maar verdere ontwikkeling blijft gewenst
- De psychiaters werkzaam bij Respaldo zijn allemaal BIG/AruBIG geregistreerd en houden zich aan de vereiste bijscholingen om hun registratie te behouden. Ook wordt zoveel mogelijk gewerkt volgens de in Nederland geldende, dan wel internationale richtlijnen.
- De vakgroep psychiatrie vergaderde in 2025 om de week. Vanwege de werkdruk was wekelijks vergaderen niet meer haalbaar. Verschillende onderdelen die te maken hebben met de kwaliteit van de zorg stonden in 2025 regelmatig op de agenda.
- Sinds 2023 heeft Respaldo een vakgroep Psychologie. In 2026 zal het functioneren van deze vakgroep alsmede haar adviesfunctie naar de Raad van Bestuur toe verder worden uitgewerkt in een reglement.

- De VMAR (Verpleegkundige en Maatschappelijke werkers en Agogen adviesraad) is opgericht in 2024. Het reglement dat hun werkwijze regelt is opgesteld.
- Per oktober 2024 zitten de voorzitters van de vakgroepen psychiatrie, psychologie en van de VMAR om de 3 maanden bij het Management Team overleg. Ze hebben een adviserende rol naar de RvB en kunnen indien ze dit wensen een extra vergadering aanvragen met de RvB of MT. Deze manier van werken waarbij alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn en een stem kunnen hebben richting de RvB en MT zal ook meehelpen de kwaliteit van de zorg te bewaken.
- In 2025 heeft geen toename plaatsgevonden in de frequentie van de intervisiebijeenkomsten ten opzichte van 2024, hetgeen vermoedelijk (mede) te wijten is aan personeelstekorten en de daarmee gepaard gaande verhoogde werkdruk.
- Bij sommige teams is de intervisie inmiddels weer gestructureerd, terwijl andere teams extra tijd nodig hebben om structurele intervisies te realiseren. Het streven blijft echter om in alle teams een consistente en gestructureerde intervisiepraktijk te waarborgen.
- Veilig Incident Melden (VIM) is binnen Respaldo een belangrijk instrument om de veiligheid van cliënten en medewerkers te bewaken en te verbeteren. Ondanks het feit dat medewerkers het systeem regelmatig gebruiken om meldingen te doen, is er nog ruimte voor groei in het aantal meldingen. Melden wordt gestimuleerd en regelmatig wordt aan medewerkers uitgelegd dat het niet gaat om hun fouten onder de loep te nemen, maar om de zorg te verbeteren en lering te trekken uit incidenten.
- De interne kwaliteitsbeoordeling geschiedt voor wat betreft de zorgverlening vanuit de Commissie van Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht. Ook de feedback die vanuit IVA wordt ontvangen naar aanleiding van de calamiteitenrapportages dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- Thema's van kwaliteit van zorg passeren met enige regelmaat de agenda van het Management Team.
- In 2024 is het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) operationeel geworden. In 2025 zijn de technische problemen aanzienlijk verminderd. Een verdere optimalisatie richt zich op de koppeling met de zorglijn van de apothekers. Respaldo zet zich hiervoor actief in, hoewel de uiteindelijke realisatie grotendeels buiten de directe verantwoordelijkheid van Respaldo ligt.
- Binnen Respaldo is geïnvesteerd in het systematisch meten van behandeluitkomsten via Routine Outcome Monitoring (ROM). Het programma is inmiddels in 2024 geïmplementeerd. Het protocol voor zowel het secretariaat als de behandelaren ten aanzien van het inzetten van de ROM dient nog te worden afgerond. Voor 2026 staat dit doel wel hoog op de agenda. Het is de bedoeling om in 2026 een nulmeting te verrichten om de voortgang en effectiviteit van de behandelingen bij de cliënten te kunnen meten.
- Ten aanzien van de implementatie van de Missie en Visie van Respaldo (uitgebreid beschreven in het document Aspiratie 2030) zijn er in 2025 meerdere bijeenkomsten georganiseerd. Als relatief jonge organisatie bevindt Respaldo zich nog in een fase waarin veel processen geformaliseerd moeten worden en er volop ontwikkelingen zijn. Het implementeren van nieuwe structuren en werkwijzen binnen een organisatie die tegelijkertijd operationeel blijft, vormt daarbij een voortdurende uitdaging.
- Naar aanleiding van enkele calamiteitenonderzoeken is gebleken dat de rapportages door de verpleegkundigen van de afdelingen Acute Opname en Resocialisatie niet optimaal waren. In 2025 is uitgebreid geëvalueerd hoe deze rapportages verbeterd konden worden. Als resultaat is besloten over te stappen op rapporteren volgens de

SOAP-methode (een gestructureerde manier van verpleegkundige rapportage die zorgt voor heldere communicatie en continuïteit in de zorg. SOAP staat voor Subjectief (cliëntbeleving), Objectief (waarnemingen), Analyse (conclusie) en Plan (acties)). In april 2026 vindt de bijbehorende training plaats. Daarna wordt de aangepaste rapportagestructuur in het EPD geactiveerd, zodat alle verpleegkundigen van de afdelingen verplicht zijn om voortaan volgens deze structuur te rapporteren.

- Uit de calamiteitenonderzoeken is gebleken dat een Bedrijfs Opvang Team (BOT) een belangrijke bijdrage kan leveren aan het gestructureerd ondersteunen van personeel na een incident. Er is een concept BOT-protocol opgesteld en offertes aangevraagd voor het trainen van de BOT-leden. De nieuwe Manager Zorg heeft het invoeren van een BOT-team hoog op haar prioriteitenlijst geplaatst. Het is daarbij belangrijk te benadrukken dat, ondanks het ontbreken van een formeel BOT-team, het managementteam en de teamleiders bij incidenten zeer proactief optreden en personeel, indien nodig, direct ondersteuning bieden, en indien nodig externe psychologen inschakelen.

- Het kwaliteitssysteem

Zoals vermeld in het kwaliteitsjaarverslag van 2023, werd het HKZ-certificaat begin 2023 als de meest geschikte kwaliteitscertificering beschouwd. Per 1 juli 2024 is een kwaliteit- en beleidsmedewerker aangesteld. Door omstandigheden kon zij de functie echter pas in de tweede helft van 2025 volledig uitoefenen. Sindsdien wordt gewerkt aan het herzien van bestaande protocollen, terwijl afdelingen tegelijkertijd gestimuleerd worden nieuwe protocollen op te stellen. Alle protocollen passeren de kwaliteit- en beleidsmedewerker voordat ze definitief worden vastgesteld.

Het behalen van het HKZ-certificaat is daarbij geen doel op zich; dit kan een valkuil zijn waarbij de focus meer op het instrument ligt dan op de daadwerkelijke kwaliteitsverbetering. Het primaire doel blijft het stapsgewijs verbeteren van de zorgkwaliteit, conform de HKZ-normen, totdat de organisatie voldoende voorbereid is om een audit aan te vragen en het certificaat daadwerkelijk te behalen. De verwachting is dat dit traject op de lange termijn zal worden afgerond.

