

Jaardocument 2009

**Stichting Zorgorganisatie
Het Hoge Veer**

Inhoudsopgave

UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING	4
PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	5
1.1 Algemene identificatiegegevens	5
1.2 Structuur van het concern	5
1.3 Kerngegevens	6
1.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	6
1.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	7
1.3.3 Werkgebieden	7
1.4 Voornaamste belanghebbenden	8
2 BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING	10
2.1 Bestuur en toezicht	10
2.1.1 Zorgbrede Governance Code	10
2.1.2 Raad van Bestuur	10
2.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)	11
2.2 Bedrijfsvoering	14
2.3 Cliëntenraad	16
2.4 Ondernemingsraad	17
3 BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	19
3.1 Meerjarenbeleid	19
3.2 Algemeen beleid	22
3.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	26
3.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	31
3.4.1 Kwaliteit van zorg VVT: verantwoorde zorg	31
3.4.2 Klachten	35
3.4.3 Toegankelijkheid	35
3.4.4 Veiligheid	35
3.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	37
3.5.1 Personeelsbeleid	39
3.5.2 Kwaliteit van het werk	40
3.6 Samenleving	41

3.7	Financieel beleid	41
	JAARREKENING	42
A	DIGIMV PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	43
A.1	Kerngegevens	43
A.1.1	Nadere typering	43
A.1.2	Kerngegevens: Productie, personeel en opbrengsten	43
A.1.3	Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg)	44
A.1.4	Werkgebieden	44
A.1.5	Verpleging en verzorging	45
A.2	Personeelsinformatie	46
B	DIGIMV GOVERNANCE	49
C	DIGIMV BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	51
C.1	Kwaliteit van zorg VVT	51
C.2	Klachten	53
C.3	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	54
C.3.1	Personeelsbeleid	54
C.3.2	Kwaliteit van het werk	55
C.4	Financieel beleid	55

Uitgangspunten van de verslaggeving

De raad van bestuur van de Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer stelt het op prijs om, middels dit jaardocument, allen die bij de Stichting betrokken zijn te informeren over de beleidsinspanningen en resultaten van 2009.

In 2009 zijn we, samen met onze partner WSG, voortvarend verder gegaan met de ontwikkeling van het nieuwbouwproject 'levensloopbestendig wonen' op meerdere locaties. Begin 2010 is de start van de nieuwbouw eindelijk een feit geworden!

Bij de opstelling van de beleidsplannen in 2009 is er wederom uitgegaan van een geïntegreerde aanpak. Alle activiteiten binnen de organisatie zoals kwaliteit, zorg, milieu, Arbo, financiën en dergelijke worden hierin samengebracht. Op deze wijze krijgen alle activiteiten aandacht en wordt samenhang en integratie bevorderd.

Het jaar 2009 heeft van de cliëntenraad, ondernemingsraad, vrijwilligers, medewerkers, commissies, raad van toezicht en het management wederom grote inspanningen gevergd. Terugkijkend kunnen we concluderen dat door deze gezamenlijke inspanningen het professionele en het kwaliteitsniveau nog hoger is komen te liggen en dat we onze marktpositie verder hebben verstevigd. Hierdoor is er vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid een stevige basis gelegd met betrekking tot de garantie rond vraaggerichte zorglevering en werkgelegenheid.

Allen hartelijk dank voor de enorme inzet en betrokkenheid!

Raamsdonksveer, 25 januari 2010.

Drs. M. Konings,
Raad van Bestuur.

Profiel van de organisatie

1.1 Algemene identificatiegegevens

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer
Adres	Het Hoge Veer 1
Postcode	4941 KH
Plaats	Raamsdonksveer
Telefoonnummer	0162-513450
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41099381
E-mail	info@hogeveer.nl
Website	www.hogeveer.nl