- De verbetering van de kwaliteit

- Het MDO en daarbij de evaluatie van de behandelplannen is al een onderdeel van de polikliniek geworden. Er is echter ruimte voor verbetering in de structuur van het MDO. Op dit moment wordt gewerkt aan een meer efficiënte vorm, waarbij dezelfde doelstelling wordt behaald, met inzet van minder personeel. Ook het structureel inplannen van bekende cliënten verdient nog aandacht.
- In 2025 is het niet gelukt om de ROM structureler in te zetten. Voor 2026 staat het wel hoog op de agenda. De werkwijze zal worden om de ROM af te nemen bij elke nieuwe intake, daarna elke half jaar en bij terugverwijzen naar de huisarts. Pas als de ROM bij de polikliniek goed is geïmplementeerd zal gekeken worden naar mogelijkheden om het ook bij de andere teams in te zetten.
- De komende jaren is voor alle medewerkers financiële middelen gebudgetteerd voor bijscholing.
- SRH (Steunend Relationeel Handelen) training is Respaldo breed gegeven. Bijna al het personeel is getraind in herstelgericht werken. Bij de herstelgericht aanpak ligt de focus op de sterke punten van de persoon, het herstellen van relaties en het

stimuleren van zelfredzaamheid en empowerment. Dit ter bevordering van het algehele welzijn en de veerkracht. Aan het implementeren hiervan in de bejegening en de behandeling wordt nog steeds gewerkt. In 2026 worden extra coaches opgeleid om de implementatie verder te versterken en te borgen.

- In 2025 hebben enkele medewerkers de opleiding tot Mental Health Professional, verzorgd door RINO-Zuid, met succes afgerond.

2. Kwaliteitszorg en Kwaliteitssysteem

2.1: Hoe weet u dat in uw instelling goede kwaliteit van zorg wordt geleverd?

Hoewel er nog geen volledig formeel kwaliteitssysteem is geïmplementeerd, wordt de kwaliteit van zorg actief bewaakt via bestaande instrumenten zoals MDO, intervisie, VIM, EVS, ROM en andere relevante processen. Daarnaast streven we ernaar zoveel mogelijk te werken conform Nederlandse en internationale richtlijnen.

In 2024/2025 zijn er in totaal vijf calamiteitenonderzoeken uitgevoerd en één feitenonderzoek. Hieruit zijn meerdere verbeterpunten naar voren gekomen. Zowel in 2025, maar ook in de komende jaren zal gewerkt worden om de verbetering in de organisatie door te voeren.

De overgang van papieren dossiers naar het EPD verliep in 2024 nog suboptimaal, mede door onvolledige gegevensverwerking. Daarom is een hernieuwde implementatie uitgevoerd, waardoor de huidige cijfers betrouwbaarder zijn. Er is continu aandacht in het bewaken van het goed invoeren van gegevens in de EPD om zodoende betrouwbare cijfers te kunnen produceren. In 2026 blijft de focus liggen op het continu monitoren en verbeteren van kwaliteitsindicatoren vanuit het EPD, zoals diagnoses en behandelplannen, aangezien dit een doorlopend proces is dat niet in één jaar kan worden afgerond.

We zijn ons ervan bewust dat de kwaliteit van zorg nog verder verbeterd kan en moet worden. Het huidige personeelstekort vormt echter een significante belemmering voor het doorvoeren van structurele verbeteringen. Desondanks blijft de organisatie zich inzetten om de zorgkwaliteit stapsgewijs te verhogen en de interne processen verder te optimaliseren.

Sinds halverwege 2025 zijn twee teamleiders aangesteld en sinds maart 2026 is de Manager Zorg in functie getreden. Met de nieuwe organisatiestructuur op zijn plaats wordt verwacht dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg nu beter kan worden geborgd en effectiever kan worden doorgevoerd.

2.2: Heeft er een visitatie (peer review) in uw praktijk of instelling plaatsgevonden?

- Ja
- Nee

2.3: De vijf meest voorkomende domeinen binnen kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg worden hieronder vermeld. Een volledig overzicht van deze domeinen, inclusief de bijbehorende kwaliteitsnormen, vindt u in het 'toelichtingsformulier kwaliteitsjaarverslag'.

Geef aan op welke kwaliteitsnormen uw organisatie in het verslagjaar de nadruk heeft gelegd en op welke manier deze zijn vormgegeven.

1. Patiëntgerichte zorg en ervaring:

- Hier uw antwoord:
Het herstelgericht werken is in 2025 niet volledig geïmplementeerd. Dit is deels

veroorzaakt door personeelstekorten, maar ook door wisselingen in de functie van zorgmanager en teamleider. Daarnaast zijn in 2025 nieuwe medewerkers aangenomen die de training nog niet hebben gevolgd, en blijken de beschikbare coaches onvoldoende om de implementatie op een optimale manier te ondersteunen.

Om dit in 2026 te verbeteren, wordt de training herhaald en zullen extra coaches worden opgeleid. Daarnaast wordt het EPD verder ingericht om het werken volgens het SRH-model beter te faciliteren en te ondersteunen.

- De cliënttevredenheidsmeting is in 2025 niet uitgevoerd. De structuur van hoe het geïmplementeerd gaat worden is duidelijk, maar door een tekort aan mankracht waarbij de manager behandelingen als behandelaar moest optreden in combinatie met het in 2025 niet ingevulde functie van Manager Zorg, heeft het implementeren hiervan bemoeilijkt. De intentie is dat we een structureel terugkerende meting 1 x per jaar kunnen gaan introduceren, waarbij op de kliniek deze meting bij iedere cliënt afgenomen zal worden op het moment van ontslag, terwijl op de overige afdelingen eenmaal per jaar een momentopname zal plaatsvinden. De ingevulde vragenlijsten van de kliniek worden jaarlijks meegenomen in de gezamenlijke evaluatie met de overige afdelingen.

2. Klinische kwaliteit en veiligheid:

- Hier uw antwoord:
 - Door het personeel te stimuleren VIM meldingen te doen, hopen we fouten en bijna fouten tijdig te kunnen analyseren en vervolgens verbetermaatregelen te treffen. Dit met als doel de kwaliteit van de zorg en de veiligheid voor zowel de cliënten als het personeel te verbeteren. Jammer genoeg is het door meerdere factoren niet gelukt om de VIM meldingen in 2025 binnen de gewenste termijn te bespreken. Aan verbetering wordt gewerkt.
 - In 2025 heeft het merendeel van het zorgpersoneel een agressietraining gevolgd, en in maart 2026 zijn er 6 coaches opgeleid. Er is inmiddels een jaarplanning opgesteld, waarbij het zorgpersoneel jaarlijks de volledige agressietraining zal volgen, en het ondersteunend personeel de training 'de-escalerend werken' zal krijgen. Het agressieprotocol is in 2025 niet afgerond, maar de inhoud van de agressietraining is meegenomen bij de herziening van het protocol. Hierdoor is het document volledig gereviseerd en wordt het in 2026 daadwerkelijk geïmplementeerd. De belangrijkste aandachtspunten zijn bovendien al aan bod gekomen tijdens de agressietraining.
 - Met het structureel afnemen van de ROM en het analyseren van de resultaten, verwachten we ook hier verbeterpunten te identificeren. Zoals eerder aangegeven is het structureel afnemen in 2025 niet gerealiseerd, maar er wordt wel hieraan gewerkt.