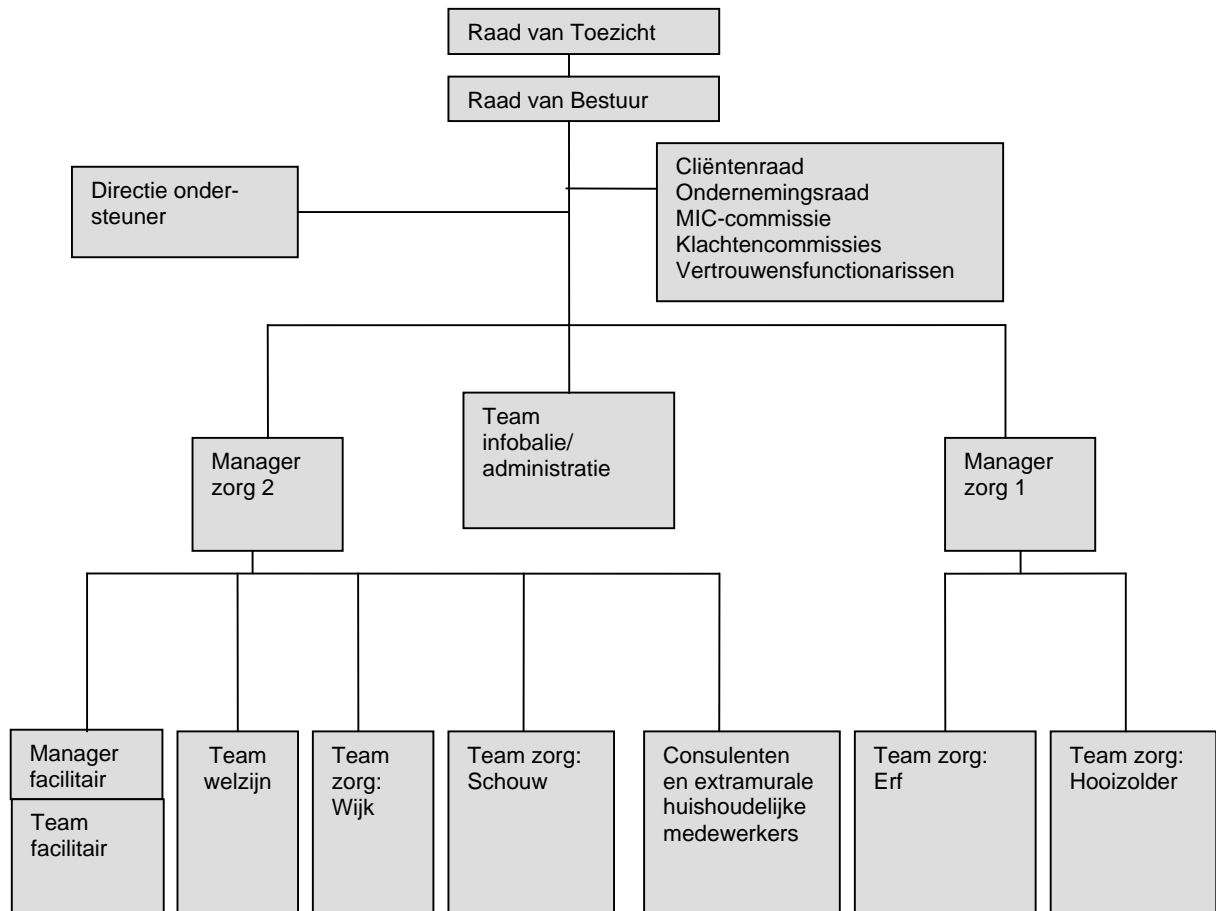
1.2 Structuur van het concern

De structuur van het concern is een stichting.

Toelatingsbeschikking CvZ/CIBG voor de functies

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf	Ja

Het organigram van de stichting ziet er als volgt uit:



1.3 Kernegegevens

1.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De WMO-functie die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert is:

- huishoudelijke zorg.

De AWBZ-functies/prestaties die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert zijn:

- verblijf licht;
- verblijf zwaar;
- behandeling;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- dagactiviteit basis en vervoer.

De primaire doelgroepen zijn:

- somatische aandoening of beperking;
- psychogeriatrische aandoening of beperking.

1.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Cliënten	Aantal
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	109
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	101
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	46
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	84
Capaciteit	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	117
Productie	Aantal
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	39.793
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	39.793
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	7335
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	16.199
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	199
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	108,99
Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	79.608
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	6.079.824
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	5.639.026
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	440.798

1.3.3 Werkgebieden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich in eerste instantie op mensen met een zorgvraag in de gemeente Geertruidenberg (de plaatsen Raamsdonksveer, Raamsdonk en Geertruidenberg) en eventueel aangrenzende gedeelten van de direct omliggende gemeenten. Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich met de zorgverlening op zowel mensen die in het Hoge Veer Complex (in het verzorgingshuis, het verpleeghuis of in de aanleunwoningen) wonen, als op mensen die buiten het complex wonen (thuiszorg). Zorgorganisatie Het Hoge Veer biedt zorg in zorgkantoor-regio West-Brabant.

1.4 Voornaamste belanghebbenden

Primaire belanghebbenden	Relatie
WSG	Strategisch samenwerkingsverband; samenwerkingsovereenkomst; samenwerkingspartner nieuwbouw; verhuurder
De Riethorst Stromenland	Overeenkomst aanvullende verpleeghuiszorg; intentieverklaring 'kleinschalig wonen voor dementerenden'; overeenkomst maaltijdleverantie; levering opleidingscoördinator en bijscholing; overeenkomst (para)medische zorglevering; ketenzorg
SWOG	Personenalarmering; ketenzorg
Zorgkantoor West-Brabant	Overeenkomst zorginkoop/-leverantie
Gemeente Geertruidenberg	Overeenkomst levering huishoudelijke zorg; samenwerking ten behoeve van bouwinitiatieven; personenalarmering; ketenzorg
Huisartsencoöperatie De Brandenpoort B.A.	Overeenkomst; ketenzorg
Toezichthoudende apotheker	Samenwerkingsovereenkomst
Mondzorg voor Zorginstellingen	Overeenkomst mondzorg; ketenzorg
Loyds apotheek Raamsdonksveer	Samenwerkingsprotocol
Regionaal Platform Geriatrie	Participant crisisopvang
ZorgService NL	Leverancier incontinentiemateriaal, verpleegartikelen en ondersteunende service
Deli XL	Leverancier levensmiddelen
GGZ-Breda	Afstemmen over ketenzorg
Trema	Afstemmen over ketenzorg
LOC	Voorzien cliëntenraad van belangrijke informatie
NZa	Goedkeuring budgetverzoeken en -verantwoordingen
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Diverse inspectiebezoeken; adviesfunctie VWS
VWS	Verlenen vergunningen
Vitalis College	Convenant partners in opleiden
Annevillegroep	Ketenzorg
Arbeidsinspectie	Diverse inspectiebezoeken

Primaire belanghebbenden	Relatie
ArboUnie	Dienstverleningsplan
Rabobank	Bankzaken

2 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

2.1 Bestuur en toezicht

2.1.1 Zorgbrede Governance Code

Zorgorganisatie Het Hoge Veer voldoet - middels de statuten, de reglementen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur en de uitvoering hiervan - geheel aan de normen van de Zorgbrede Governancecode d.d. 23-06-2006. Hiermee voldoet de organisatie aan de eisen van de WTZi. Dit houdt onder andere in dat met betrekking tot de eisen voor bestuur, bedrijfsvoering en transparantie:

- de instelling een toezichthoudend orgaan heeft dat de dagelijkse leiding controleert en adviseert;
- de leden van het toezichthoudende orgaan niet in de dagelijkse leiding zitten en geen directe belangen bij de instelling hebben;
- de taken en verantwoordelijkheden van het toezichthoudende orgaan en de dagelijkse leiding schriftelijk en inzichtelijk zijn vastgelegd;
- in de statuten staat aangegeven dat er een orgaan is dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt en een enquêteverzoek mag indienen;
- er schriftelijk is vastgelegd welke organen welke bevoegdheden hebben voor welk onderdeel van de bedrijfsvoering;
- er schriftelijk is vastgelegd hoe de zorgverlening is georganiseerd en hoe de verbanden zijn met andere samenwerkende organisaties;
- de zorgactiviteiten van de instelling financieel zijn te onderscheiden van andere activiteiten;
- de ontvangsten en betalingen goed zijn te onderscheiden in de financiële administratie.

2.1.2 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. Drs. M. Konings	Bestuurder	Bestuurder Stichting Vrienden van Het Hoge Veer Secretaris Raad van Toezicht Stichting Welzijn Ouderen Geertruidenberg (SWOG)

De Raad van Bestuur bestuurt de stichting onder toezicht van de Raad van Toezicht.

De Raad van Bestuur dient primair het belang van de stichting in relatie tot de maatschappelijke functie van de stichting en maakt bij de beleidsvorming een evenwichtige afweging van de belangen van allen die bij de stichting betrokken zijn en de maatschappelijke relevantie.

De Raad van Bestuur is zich bewust van de verantwoordelijkheid, maatschappelijke positie en voorbeeldfunctie en zal uit dien hoofde geen handelingen verrichten of nalaten die de reputatie van de stichting schaden. Het normatieve kader voor het handelen en het gedrag van de Raad van Bestuur is de Gedragscode voor de goede bestuurder van de NVZD (februari 2007), welke gedragscode onderdeel uitmaakt van het reglement.

De bezoldiging van de Raad van Bestuur vindt plaats middels de adviesregeling Arbeidsvoorwaarden Raden van Bestuur/Directies Zorginstellingen van de VDZ/NVZD.

2.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

De onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht blijkt uit de artikelen die zijn opgenomen in de statuten en het reglement met betrekking tot onverenigbaarheid. Hierin staat onder andere aangegeven dat de leden worden gekenmerkt door integriteit, een onafhankelijke opstelling en dat zij in het kader van hun functie op geen enkele wijze belang hebben bij de stichting.

De Raad van Toezicht geeft onder andere invulling aan haar taken door circa 5 keer per jaar te vergaderen. Bij deze vergaderingen is de Raad van Bestuur aanwezig. De Raad van Bestuur informeert, rapporteert en legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht op basis van een informatieprotocol. Ter goedkeuring worden in deze vergadering onder meer besproken: het strategisch beleid, het organisatorisch jaarbeleidsplan, de begroting, de jaarrekening en het jaardocument.

Eventuele risico's verbonden aan de activiteiten van de organisatie worden onder andere besproken aan de hand van de 'risico inventarisatie' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het accountantsverslag en de diverse rapportages van de Raad van Bestuur.

Het overleg met betrekking tot interne beheersings- en controle systemen is onder meer gebaseerd op grond van de maand, kwartaal, halfjaarlijkse en jaarlijkse rapportages van de Raad van Bestuur ten aanzien van productie, inkomsten en (loon)kosten. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de algemene rapportage's van de Raad van Bestuur, de accountantsverklaring met betrekking tot de administratieve organisatie, de interne controle en de materiële controle van het Zorgkantoor.

Ook worden in de Raad van Toezicht de rapporten behandeld van de Benchmark (waarin de onafhankelijke waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers), het onafhankelijke HKZ-VVT kwaliteitsonderzoek, de kostprijsberekeningen en overige onderzoeksrapporten rond de interne organisatie die van informatief belang zijn voor het verantwoord functioneren van de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht heeft een externe accountant benoemd. Het overleg met de externe accountant vindt plaats door de Raad van Bestuur. Het accountantsverslag wordt door de accountant besproken met de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur.

Het functioneren van de Raad van Bestuur wordt periodiek besproken door de voorzitter van de Raad van Toezicht samen met één van de leden. De statuten, het reglement Raad van Bestuur en de visie, missie en doelstellingen van de organisatie, liggen hieraan ten grondslag.

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht is gebaseerd op het advies van de NVTZ; 'honorering van raden van toezicht van zorginstellingen'.

Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Functie	Nevenfuncties
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	Voorzitter	Adviseur Lid Raad van Toezicht Steunpunt informele zorg Breda (Stib)
Dhr. J.J.M. Verheijen	Secretaris	

Naam	Functie	Nevenfuncties
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	Lid / 2 ^e voorzitter	Officier van Justitie te Den Bosch tot 01-12-2009 Directeur Juridische Zaken WSD-groep te Boxtel vanaf 01-12-2009 Lid bezwaarcommissie gemeente Dongen Lid bezwaaradviescommissie Certig Voorzitter ANGO district Noord-Brabant
Mw. Mr. C.H.M. Meijer-Vermeeren	Lid / 2 ^e secretaris	Juridisch beleidsmedewerker LOC Lid ledenraad Rabobank Lid commissie van Beroep Dongemondcollege