3. Middelenbeheer en infrastructuur:

- Hier uw antwoord:
 - We hebben geïnvesteerd in een veilig en gebruiksvriendelijke EPD en EVS en hebben in 2024 ook een hernieuwde implementatie van het EPD gedaan om ervoor te zorgen dat de ingebrachte informatie correct is, zodat de informatie die uit het systeem worden gehaald ook betrouwbaar is. Daarnaast doen we ook random controles naar het op juiste wijze registreren van de informatie.
 - In 2024 hebben alle personeelsleden een BHV en een BLS-training gehad. Deze training wordt in 2026 herhaald. Alle personeelsleden zullen om de 2 jaar deze trainingen blijven krijgen.

- Door een tekort aan ruimte zijn we genoodzaakt om de beschikbare kantoren zo optimaal mogelijk in te zetten. Waar mogelijk zit het personeel met meerderen op een kamer en zijn er flexruimtes voor indien een cliënt gesproken moet worden. Desondanks is het ruimte tekort een grote hinder. Zouden alle vacatures die Respaldo nu heeft gevuld worden, dan zou er direct een niet op te lossen werkplek probleem ontstaan.

4. Regelgeving en juridische aspecten:

- Hier uw antwoord:

Op Aruba wordt voor gedwongen opnames momenteel nog gebruikgemaakt van de Krankzinnigenverordening (KZ). Deze wetgeving is verouderd en biedt cliënten beperkte rechtsbescherming. Respaldo treedt als ketenpartner actief op door het belang van moderne en passende wetgeving onder de aandacht te blijven brengen. Inmiddels ligt er een concept-kaderwet gereed (Landsverordening gedwongen zorg in bredere zin), opgesteld door dhr. A. Bikker. Deze dient nog te worden geaccordeerd door de ministers van Justitie binnen het Vierlandenoverleg. Vervolgens zullen de landen binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk deze kaderwet, al dan niet in aangepaste vorm, aan hun parlementen moeten voorleggen ter goedkeuring.

In dit wetsvoorstel wordt de rechtspositie van patiënten aanzienlijk versterkt, onder meer doordat zij recht kunnen krijgen op juridische bijstand en doordat een rechter de maatregel dient te toetsen. Het is echter nog onduidelijk op welke termijn deze wetgeving daadwerkelijk in werking zal treden.

5. Communicatie en informatiedeling:

- Hier uw antwoord:
 - Als ontdekt wordt dat registraties niet correct gebeuren of informatie in het EPD ontbreekt wordt dit naar de verantwoordelijke medewerkers gecommuniceerd om zodoende te borgen dat de cijfers die de EPD genereert ook de daadwerkelijke cijfers zijn.
 - Samenwerkingsafspraken met KPA en de Ambulancedienst van ImSan in de vorm van een convenant ligt in de planning voor het tweede kwartaal van 2026.
 - Elke nieuwe medewerker krijgt een "onboarding sessie" van onze medewerker Management Informatie. Dit om het omgaan met de EPD goed uitgelegd te krijgen.

2.4: Wat zijn stimulerende en wat zijn belemmerende factoren bij het verbeteren van de kwaliteit van (uw) zorg?

- Een stimulerende factor ter verbetering van de kwaliteit van zorg is dat op dit moment het organogram "gevuld" is. Dus dat in de managementstructuur nu alle posities gevuld zijn, zodat er meer mensen en meer ruimte komt om proactief en structureel te werken aan verbetering van de zorg.
- Een andere stimulerende factor is dat ondanks de enorme werkdruk het personeel over het algemeen zich inzet om cliënten goede zorg te bieden.
- Nog een andere stimulerende factor is dat het personeel van Respaldo in 2025 een salarisindexering van 10% heeft ontvangen. Hierdoor is het salarisniveau beter in lijn met de regio en daarmee competitiever geworden.
- Ook stimulerend, of in ieder geval minder belemmerend, is dat de psychiaters per 1 januari 2026 van een 45-urige werkweek naar een 40-urige werkweek zijn gegaan. (In Nederland werken de meeste psychiaters 36 uur per week.)

- De grootste belemmerende factor is het personeelstekort. In 2025 had Respaldo twee vacatures voor een Kind- en Jeugd Psychiater en 3 vacatures voor een Psychiater Volwassenzorg. Er is ook een vacature voor een Klinisch Psycholoog bij Kind en Jeugdteam. Daarnaast kampt het FACT-team structureel met een tekort van 2 FACT verpleegkundigen. Ondanks dat de kliniek op papier de nodige FTE's heeft, zijn er langdurige zieken en personeelsleden die door een chronische aandoening regelmatig zich AO moeten melden.
- Ondanks het verbeterde salaris van het zorgpersoneel, verdient het zorgpersoneel in Nederland nog steeds meer dan ze op Aruba verdienen, de kloof is echter met de indexering wel wat gedicht.
- Een andere belemmerende factor voor het werven/behouden van zorgpersoneel, in het bijzonder psychiaters, is het feit dat er thans een tendens is dat soms ervoor wordt gekozen om online te werken met een Nederlandse instelling vanuit Caribisch Nederland. Andere ketenpartners hebben ook last van deze recente ontwikkeling. Respaldo heeft aan deze trend ondertussen al 3 psychiaters "verloren".

2.5: Heeft uw instelling een erkend kwaliteitssysteem geïmplementeerd, of zijn er plannen om dit in de nabije toekomst te doen?

- Ja
 Nee *(Ga door met vraag 3)*

2.6: Welk erkend kwaliteitssysteem hanteert uw praktijk of instelling, of bent u van plan in de toekomst te implementeren?

- ISO
 JCI
 HKZ
 EFQM - INK
 Qmentum
 Anders:

2.7: In welke fase bevindt het kwaliteitssysteem zich binnen uw praktijk of instelling? (Zie het toelichtingsformulier voor de definities van deze fasen)

- Voorbereidingsfase
 Implementatiefase
 Borgingsfase

3. Risicomanagement

3.1: Wat zijn uw grootste risico's?

In 2025 waren er in totaal 48 VIM (Veilig Incidenten Melden) meldingen. Het grootste risico was de medicatie (35,42%). Gevolgd door Agressie en Grensoverschrijdend gedrag (29,17%), en overige (22,92%). Verder werden incidenten gemeld met betrekking tot vermissing/ontvluchting (6,25%), suïcidepoging (4,17%) en vallen (2,08%).

Voor de incidenten werden verschillende oorzaken aangegeven waaronder het meest (37,38%) menselijk handelen (protocol/instructie niet nageleefd, communicatiestoornis, vergeten,

vergispen, afgeleid, cultuur, protocol/instructie onbekend, handeling onbekwaam/onbevoegd uitgevoerd), vervolgens 21,98% cliënt gerelateerd (Psychische toestand van de cliënt, gedrag van de cliënt, fysieke toestand van de cliënt), 9,9% organisatie (protocol/afpraak niet aanwezig of onduidelijk, hoge werkdruk, onvoldoende ingewerkt/begeleid), 2,2% materiaal/apparatuur (niet beschikbaar, ontwerp onhandig/onduidelijk), en 26,37% is anders.

Van de incidenten meldingen betrof het in 52,08% de Acute Opname afdeling, 16,67% de Resocialisatie afdeling, 16,67% het FACT en 14,58% Polikliniek volwassenen.

Van de 48 meldingen vielen er 7 in de categorie zeer laag risico, 25 in de categorie laag risico, 13 in de categorie midden risico en 3 in de categorie hoog risico.

Aan de hand van de hierboven beschreven cijfers uit de VIM meldingen komt naar voren dat de twee grootste categorieën (bijna) incidenten zijn: 1. de medicatie (bijna) fouten en 2 grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast wordt het menselijk handelen en cliënt gerelateerde factoren als de grootste oorzaken aangemerkt.

In 2025 zijn er 3 meldingen (incident/calamiteit) en 3 calamiteitenonderzoek vanuit Respaldo gedaan.

3.2: Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?

Uit de VIM meldingen en meldingen bij de inspectie.

3.3: Op welke manier mitigeert u uw risico's?

Respaldo zal alle medewerkers van alle afdelingen blijven stimuleren om VIM meldingen te doen. Belangrijk is dat het melden onderdeel wordt van de cultuur van Respaldo, en dat men dit automatisch gaat doen. Door zoveel mogelijk te melden, kan Respaldo een beter beeld krijgen van terugkerende (bijna) fouten en kan Respaldo werken aan het voorkomen van deze (bijna) fouten.

De verwachting was dat met het invoeren van de EVS de medicatiefouten minder zouden worden, dit blijkt echter niet het geval. Als naar de cijfers gekeken wordt, zijn er duidelijke menselijke factoren aan te wijzen, maar ook enkele meldingen omdat de Apotheker de medicatie niet (tijdig) levert of op een verkeerde plek levert.

Voor het gedeelte Agressie en Grensoverschrijdend gedrag is in 2025 het zorgpersoneel getraind en deze training zal jaarlijks worden herhaald. Dit betekent echter niet automatisch dat hiermee de (bijna) incidenten minder zullen worden. Psychiatrische decompensaties die opname behoeven gaan namelijk vaak gepaard met agressief gedrag.

4. Zorgketen en Kwaliteit

4.1: Maakt uw instelling deel uit van een zorgketen?

- Ja
- Nee

Zo ja, wie zijn uw partners in de keten?

- Hier uw antwoord:
 - HAVA

- Stichting Hunto
- Vrijgevestigde psychologen
- Directie Sociale zaken (DAS 2)
- Stichting Eliezer
- Cas Amada
- HOH
- ImSan
- KPA
- SABA
- WGK
- Shoco Wellness
- KIA
- Stichting Reclassering en Jeugdbescherming
- FADA
- SVGA

4.2: Is er sprake van gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking met andere (keten)partners?

- Ja
- Nee

Zo ja, waaraan meet u de kwaliteit van zorg in de keten af?

- Hier uw antwoord:
 - De stuurgroep GGZ heeft een document gemaakt waarin duidelijk het verwijsbeleid is opgesteld voor verwijzingen naar Basis-GGZ en Specialistisch GGZ. Dit document is gereviseerd, maar moet nog door de stuurgroep worden geaccordeerd. Via dit document wordt getracht ervoor te zorgen dat cliënten terecht komen bij de juiste instellingen. De cliënten met minder complexe problematiek horen thuis bij de vrijgevestigde psychologen, Stichting Hunto of de DAS en de cliënten met complexe psychiatrische problematiek horen thuis bij Respaldo. Als iedereen zich aan de gemaakte afspraken houdt, zal voorkomen kunnen worden dat cliënten te lang op de wachtlijst van de basiszorg blijven terwijl ze specialistisch hulp behoeven, maar het zal ook ervoor zorgen dat Respaldo de cliënten met niet-complexe problematiek (sneller) door verwijst naar Stichting Hunto of vrijgevestigde psychologen. Dit beleid wat in theorie goed zou moeten werken en duidelijk beschreven wordt, blijkt echter niet altijd even goed te worden toegepast. Hier worden gesprekken over gevoerd met de hoop op verbetering.

5. Middelenbeheer en Infrastructuur

5.1: Op welke wijze zijn de (zorg)professionals bij het kwaliteitsbeleid betrokken?

Zowel in het opstellen van de missie en visie (Aspiratie 2030) als bij het tot stand komen van het Integraal Strategisch Meerjarenplan zijn van zoveel mogelijke beroepsgroepen binnen Respaldo afgevaardigden uitgenodigd om mee te denken.

Via de voorzitters van de vakgroepen psychiatrie en psychologie, maar ook via de voorzitter van de VMAR hebben alle medewerkers een stem in het Management Team overleg eens per 3 maanden, maar ze hebben ook een adviserende rol naar de RvB.

5.2: Welke eisen, indien mogelijk gekwantificeerd, zijn vanuit het kwaliteitsbeleid gesteld aan het personeelsbeleid (opleidingsplan, toetsingen)?

De prestatiebonus verbinden aan bepaalde criteria bleek moeilijk te handhaven. Wel wordt nog steeds van medewerkers verwacht dat ze aan intervisies meedoen. BHV, BLS en agressietraining is in principe voor iedereen verplicht.

5.3: Maakt de materiële infrastructuur (apparatuur, materialen, hulpmiddelen) deel uit van het kwaliteitssysteem of (indien u geen kwaliteitssysteem heeft) stelt u daar aparte eisen aan? Zo ja, welke?

Er wordt gewerkt aan het aanbrengen van meer structuur in het periodiek controleren van apparatuur. Zo wordt het panic-button alarmsysteem van de kliniek wekelijks, op vrijdag, gecontroleerd.

Per 1 oktober 2024 is binnen Respaldo een Hoofd Facilitaire Zaken aangesteld, die de verantwoordelijkheid voor het controleren en beheren van apparatuur heeft overgenomen van de HOH.

Daarnaast leveren medewerkers actief input ter verbetering van processen. Dit heeft onder meer geleid tot de aanschaf van koelboxen voor de verpleegkundigen van de outreachende zorg voor het veilig **tran**

6. Uitkomsten van Kwaliteitsbeleid

6.1: Waaraan meet u de kwaliteit van zorg af? Welke cijfers of kengetallen worden daarbij als indicator gebruikt?

Aan de hand van de VIM meldingen en ook calamiteiten onderzoeken wordt de kwaliteit van zorg nauw bewaakt. Vanaf 2026 verwachten we ook de ROM als een indicator te kunnen gebruiken. Het opzetten van patiënttevredenheidsonderzoek volgens een bepaald structuur moet nog geschieden.

In het proces van voorbereiding van het implementeren van de HKZ zullen we meer kwaliteitsmetingen doen.