Onderwerpen, acties en resultaten Raad van Toezicht

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2008	Goedgekeurd
Accountant: verklaring, verslag en AO&IC 2008	Geïnfomeerd en besproken
Organisatorisch beleidsplan 2009	Goedgekeurd
Begroting 2010	Goedgekeurd
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnfomeerd en besproken
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnfomeerd en besproken
Rapportages Raad van Bestuur	Geïnfomeerd en besproken
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnfomeerd en besproken
Toelating VWS Verblijf Zwaar BOPZ	Geïnfomeerd en besproken
Inspectie voor de Gezondheidszorg i.v.m. toelating Verblijf Zwaar BOPZ	Geïnfomeerd en besproken
Materiële controle 2008 Zorgkantoor	Geïnfomeerd en besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
BTW-scan Deloitte	Geïnformeerd en besproken
Audit salarisadministratie SDB	Geïnformeerd en besproken
Benoeming nieuwe manager zorg / locatie manager	Geïnformeerd en besproken
Zorg Zwaarte Pakketten	Geïnformeerd en toegelicht
Wettekst 'zeven rechten voor de cliënt in de zorg'	Besproken
Strategische positie	Geïnformeerd en besproken
Aanpassing huurcontract m.b.t. de formulering rond de omschrijving van de huursom	Geïnformeerd en besproken Concept tekst wordt hergeformuleerd door bestuurders WSG en Zorgorganisatie Het Hoge Veer. Voorstel komt ter goedkeuring terug in de Raad van Toezicht.
Exploitatieoverzicht 2008 Vrienden van Het Hoge Veer	Geïnformeerd
Bijwonen van een vergadering van de cliëntenraad en ondernemingsraad met de bestuurder	Bijgewoond door 2 leden van de Raad van Toezicht
Aanvraag positief advies Zorgkantoor i.v.m. 25 plaatsen Verblijf Licht	Geïnformeerd
Levering personenalarmering gemeente Geertruidenberg in samenwerking met SWOG	Geïnformeerd
Bonus/malus regeling 2008	Geïnformeerd
Herallocatie-traject	Geïnformeerd
Eigen vermogen	Geïnformeerd
Concept informatieprotocol	Geïnformeerd en besproken
Evaluatie Raad van Toezicht / Raad van Bestuur	Heeft plaatsgevonden
Functioneringsgesprek met bestuurder	Heeft plaatsgevonden
Thema bijeenkomst: concept informatieprotocol; risicokaart; prestatiekaarten; zorgbrede governancecode 2010	Heeft plaatsgevonden
Pakketmaatregel m.b.t. functie begeleiding	Geïnformeerd en besproken
Verkiezingen cliëntenraad	Geïnformeerd
Toekomst AWBZ	Geïnformeerd

Onderwerpen/acties	Resultaten
Diverse publicaties/artikelen rond Zorgorganisatie Het Hoge Veer en binnengekomen post	Geïnformeerd
Publicaties 'goed bestuur in de zorg', 'toolkit/toezicht zorginstellingen' en 'nationaal register commissarissen en toezichthouders'	Geïnformeerd en besproken
Waarderingsonderzoek cliënten en plan van aanpak	Geïnformeerd en besproken
Waarderingsonderzoek vrijwilligers	Geïnformeerd en besproken
Strategische positie	Geïnformeerd en besproken
Zorginkoop 2010 Zorgkantoor	Geïnformeerd en besproken
Aanbesteding huishoudelijke zorg	Geïnformeerd en besproken
Honorering raad van toezicht en raad van bestuur	Geïnformeerd en op actielijst geplaatst
Notitie 'richtlijn mondzorg'	Geïnformeerd en besproken
Griep pandemie protocol	Geïnformeerd
Benchmark	Geïnformeerd
Inbraak en diefstallen	Geïnformeerd
Nieuwe zorgproducten 2010	Geïnformeerd en toegelicht
HKZ-audit 2010	Geïnformeerd
Kostprijs huishoudelijke zorg	Geïnformeerd
Interne audit	Geïnformeerd

2.2 Bedrijfsvoering

De belangrijkste sturings-, risicobeheersings- en controlesystemen zijn: het HKZ kwaliteits(management)systeem, het geautomatiseerde handboek en kwaliteits(management)systeem PCK (De Heer Software), het geautomatiseerde zorgdossier/-plan en zorgregistratiesysteem PlanCareDossier/Mobile (De Heer Software), de interne controle, het geautomatiseerde personeels- en salarisverwerkingssysteem (CURA), de beleidscyclusprocedure, het interne kostprijsberekening- en budgetteringssysteem, het M(eldingen)I(ncidenten)C(liënten)-systeem en de MIC-commissie. Het gebruik hiervan is vastgelegd in afzonderlijke documenten. Zo is er ook een apart document met betrekking tot de administratieve organisatie: 'administratieve organisatie en interne controle van wachtlijst t/m declaratie'.

Bovengenoemde systemen zijn, naast het kwalitatieve aspect, bedoeld om enerzijds te voldoen aan de wet- en regelgeving en anderzijds om de financiële risico's tengevolge van met name het hedendaagse marktwerkingsmechanisme te beperken door onder andere continu de productie en de kosten inzichtelijk te maken en zonodig tijdig bij te sturen.

Daarnaast wordt, middels het genoemde HKZ kwaliteitsmanagementsysteem, periodiek de kwaliteit van de dienstverlening en de waardering van cliënten en medewerkers gemeten. Uitkomsten hiervan worden, indien van toepassing, gebruikt ter verbetering van de kwaliteit en waardering. Zie hierover meer onder § 4.3 t/m 4.5.

De voornaamste overige risico's en onzekerheden waar de organisatie de afgelopen jaren mee wordt geconfronteerd zijn incidenten met betrekking tot vallen en agressie. Nieuwe cliënten met een CIZ-indicatie voor de functie Verblijf Licht blijken bij aanvang van de zorg in toenemende mate 'zwaardere zorg' te behoeven. Dit in combinatie met onder andere het organisatiebeleid om cliënten zo veel als mogelijk de eigen regie te laten voeren en de mogelijkheden tot resterende zelfzorg te benutten en - hetgeen in overeenstemming is met de visie van Zorgorganisatie Het Hoge Veer - het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen hierin, maakt dat er sprake is van een risico tot vallen.