6.2: Kunt u per doelstelling (genoemd in vraag 1.1 en 1.2) aangeven:

- Welke normen u stelt (zo veel mogelijk gekwantificeerd)
- Welke gegevens u gebruikt om te toetsen
- Welke consequenties u aan de toetsing verbindt voor de organisatie van de zorg en de dienstverlening.
- Voor eind 2025 een Integraal Strategisch Meerjarenplan voor de implementatie van de doelstellingen afgesproken in de Aspiratie 2030.
 - In 2026/2027 werken alle werknemers herstelgericht. Dit zou te zien moeten zijn in de cliënttevredenheid.
- Alle cliënten die bij Respaldo behandeling ontvangen worden vanaf 2027 minstens 2 x per jaar in een MDO besproken.
 - Met de EPD kunnen we goed monitoren indien dit niet gebeurt.

- Als het niet gebeurt, zullen behandelaren hierop worden aangesproken om alsnog hun cliënten in te laten plannen bij 2 MDO's.
- Cliëntenraad heeft minstens 4 x per jaar en vaker indien nodig overleg met het RvB en hebben een adviserende rol.
- Alle psychiaters zijn BIG of AruBIG geregistreerd.
 - Alleen psychiaters die BIG of AruBIG geregistreerd zijn worden aangenomen.
- Vakgroep psychiatrie, vakgroep psychologie en de VMAR hebben op een reguliere basis een overleg met RvB waarin ze hun adviserende functie kunnen uitoefenen (vanaf oktober 2024). Wel moet worden opgemerkt dat bij het vertrekken van de laatste voorzitter van de vakgroep psychiatrie, geen enkele psychiater (deels vanwege werkdruk) deze taak op zich heeft genomen.
- Alle zorgverleners doen minstens eens in de 2 maanden mee aan intervisies (gebeurt nog niet bij alle teams).
 - De teamleiders zullen dit moeten monitoren en zorgverleners aanspreken indien het niet gebeurt.
- VIM meldingen die regelmatig worden ingevuld en binnen maximaal 2 dagen worden bekeken en uiterlijk binnen 1 maand worden besproken. Het resultaat of verbeterpunten wordt dan direct met de betrokkenen of als breder moet in de werkgroep besproken. (In 2025 is dit helaas niet altijd het geval geweest.)
 - Toetsing is indien de bespreking later dan 1 maand gebeurt. Dan wederom strakker plannen van vaste bijeenkomsten van minstens 2 x per maand.
- De Commissie Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht van Respaldo vergadert minimaal 4 keer per jaar met de Raad van Bestuur om zich te vergewissen dat de kwaliteit van de aangeboden zorg op peil blijft.
 - Deze vergaderingen worden tot nu toe trouw ingepland en bijgewoond.
- Voor eind 2026 een goed draaiende ROM Respaldo-breed.
 - In de 4de kwartaal zal de implementatie van de ROM bij de poli een feit zijn. De toetsing is dat alle nieuwe cliënten de vragenlijsten voor de ROM gaan invullen en dat de vervolgmeting ook wordt ingepland. Dit is nog niet gelukt, maar staat hoop op de prioriteitenlijst van de Manager Behandelmaken.
- Op reguliere basis wordt de cliënttevredenheid gemeten.
 - Voortschrijdend inzicht is dat het realistischer is om de cliënttevredenheid eens per jaar te gaan doen. De intentie is om eenmaal per jaar een momentopname te doen door iedereen die bij Respaldo onder behandeling is een vragenlijst te laten invullen. Bij de kliniek zal die vragenlijst bij ieder ontslag worden aangeboden.
- Op reguliere basis (eens in de 2 jaar) wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - De toetsing geschiedt steeds bij een volgend betrokkenheidsonderzoek omdat daaruit blijkt of de verbeterpunten van het vorig onderzoek terug te zien zijn op de werkvloer.
- Termijn voor CCAF keurmerk moet nader worden bepaald.
 - Het hebben van de CCAF keurmerk zal de toetsing zijn.
- Binnen maximaal 4 jaar een nieuw gebouw.
 - Toetsing zal het nieuw gebouw zijn.
- Voor 2028 opgeleide psychologen en psychiaters die Pro Justitia onderzoek kunnen doen en Pro Justitia rapportages (PJR) kunnen opstellen.
 - Toetsing: Psychiaters en psychologen van Respaldo doen alle PJR op Aruba.
- Voor 2028 voldoende opgeleide medewerkers in forensisch werken en behandelen.
 - Iedereen die met forensische cliënte werken zullen een speciale training moeten hebben gevolgd.

- Vóór 2030 reeds een nulmeting HKZ gedaan of de termijn kunnen bepalen wanneer dit mogelijk zal zijn.
 - Toetsing zal de nulmeting zijn.
- Voor eind 2026 een plan van terugkerende noodzakelijke bijscholingen.
- Voor de 3de trimester van 2026 structurele agressie trainingen (in bepaalde technieken moet het personeel nog opgeleid worden om anderen op te leiden).
- Voor 2^{de} helft 2026 rapporteert iedere verpleegkundige van de afdeling volgens met SOAP methodiek.
 - In het EPD is reeds een inrichting doorgevoerd waarbij velden een minimumaantal tekens vereisen voordat men verder kan. Hiermee wordt het personeel gestimuleerd en gefaciliteerd om volgens de vastgestelde structuur te werken.
 - Teamleider Kliniek zal regelmatig rapportages controleren om zich te vergewissen dat dit adequaat en consistent wordt gedaan.
- Per begin 2027 een goed draaiende Bedrijfs Opvang Team (BOT).
 - Toetsing zal zijn dat bij ieder incident personeel goed zal worden opgevangen wat ook uit personeelstevredenheidsonderzoek zou moeten blijken.

Benoem de consequenties van de toetsing zo expliciet mogelijk en maak daarbij onderscheid tussen:

- De gevolgen voor de patiënt
- De gevolgen voor de medewerkers
- De gevolgen voor het management
- Voor eind 2025 een Integraal Strategisch Meerjarenplan voor de implementatie van de doelstellingen afgesproken in de Aspiratie 2030.
 - Door verdere professionalisering van de zorg zal de cliënt beter geholpen worden.
 - De medewerker zal meer bijscholing krijgen en zal ook de professionalisering van de zorg voelen.
 - Het management zal al datgene waar er zo lang over gesproken is in praktijk kunnen zien.
- In 2027 werken alle werknemers herstelgericht. Dit zou te zien moeten zijn in cliënttevredenheid.
 - Cliënten zouden meer tevreden zijn met de behandeling.
 - Voor medewerkers zal er meer voldoening zijn om op deze manier te werken, waarin veel accent gezet wordt bij de krachten van de persoon.
 - Het management zal een organisatie zien die positiviteit uitstraalt.
- Alle cliënten die bij Respaldo behandeling ontvangen worden minstens 2 x per jaar in een MDO besproken.
 - Voor de cliënt heeft het tot gevolg dat het behandelplan minstens 2 x per jaar wordt geëvalueerd (niet alleen in de MDO maar ook met de cliënt). Daardoor kan de cliënt zelf ook de behandeling aansturen indien de hulpvraag veranderd is in de loop van de behandeling en worden onnodig lange behandelingen ontmoedigd.
 - Voor de medewerker heeft het tot gevolg dat ze gestructureerder moeten werken, maar ook gericht in de behandeling kunnen werken gezien de

- hulpvraag minstens 2 x per jaar wordt geëvalueerd en eventueel geherformuleerd.
 - Voor de teamleider betekent dit, regelmatig de EPD consulteren om na te gaan of alle cliënten daadwerkelijk 2 x per jaar in een MDO worden besproken.
- Alle psychiaters zijn BIG of AruBIG geregistreerd.
 - Gevolgen voor de cliënten is dat ze weten dat de psychiater voldoende bijscholing volgt en volgens erkende richtlijnen werkt.
 - Gevolgen voor de medewerkers is dat ze aan alle vereisten moeten voldoen om de BIG/AruBIG registratie te behouden.
 - Voor de manager betekent het dat ze bij werven beperkt zijn tot BIG/AruBIG geregistreerden.
- Cliëntenraad heeft minstens 4 x per jaar en vaker indien nodig overleg met het RvB en hebben een adviserende rol.
 - Gevolgen voor de cliënten is dat zijn via de cliëntenraad ook invloed kunnen hebben op het beleid van Respaldo. Als het beleid dat gevoerd wordt goed is voor de cliënt zal het ook goed zijn voor de medewerkers en de managers.
- Vakgroep psychiatrie, vakgroep psychologie en de VMAR hebben op een reguliere basis een overleg met RvB waarin ze hun adviserende functie kunnen uitoefenen (vanaf 2025).
 - De gevolgen voor de cliënten is dat ze zullen ervaren de gevolgen dat alle groepen die direct zorg leveren ook betrokken worden bij het beleid maken.
 - Voor de medewerkers zal het tot gevolg hebben dat alle zorgverleners een vertegenwoordiger heeft die met de RvB overlegt.
 - Voor de managers betekent het dat de werkvloer meedenkt met het beleid dat wordt gemaakt.
- Alle zorgverleners doen minstens eens in de 2 maanden mee aan intervisies.
 - Een zorgverlener die intervisie doet, reflecteert en leert van gebeurtenissen, dit komt zeker de cliënt en de medewerker zelf ten goede.
 - De manager moet alert blijven om na te gaan of iedereen ook op regelmatige basis meedoet met de intervisies.
- VIM meldingen die regelmatig worden ingevuld en binnen maximaal 2 dagen worden bekeken en uiterlijk binnen 1 maand worden besproken. Het resultaat of verbeterpunten wordt dan direct met de betrokkenen of als breder moet in de werkgroep worden besproken.
 - De gevolgen voor de cliënten zijn dat door regelmatig bespreken van (bijna) incidenten ook verbeterplannen worden besproken om incidenten te voorkomen en dit is zeker goed voor de cliënt.
 - Ook de medewerker en manager heeft baat bij uitblijven of verminderen van incidenten.
 - De manager zal erop moeten toezien dat de besprekingen regelmatig gebeuren en de dat VIM meldingen binnen afzienbare tijd worden besproken binnen de VIM-commissie, want anders verliezen ze hun nut en hun kracht.
- De Commissie Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht van Respaldo vergadert minimaal 4 keer per jaar met de Raad van Bestuur om zich te vergewissen dat de kwaliteit van de aangeboden zorg op peil blijft.
 - Het bewaken van de kwaliteit heeft altijd positieve gevolgen voor cliënten, medewerkers en manager.
- Voor eind 2026 een goed draaiende ROM.
 - Met het ROM wordt de verbetering van de klachten bij de cliënt gemeten. Dit maakt dat behandelingen indien nodig eerder kunnen worden bijgestuurd.

- De cliënt zal zich door het invoeren van ROM zich meer gehoord voelen en ook zijn mening zal meer meegenomen worden in het beleid en in de behandeling.
 - Voor de medewerkers wordt het meer inzichtelijk wat voor gevolgen de behandeling hebben voor de cliënt.
 - Voor de managers wordt het ook inzichtelijk of de klachten van de cliënt verminderen en of de cliënt ook tevreden is met de geboden zorg.
- Cliënttevredenheid: De gedachten hiervan in 2024 klopte niet volledig met de realiteit. Er zal eenmaal per jaar een momentopname zijn door iedereen die bij Respaldo onder behandeling is een vragenlijst te laten invullen. Bij de kliniek zal die vragenlijst bij ieder ontslag worden aangeboden.
 - Bij cliënt tevredenheidsonderzoek kan de cliënt via een enquête zijn mening geven over wat loopt en niet loopt in de behandeling. Dit kan een cliënt anoniem doen, wat ten goede kan komen aan de invulratio.
 - Managers kunnen het resultaat van het tevredenheidsonderzoek mee nemen in beleid, dit zal ten goede komen aan de cliënt.
 - Als cliënten tevreden zijn, zal dat in de behandelrelatie een positief resultaat geven.
- Op reguliere basis wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - Hoe meer betrokken medewerkers zijn hoe betere zorg ze ook zullen leveren voor de cliënt.
 - Als medewerkers zich gehoord voelen zal de motivatie op de werkvloer ook beter zijn.
 - Managers zullen met de feedback van de medewerkers aan de slag moeten met de verbeterpunten.
- Termijn voor CCAF-keurmerk moet nader worden bepaald.
 - Een CCAF-keurmerk betekent voor de cliënt dat die nog zekerder kan zijn dat de geboden zorg kwalitatief goed is.
 - Voor de medewerkers en managers zal het voldoening geven om te weten dat de FACT voldoet aan de vereisten voor de CCAF.
- Binnen 4 jaar een nieuw gebouw.
 - Cliënten die opgenomen worden zullen op een humaner manier kunnen worden behandeld. Bij een nieuw gebouw zou ook een deeltijdbehandeling komen, en dat is uitbreiding van intensieve zorg, wat ook goed is voor de cliënt.
 - Medewerkers zullen allemaal op een plek zijn wat ten goede komt aan het contact onderling, maar ook het uitwisselen van kennis en materiaal (denk daarbij aan psychologische testmateriaal). In de planning is dat er ook een personeelskantine zal komen wat ook het contact onderling bevordert.
 - Personeelsbijeenkomsten zullen makkelijker te plannen zijn.
- Voor 2028 opgeleide psychologen en psychiaters die Pro Justitia onderzoek kunnen doen en Pro Justitia rapportages (PJR) kunnen opstellen.
 - Cliënt zal merken dat hij beoordeeld kan worden in zijn eigen taal. Ook meer face-to-face dan online contacten.
 - Medewerkers zullen meer variëteit in hun werk hebben en bij een PJR zich kunnen verdiepen in de persoon van de verdachte en diens problematiek.
 - Managers zullen de rapportages moeten stroomlijnen.
- Voor 2028 voldoende opgeleide medewerkers in forensisch werken en behandelen.
 - Cliënten zullen meer zelfverzekerde medewerkers hebben die weten hoe in te grijpen als nodig.
 - Medewerkers zullen zich zekerder voelen.