Tevens blijkt, hoewel in beperkte omvang, dat er in toenemende mate sprake is van verbale en non-verbale agressie door cliënten en/of naasten van cliënten. Deze agressie is doorgaans gericht tegen medewerkers van de organisatie, maar zou ook kunnen omslaan in agressie naar anderen, zoals bijvoorbeeld tegen cliënten. Deze ontwikkeling heeft, naast maatschappelijke veranderingen, mogelijk te maken met een verbreding van de doelgroep ten gevolge van onder meer landelijke ontwikkelingen en, in het kader hiervan, een andere wijze van indicering door het CIZ. Zo krijgen de medewerkers steeds vaker te maken met bijvoorbeeld cliënten onder de 55 jaar, cliënten met psychiatrische of verslavingsproblematiek, cliënten met gedragsproblematiek en cliënten met ernstige psychogeriatrische problematiek. In 2010 wordt hier nogmaals extra aandacht aan gegeven door middel van een trainingsprogramma voor de betreffende medewerkers met betrekking tot de omgang met agressie. Op deze wijze wordt getracht het risico tot het ontstaan en escaleren van agressie te beperken en de weerbaarheid van de medewerkers te versterken.

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat zorg verlenen mensenwerk is. Doordat het mensenwerk betreft is er per definitie sprake van een verhoogde kans op een menselijke fout. Middels o.a. bovengenoemde sturings-, risicobeheersings- en controlesystemen, wordt echter alles in het werk geteld om elk risico tot het minimum te beperken.

In 2009 is Zorgorganisatie Het Hoge Veer geconfronteerd met een aantal diefstallen. Door intensieve inspanningen van betrokkenen vanuit Zorgorganisatie Het Hoge Veer is, in nauwe samenwerking met de politie, uiteindelijk een medewerker gearresteerd, op staande voet ontslagen en zal vervolging plaatsvinden.

Tot slot met betrekking tot de financiële positie van Zorgorganisatie Het Hoge Veer enkele algemene opmerkingen uit de accountantsverklaring 2009. Volgens de accountant is de vermogenspositie goed en is deze een prima uitgangsbasis voor toekomstige ontwikkelingen. De liquiditeitspositie is gezond en de ontwikkeling van de rentabiliteit van het eigen vermogen (ruim 24%) laat een positieve ontwikkeling zien in de loop van de jaren, ook ten opzichte van de Benchmark. Dit geeft aan dat de vermogenspositie in de loop van de jaren is versterkt. Zie voor meer informatie met betrekking tot de financiële prestaties over 2009, de Jaarrekening verderop in dit document.

De risico's en maatregelen zijn beschreven in een apart document.

2.3 Cliëntenraad

Binnen de organisatie is er een Cliëntenraad (CR). De taakverdeling en de werkwijze zijn vastgelegd in een reglement. In de begroting is een budget gereserveerd voor de cliëntenraad.

Namen en functies van Cliëntenraadsleden per 31-12-2009

Naam	Functie
Dhr. P.J.A. Vissers	Voorzitter
Mevr. J.G. Staneke-Scheen	Secretaris
Mevr. M.M. Pluym - Wintermans	Lid
Mevr. F.C. Wittstock-Hulleman	Lid

Onderwerpen, acties en resultaten Cliëntenraad / Raad van Bestuur

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2008	Geïnfomeerd en besproken
Accountantsverslag 2008	Geïnfomeerd
Organisatorisch beleidsplan 2009	Geïnfomeerd en besproken
Begroting 2010	Geïnfomeerd en besproken
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnfomeerd
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnfomeerd en betrokken
Plan van Aanpak n.a.v. cliëntenraadpleging 2009	Positief advies CR
ZZP	Geïnfomeerd
Eigen bijdrage	Geïnfomeerd
Waskosten	Geïnfomeerd; besproken; instemming CR
Menucommissie	Lid CR heeft zitting genomen in menucommissie
Maaltijdenquête	Geïnfomeerd en betrokken
Waarderingsonderzoek cliënten door Loveren & Partners	Geïnfomeerd; besproken; instemming CR
Verkiezingen CR	Hebben plaatsgevonden
Reglement van de CR	Geactualiseerd

Onderwerpen/acties	Resultaten
Besluit tot instelling van de CR	Geactualiseerd
Folder CR	Is gemaakt, CR heeft aanvullingen geleverd
Huisreglement	Is aangepast, instemming CR
Nieuwe klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon	Geïnformeerd
Aanpassing richtlijn restitutiebedragen brood- en waskosten	Geïnformeerd; besproken; instemming CR
Invoeren mondzorg	Geïnformeerd; besproken; instemming CR
Brochure AWBZ-instelling	Geïnformeerd en besproken
Gevolgen AWBZ-pakketmaatregel	Geïnformeerd en besproken
Zorginkoop 2010	Geïnformeerd en besproken
Personenalarmering in Geertruidenberg	Geïnformeerd en besproken
Maatregelen griep пандеміе	Geïnformeerd en besproken

2.4 Ondernemingsraad

Binnen de organisatie is er een Ondernemingsraad (OR). De taakverdeling en de werkwijze zijn vastgelegd in een reglement. In de begroting is een budget gereserveerd voor de Ondernemingsraad.