- Management moet zorgen voor voldoende scholing, voldoende personeel en voldoende financiële vergoeding voor de geleverde diensten.
- Voor 2030 reeds een nulmeting HKZ gedaan of de termijn kunnen bepalen wanneer dit mogelijk zal zijn.
 - HKZ voor de cliënt zou betekenen dat de kwaliteit sterk verbeterd is en erkend wordt door een kritische instantie die meekijkt met wat "in de keuken" gebeurt.
- Voor eind 2026 een plan van terugkerende noodzakelijke bijscholing.
 - Cliënten merken bekwaam personeel.
 - Medewerkers zien het belang van bijscholing en voelen zich ook voldoende geëquipeerd.
 - Management organiseert de bijscholing en stimuleert mensen hieraan mee te doen.
- Structurele agressie training
 - Met name bij de-escalerend werken zullen cliënten minder snel in de separeer terecht komen of sneller eruit kunnen.
 - Personeel voelt zich zeker en weet hoe de situatie onder controle te krijgen.
 - Management faciliteert de trainingen en zorgt dat iedereen eraan kan meedoen.

Geef in ieder geval aan of de volgende gegevens verzameld worden, welke rol zij spelen bij de toetsing van de doelstellingen en welke conclusies daaraan zijn verbonden:

- Gegevens voortkomende uit raadpleging van patiënten

Via de cliëntenraad, ROM en cliënttevredenheid (wat nog geïmplementeerd moet worden) wordt de cliënt geraadpleegd en worden de verbeterpunten meegenomen in het beleid van Respaldo.

- Gegevens over tevredenheid van medewerkers

Op structurele basis wordt een werknemers betrokkenheidsonderzoek gedaan. De resultaten van het onderzoek in 2023 zijn uitgebreid besproken in de MT en daar is ook beleid op aangepast. In 2025 is dit onderzoek herhaald. Voor de uitwerking van de verbeterpunten en het opstellen van een actieplan is ondersteuning door een externe consultant ingehuurd, dit om te voorkomen dat door drukte er te weinig aandacht voor zou zijn.

- Ziekteverzuimgegevens

Ook deze komen met enige regelmaat aan bod in de MT besprekingen. Als een medewerker vaak ziek is, zal die bij terugkomst altijd een gesprek moeten krijgen over zijn AO periode en wat Respaldo kan doen om dit in de toekomst te voorkomen. Er zijn enkele medewerkers die een chronische aandoening hebben en meer dan gemiddeld ziek zijn. Ook hier is aandacht voor.

- Gegevens over incidenten en calamiteiten (VIM's)

Deze worden zoals bij punt 3 besproken zeker meegenomen in het maken van beleid.

- Benchmarkgegevens

De GGZ instellingen in het CASBES hebben zich in 2025 verenigd in een Federatie DCMH (Dutch Caribbean Mental Health). Vanuit de Federatie zijn over 2024 cijfers verzameld en

worden over 2025 wederom cijfers verzameld in het project Regiobeeld. De cijfers geven vooralsnog geen totaalbeeld, maar kunnen wel een leidraad vormen voor beleid.

6.3: Zijn de uitkomsten van het kwaliteitsbeleid extern beoordeeld door patiënten, of door patiëntenverenigingen?

- Ja
- Nee

Zo ja, beschrijf de uitkomsten?

- o Hier uw antwoord:

7. Verbeteracties

7.1: Kunt u aangeven welke verbeteracties in het verslagjaar zijn voorgenomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg?

Op welk niveau hadden deze verbeteracties betrekking:

- Operationeel niveau (primaire proces)
 - o Er is in 2025 geëvalueerd hoe de verpleegkundige rapportages, met name van de kliniek meer te standaardiseren en te verbeteren zijn. Hieruit is naar voren gekomen dat werken volgens de SOAP-methodiek het meest lijkt te voldoen aan datgene wat Respaldo op dit moment nodig heeft. Deze methodiek wordt in april 2026 gepresenteerd en geïmplementeerd. De EPD is reeds hierop aangepast.
 - o Gedurende de MDO's wordt het behandelplan waar nodig aangepast zodat deze bij de besproken cliënten actueel blijft.
 - o Er is in 2025 veel aandacht geweest aan dossiervoering, waarbij hierin vooruitgang is geboekt. Er is echter zeker nog ruimte voor verbetering.
- Tactisch niveau (middenkader)
 - o De MDO's vinden reeds plaats binnen zowel de kliniek, de FACT-teams als de poliklinieken. Binnen de polikliniek voor volwassenenzorg is echter nog ruimte voor verbetering in de structurele planning.
 - o Als gevolg van een hoge werkdruk binnen het FACT-team en de oprichting van het Team Langdurige Zorg per 1 januari 2025, heeft de teamleider in afstemming met het team ingezet op een herverdeling van cliënten tussen beide teams, passend bij de aard en complexiteit van de problematiek. Doel hiervan was het verbeteren van de werkdrukverdeling en het waarborgen van passende zorg.
- Strategisch niveau (management)
 - o Meerdere bijeenkomsten om een plan van aanpak te maken voor de Aspiratie 2030 doelen.
 - o Middels participatie in de stuurgroep is getracht wachttijden en de verdeling van zorg beter af te stemmen.

- o Samenwerking in de Federatie DCMH. Binnen de samenwerking in de Federatie DCMH is o.a. actief ingezet op gezamenlijke werving en het gezamenlijk ontwikkelen en/of aanbieden van opleidings- en bijscholingsactiviteiten, met als doel de deskundigheid van medewerkers te versterken en de arbeidsmarktpositie te verbeteren. Zo is in Federatieverband de opleiding tot GZ-psycholoog, in samenwerking met RINO-Zuid gestart in 2025. In 2026 staat de opleiding voor Systeem therapeutisch Werker (STW), in samenwerking met de Jeugdzorgacademie, op de agenda.

Welke van deze verbeteracties zijn gerealiseerd?

In het verslagjaar wordt de implementatie van de SOAP-methodiek in gang gezet. Daarnaast heeft de structurele evaluatie van behandelplannen binnen de multidisciplinaire overleggen (MDO) bijgedragen aan de kwaliteit en bijsturing van de behandeling. De herverdeling van cliënten tussen het FACT-team en het Team Langdurige Zorg heeft bijgedragen aan een betere balans in werklast en zorgaanbod. Tot slot is binnen de Federatie gezamenlijk invulling gegeven aan het succesvol aanbieden van enkele opleidingsactiviteiten.

7.2: Wat zijn de belangrijkste redenen waarom sommige acties niet het gewenste resultaat hebben bereikt? Wat zijn de conclusies?

Vaak is het tekort aan personeel debet aan dat sommige acties niet worden gehaald. Weinig mensen die veel moeten oppakken, zowel op de werkvloer als op managementniveau. Nu de managementposities volledig zijn ingevuld, wordt verwacht dat gericht kan worden ingezet op het realiseren van de randvoorwaarden voor verdere verbetering van de kwaliteit van zorg. Het personeelstekort op de werkvloer en het uitvallen van personeel door ziekte zal echter ook in 2026 een uitdaging blijven.

7.3: Op welke wijze zijn de verbeteringen in de organisatie van de instelling/praktijk geborgd?

In de MT worden lopende dingen die afgesproken zijn (actiepunten) steeds besproken om te zorgen dat zaken niet blijven liggen.

Het "departement" van beleid en kwaliteit zal in 2026 regelmatig vergaderen met de zorgcluster om de voortgang van de verbeterpunten zowel vanuit de VIM meldingen als van de Calamiteitenonderzoeken te monitoren.

Ook de CKvZ is actief in opvolgen van zaken die afgesproken zijn en de vordering hiervan.

7.4: Welke verbeteringsacties zijn niet geborgd? Waarom niet?

Verminderen van de wachtlijst is een aandachtspunt maar is zeker zolang er een tekort aan personeel is, niet geborgd.

8. Patiëntgerichte zorg en ervaring

8.1: Waaruit blijkt dat u de cliënt/patiënt systematisch betreft bij de kwaliteit van zorg?

De cliëntenraad heeft het afgelopen jaar wisselingen van leden gehad. De nieuwe leden zijn enthousiast en bereid om mee te denken in het verbeteren van de zorg.

8.2: Wat is de inbreng van uw cliënten of een cliëntenraad of patiënten adviesraad ten aanzien van de:

- Vaststelling van de lange en kortetermijndoelstellingen van het kwaliteitsbeleid?
- Toetsen van doelstellingen?
- Vaststellen en evalueren van verbeteracties?

De cliëntenraad heeft een adviserende rol naar de RvB. Ze lijken wel in deze rol te moeten groeien.

9. Klachten en Kwaliteit

9.1: Wat is het aantal bemiddelde klachten (door eventueel een klachtenfunctionaris)?

In de loop van 2025 heeft de vaste externe functionaris van Respaldo haar werkzaamheden beëindigd. Per 15 juli 2025 is een nieuwe externe klachtenfunctionaris gestart.

Er zijn in 2025 in totaal 7 klachten ingediend en bemiddeld door de klachtenfunctionaris.

9.2: Wat is het aantal formeel behandelde klachten (door eventueel een klachtencommissie)?

Er zijn geen formeel behandelde klachten geweest in 2025.

9.3: Omschrijf de verdeling in aard/categorie van de bemiddelde en formeel behandelde klachten.

De 7 officiële ingediende klachten waren allen afkomstig van de volwassen psychiatrie. In twee van de gevallen betrof het klachten van opgenomen patiënten en de resterende 5 kwamen vanuit de poliklinische behandelingen.

Van de zeven ingediende klachten zijn er drie in 2025 naar tevredenheid van de klagers afgehandeld. Eén klager heeft niet gereageerd op de uitnodiging voor een gesprek; na drie maanden is de klacht per e-mail afgesloten.

Een andere klager heeft wel deelgenomen aan een gesprek met de klachtenbemiddelaar, maar gaf, nadat de bemiddelaar de bevindingen uit de gesprekken met de betrokkenen wilde terugkoppelen, aan dat verdere opvolging van de klacht niet nodig was.

Daarnaast heeft één klager verzocht om een brief waarin de gemaakte fout werd erkend; aan dit verzoek is voldaan. Ten slotte kon één klacht, die na een eerste gesprek met de klachtenbemiddelaar in december in behandeling was genomen, niet meer in 2025 worden afgerond.

9.4: Welke verbeteringen zijn in de zorg tot stand gebracht naar aanleiding van deze klachten?

Alle klachten hadden betrekking op zeer specifieke, persoonsgebonden situaties of waren gebaseerd op verwachtingen die niet in overeenstemming zijn met geldende procedures, verantwoordelijkheden of wet- en regelgeving. Voorbeelden hiervan zijn verzoeken om contactgegevens van een psychiater via een secretaresse te verstrekken, het delen van informatie over een meerderjarige dochter zonder haar toestemming, klacht over onjuiste medicatietoediening, terwijl de juiste dosering duidelijk genoteerd was en cliënte het ook had

aangegeven (menselijke fout), en bezwaar tegen de aanstelling van een medewerker op basis van gebeurtenissen uit het verleden.

Op basis van de aard en inhoud van deze klachten is geen organisatiebrede verbetermogelijkheid voor Respaldo vastgesteld.

10. De Externe Oriëntatie

10.1: Benoem de concrete resultaten uit overleg over kwaliteit van zorg met externe partijen (in de vorm van concrete afspraken) in het verslagjaar voor het kwaliteitsbeleid van de instelling/praktijk:

- Zorgverzekeraar(s)

Doordat Respaldo per 1 januari 2025 ongeveer 247 cliënten met Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) moest overnemen van Stichting Hunto, moest er een nieuw team worden opgericht (TLZ). Deze werd echter opgericht zonder toezegging van AZV voor extra middelen. Na meerdere gesprekken en onderhandeling is in de tweede helft van 2025 extra geld (minder dan begroot) beschikbaar gesteld voor personeel voor de Team Langdurige Zorg.

Respaldo heeft in 2025 ook extra geld gekregen om zodoende de salarissen van alle personeelsleden te kunnen indexeren. Dit is van groot belang om de salarissen competitief te houden met andere instellingen op Aruba en in de Regio.

- Patiënten/consumentenorganisaties (indien van toepassing) n.v.t.
- Multidisciplinaire overleggen/commissies

Respaldo maakt deel uit van de Stuurgroep GGZ en is betrokken bij het uitvoeren van het GGZ-beleid. De revisie van het verwijsbeleid wordt vanuit de Stuurgroep aangestuurd.

- Beroepsverenigingen

Zoals in het Kwaliteitsjaarverslag van 2024 aangegeven is vanuit de Visitatie van de vakgroep psychiatrie door de NVvP, de volgende adviezen geweest die reeds zijn opgevolgd. Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) sinds 2024 heeft Respaldo een EVS aangeschaft. Alle medicatie wordt via dit systeem voorgeschreven. Ruimtelijke voorzieningen, duidelijke scheiding tussen poli en Kliniek is gelukt middels een scherm waardoor de privacy van de cliënten wat dit betreft beschermd is. Volgens planning zou er in 2027 wederom een Visitatie moeten plaatsvinden.

- Inspectie Volksgezondheid Aruba

De IVA heeft in 2024-2025 een nulmeting uitgevoerd om een volledig overzicht te krijgen van de werking van de GGZ-keten. In de presentatie van deze nulmeting zijn korte, middellange en lange termijn aanbevelingen gegeven met afspraken ten aanzien van de toezichtlijn door de Inspectie.

- Afdeling Kwaliteitsinstituut, DVG

Respaldo heeft in 2025 deelgenomen aan de besprekingen voor het opstellen/aanpassen van het Landsbesluit verpleegkundigen. De definitieve versie moet nog door het Parlement worden goedgekeurd.

- Andere partijen

Respaldo is ook onderdeel van de Federatie DMHC, en de bestuurder van Respaldo, mw. C. Hart is voorzitter van de Federatie. In 2025 is een onderzoek gedaan vanuit de Federatie, waarin data van zoveel mogelijke zorginstellingen op de CASBES-eilanden is verzameld om zodoende een Regiobeeld te hebben. Het rapport Regiobeeld GGZ Caribisch gebied 2024. Het beschikbaar hebben van data, met name in vergelijking met andere instellingen in de regio, vormt een waardevolle basis voor het ontwikkelen en onderbouwen van beleid.