Namen en functies Ondernemingsraadsleden per 31-12-2009

Naam	Functie
Mw. J. van Dooren	voorzitter
Mw. C.J.M van Strien - Eersel	secretaris / 2 ^e voorzitter
Mw. M.L.A. van Heezik - Ligtvoet	lid / 2 ^e secretaris
Mw. J.A.M. Brenters	lid
Mw. M.A.A. Kloonen - Poppe	lid
Mw. F.J.W.M. Soeters - Lander	lid
Mw. C.W.J. Prins - Emmen	lid

Onderwerpen, acties en resultaten Ondernemingsraad / Raad van Bestuur

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2008	Geïnfomeerd en besproken
Accountantsverslag	Geïnfomeerd en besproken
Organisatorisch beleidsplan 2010	Geïnfomeerd en besproken
Begroting 2010	Geïnfomeerd en besproken
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnfomeerd en besproken
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnfomeerd
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnfomeerd, besproken en betrokken
Decentrale afspraken CAO-VVT vastgelegd	Besproken; instemming OR
OR informeert medewerkers middels werkoverleg en nieuwsbrief	Invoering door OR
Wijziging fiscale verhuiskosten regeling	Geïnfomeerd en besproken
Invoering ZZP-systematiek	Geïnfomeerd en besproken
Maandplanning dienstlijst	Instemming OR
Herinrichting zorg- en welzijnteams	Instemming OR
Verlofmand	Instemming OR
Extra overleg tussen OR en Managers Zorg rond afstemming werk/privé/dienstrooster	Heeft plaatsgevonden
Reglement OR	Geactualiseerd door OR
Verkiezingen OR	Hebben plaatsgevonden
Bespreking wederzijdse verwachtingen nieuwe OR en Raad van Bestuur	Hebben plaatsgevonden met positief resultaat
Rooster van aftreden	Is opgesteld door OR
Meer/minder uren	Geïnfomeerd en besproken
Enquête maanddienstrooster ten behoeve van evaluatie met MT	Uitgevoerd door OR
Evaluatie maanddienstrooster OR / MT	Heeft plaatsgevonden met positief resultaat

3 Beleid, inspanningen en prestaties

3.1 Meerjarenbeleid

Missie

Het creëren van een woon- en leefklimaat waarin de cliënt, ondanks eventuele (toenemende) afhankelijkheid van anderen, zelf richting geeft aan het eigen leven.

Visie

Door het beïnvloeden van omgevingsfactoren en het ondersteunen van het zelfzorgvermogen is de mens in staat om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven in zijn eigen woon- en leefomgeving. Hierbij wordt uitgegaan van een zelfstandige, verantwoordelijke burger die in staat is zelf keuzes te maken. De zinsbeleving van de mens staat hierbij centraal.

Doelstelling wonen

De doelstelling ten aanzien van het wonen is: het bieden van een woning waarin mensen zelfstandig kunnen blijven wonen onafhankelijk van de toenemende vraag naar professionele zorg.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- zelfstandig thuis wonen (op basis van reguliere huurovereenkomst*)
 - privacy
 - geen gedwongen scheiding van de partner
- niet behoeven te verhuizen bij toenemende vraag naar zorg
- huisvesting aangepast aan specifieke eisen
- scheiding van kosten voor woning, zorg en welzijn*
 - eigen beheer over inkomen en uitgaven
- niet in een instituut wonen
 - algemene voorzieningen aanwezig in complex
 - ook andere leeftijdsgroepen
 - ook bewoners zonder zorgindicatie
- de levensloopbestendigheid van het gebouw zelf
 - in potentie is het gebouw multifunctioneel
- gedifferentieerd woonmilieu

* met uitzondering van een beperkt aantal intramurale plaatsen

Doelstelling diensten, welzijn en zorg

De doelstelling ten aanzien van diensten, welzijn en zorg is: het leveren van integrale, traploze en flexibele arrangementen die aansluiten bij de individuele behoeften van de cliënt.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- de vraag van de cliënt bepaalt het aanbod, dat wil zeggen
 - geen standaardpakketten, maar op basis van behoefte een 'aanbod op maat'
 - een optimale regie door de cliënt
 - optimale mogelijkheid tot zelfzorg
- integrale teams, zodat
 - de zorg door één team wordt geleverd
 - per cliënt niet meer (verschillende) zorgverleners dan strikt noodzakelijk worden ingezet

- er geen sprake is van hiaten en overlappings in de zorgverlening
- integrale zorg, waarbij
 - meerdere zorgproducten aanwezig zijn
 - een goede onderlinge afstemming in (multidisciplinair) overleg is gegarandeerd
- flexibiliteit, hetgeen impliceert dat
 - de zorg wordt geleverd wanneer die op dat specifieke moment nodig is (dus niet uitgegaan wordt van een dagelijks terugkerend standaardzorgplan)
 - ook de dagelijks terugkerende zorg 'op afroep' geleverd kan worden
- traploos, zodat
 - bij een toenemende zorgbehoefte sprake is van continuïteit van zorg en zorgverleners in dezelfde eigen woning
- klantvriendelijke attitude, dus
 - een respectvolle en gelijkwaardige bejegening
- de zorgbehoefte van de cliënt is in principe geen reden tot verhuizing

Strategische en concurrentiepositie

Zorgorganisatie Het Hoge Veer hecht er veel waarde aan om op alle niveaus een zekere menselijke maat te hanteren. Aandacht is een belangrijk aspect in het menselijk verkeer, zo ook binnen organisaties en in het bijzonder dienstverlenende organisaties. Dit resulteert onder andere in een beleid dat gericht is op een bepaalde mate van kleinschaligheid. De gerichtheid op de gemeente Geertruidenberg en de zelfstandigheid van de Stichting vormen hierin een belangrijk onderdeel. Zorgorganisatie Het Hoge Veer streeft wel naar een zeer nauwe samenwerking met andere organisaties en ketenzorg-partners. Voorwaarde voor dergelijk samenwerkingsrelaties is dat er sprake moet zijn van aanvullendheid, een gerichtheid op de gemeente Geertruidenberg en dat het niet ten koste gaat van de principes rond marktwerking. De belangrijkste primaire samenwerkingspartners in deze zijn WSG, De Riethorst Stromenland en de SWOG. Met betrekking tot de ketenzorg is Zorgorganisatie Het Hoge Veer ook aangesloten bij de Anneville Groep.

Ondanks, of wellicht juist door, de relatief kleinschalige opzet, neemt Zorgorganisatie Het Hoge Veer in de regio al jaren lang een zeer sterke concurrentiepositie in. Deze concurrentiepositie wordt zowel op kwalitatief als financieel gebied ingenomen.

Naast het hierboven beschreven strategische beleid rond de nieuwbouw en het bijbehorende concept, werkt Zorgorganisatie Het Hoge Veer, voortkomend uit de missie, visie en doelstellingen, tevens aan een belangrijke positie op het gebied van Zorg-aan-Huis (thuiszorg). Op dit gebied is er de afgelopen jaren binnen de Stichting sprake geweest van een zeer sterke groei. Eén van de ambities van Zorgorganisatie Het Hoge Veer is om ten aanzien van de Zorg-aan-Huis op de langere termijn marktleider te worden binnen de Gemeente Geertuidenberg.

In de onderstaande tabel is de uitwerking van het strategische beleid over 2009 weergegeven.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Nieuwbouwplan op 2 locaties en herinrichting interne organisatie	Actualiseren en uitwerken nieuwbouw beleidsplan, herinrichten organisatie en uitvoering plan van aanpak	Nieuwbouw beleidsplan is geactualiseerd. Voorbereidingen nieuwbouw en uitwerking plan t.a.v. 2 locaties in samen-	Er is geen financieel risico voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer met betrekking tot de ontwikkeling, de bouw, de inrichting, de tijdelijke huisvesting en de verhuizing van cliënten en or-

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		<p>werking met o.a. WSG, architect, gemeente</p> <p>Procedures voor medewerkers rond locatiekeuze en kleinschalig wonen voor dementerenden</p> <p>Vorbereidingen en scholingen rond o.a. competenties en werkprocessen m.b.t. ZZP's, verblijf zwaar en extramuralisering</p> <p>Samenstelling en bekendmaking van de diverse teams per locatie</p>	<p>ganisatie. Het risico wordt gedragen door samenwerkingspartner WSG</p> <p>Tevens is er geen financieel risico met betrekking tot de hoogte van de huur en het inventaris voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer. De huur blijft in overeenstemming met de overheids gelden die hiervoor worden ontvangen</p> <p>Er bestaat wel een risico op leegstand in de oudbouw situatie.</p> <p>Echter, gezien het huidige systeem van interne budgettering de kleinschalige relatief platte organisatie en de omzetting in 2009 van 24 plaatsen verblijf licht naar verblijf zwaar, is er sprake van een organisatie die zich snel en daadkrachtig kan aanpassen aan veranderingen. Het financiële risico bij leegstand blijft hierdoor beperkt en beheersbaar</p> <p>Ook is er een financieel risico in de 'tijdelijke' huisvestingsperiode, omdat er dan sprake zal zijn van 2 kleinere locaties. Hierdoor zullen de personeelskosten hoger kunnen zijn.</p> <p>Met dergelijke risico's is rekening gehouden door een, inmiddels, eigen vermogen op te bouwen van ruim 24% (per 31-12-2009). Dit risico zal daarom geen bedreiging vormen voor de bedrijfsvoering</p> <p>In de nieuwbouw is er sprake van een ruime mate van bovennormatieve vierkante meters, hetgeen een verhoging is van de kwaliteit van de appartementen, het complex en de zorginfrastructuur, dus ook van de toekomstige leefbaarheid en</p>

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
			<p>werkomstandigheden. Dit is tevens een garantie met betrekking tot de toekomstbestendigheid van het complex en heeft daarmee een risico beperkende uitwerking ten aanzien van de toekomstige exploitatie en werkgelegenheid</p> <p>Tevens is er sprake van een hoge mate van multifunctionaliteit, aanpasbaarheid en duurzaamheid van het gebouw en de appartementen</p> <p>De start van de bouw van 2 flats (92 appartementen) op locatie Rivierzicht zal in februari 2010 plaatsvinden</p> <p>De gefaseerde sloop en bouw van locatie Hoge Veer Complex zal pas van start kunnen gaan als locatie Rivierzicht in gebruik is genomen.</p> <p>Volgens de huidige planning zal de ingebruikname van locatie Rivierzicht in het laatste kwartaal van 2011 plaatsvinden</p>

3.2 Algemeen beleid

Voortkomend uit de missie, visie en doelstellingen zal de traditionele intramurale verzorgingshuisvoorziening van Zorgorganisatie Het Hoge Veer in de komende jaren grotendeels ophouden te bestaan en worden omgevormd tot een wijkgerichte organisatie.

De omgevormde Zorgorganisatie Het Hoge Veer zal 4 kerntaken hebben welke elk gevormd wordt op integrale basis. De kerntaken zijn:

- wonen;
- diensten;
- welzijn;
- zorg.

Met betrekking tot deze kerntaken worden er resultaatverantwoordelijke integrale wijkgerichte teams geformeerd, die zowel in de nieuwe wooncomplexen als in de omliggende wijken in (voornamelijk) de gemeente Geertruidenberg werkzaam zullen zijn. Zo zal er een integraal facilitair team, een integraal welzijnsteam en er zullen integrale zorgteams komen te bestaan.

Het huidige complex zal worden vervangen door complexen op 2 locaties voor levensloopbestendig wonen. Kernwoorden hierbij zijn:

- vraagsturing (diensten worden bepaald door behoeften en wensen);

- scheiden van wonen en zorg (voor een groot deel zelfstandige huurders);
- deïstitutionaliseren (zorgcentrum wordt vervangen door complexen met levensloopbestendige woningen);
- extramuraliseren (alle welzijn- en zorgfuncties in en voor de hele wijk);
- ontkokeren (woon-, diensten-, welzijns- en zorgarrangementen integraal door samenwerking);
- multifunctionaliteit (in de complexen zijn verschillende voorzieningen voor de hele wijk en de complexen zijn aanpasbaar).

Bovengenoemde proces is, middels o.a. het plan van aanpak behorende bij het beleidsdocument Levensloopbestendig Wonen, in gang gezet en zal voortduren tot de nieuwbouw en de bijbehorende herziening van de organisatie geheel is gerealiseerd. In de onderstaande tabel staan de algemene beleidsdoelen, de afgeleide strategische beleidsdoelen en de prestaties over 2009 weergegeven.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Per 01-01-2009 24 plaatsen Verblijf Licht omzetten in 24 plaatsen Verblijf Zwaar PG BOPZ	<p>Wijziging toelating</p> <p>Verbouwing en aanpassing (WSG) etage tot gesloten verpleeghuisunit psychogeriatric</p> <p>Selectie, indicering en begeleiding cliënten en contactpersonen</p> <p>Selectie en scholing medewerkers</p> <p>Samenstellen BOPZ-handboek</p> <p>Samenwerkingsovereenkomst (para)medisch zorgverlening De Riethorst Stroomland</p> <p>Overeenkomst mondzorg met Mondzorg voor Instellingen</p> <p>Overeenkomst toezichthoudende apotheek</p> <p>Aanpassing financiering en inkoop</p> <p>Inspectie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg</p>	Inspanningen hebben met positief resultaat plaatsgevonden	<p>Vooruitlopend op het kleinschalig wonen voor dementerenden in de nieuwbouw, is het vanuit de visie van Zorgorganisatie Het Hoge Veer, de cliënt- en vraaggerichtheid (zorgcontinuüm) en de strategische bedrijfsvoering, van essentieel belang geweest dat deze omzetting heeft plaatsgevonden</p> <p>Verbreding dienstverlening</p> <p>Voornemen: begin 2010 uitbreiding van toelating aanvragen voor nog eens 24 plaatsen Verblijf Zwaar (somaïsch)</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Ontwikkeling en voorbereiding Crisisplaats Verblijf Zwaar PG BOPZ	Afspraken met Zorgkantoor en De Riethorst Stromenland Aansluiting bij Regionaal Platform Geriatrie i.v.m. crisisopvang	Inspanningen hebben met positief resultaat plaatsgevonden	Invoering m.i.v. 2010 Verbreding dienstverlening
Aanbesteding huishoudelijke zorg	Opstellen en indienen offerte	Contract voor 2 jaar met optie vanuit de gemeente tot 2x 1 jaar verlenging	De bedrijfsvoering m.b.t. de levering van de huishoudelijke zorg en de werkgelegenheid wordt gecontinueerd Met ingang van 01-01-2010 wordt de productie van de huishoudelijke zorg in een keer meer dan het dubbele en zijn er ruim 40 nieuwe medewerkers in dienst gekomen. Zorgorganisatie Het Hoge Veer is hiermee de grootste aanbieder van huishoudelijke zorg in de gemeente Geertruidenberg geworden Van belang voor de cliënten vraaggerichtheid (zorgcontinuüm) en de strategische bedrijfsvoering Uitbreiding cliëntenkring
Personenalarmering in gemeente Geertruidenberg in samenwerking met de SWOG	Afspraken met SWOG en gemeente Aanpassing interne organisatie	Is van start gegaan	Is van belang voor een nog sterkere verankering van Zorgorganisatie Het Hoge Veer binnen de gemeente Geertruidenberg Uitbreiding cliëntenkring
Positief advies Zorgkantoor m.b.t. 25 extra plaatsen Verblijf Licht in nieuwbouwsituatie	Aanvraag	Positief advies Zorgkantoor	Continuering grootste deel intramurale plaatsen (3x 25 licht, 24 zwaar, 2x kortdurend verblijf) in nieuwbouwsituatie Van belang voor de cliënten vraaggerichtheid (zorgcontinuüm) en de strategische bedrijfsvoering
Ontwikkeling en voorbereiding	Overeenkomst mondzorg met Mondzorg	Ontwikkeling en voorbereiding heb-	Invoering m.i.v. 2010

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
mondzorg voor Verblijf Licht	voor Instellingen	ben plaatsgevonden	Verbreding dienstverlening
Het meten van de prestaties van Zorgorganisatie Het Hoge Veer door het uitvoeren van een geïntegreerde continue Benchmark	Medewerkermonitor Cliëntenraadpleging en cliëntenpanels Financiële positie	Gemeten in het jaar 2009 op de bouwstenen: Personeel, Cliënten en Financiële prestaties	Voor de resultaten m.b.t. cliëntgebondenindicatoren, zie § 4.4.1 Voorlopige resultaten medewerkerswaardering zijn bekend en besproken in het managementteam. Maart 2010 verschijnen de definitieve resultaten. De voorlopige uitslagen blijken positief. De resultaten die uitmonden in een verbeterdoel worden opgenomen in een plan van aanpak medewerkerswaardering en in de beleidsplannen Uit de Benchmark van 2009 komt naar voren dat de financiële positie en de nettomarge van Zorgorganisatie Het Hoge Veer hoger scoort dan het gemiddelde van de VVT-sector
Administratieve organisatie en interne controle van wachtlijst t/m declaratie (AO&IC) is aangepast aan veranderde richtlijnen	Naar aanleiding van veranderingen in de richtlijnen is de AO&IC-procedure aangepast	Aanpassingen aangebracht in het document 'administratieve organisatie en interne controle van wachtlijst t/m declaratie'	AO&IC-verklaring door accountant afgegeven bij productie 2009
Ziekteverzuim < 5%	Verantwoordelijkheden met betrekking tot ziektebegeleiding bij betrokken leidinggevenden Korte lijnen met Arbo-Unie	Percentage 6,41% ligt hoger dan de doelstelling	Hogere percentage heeft te maken met een aantal (wisselende) langdurige niet arbeidsgerelateerde, en daardoor niet tot nauwelijks beïnvloedbare, ziektes. Rondom ziektebegeleiding en reïntegratie heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer alle benodigde inspanningen verricht
Uitgaven binnen de interne budgetten Productie volgens	Interne budgettering-systeem (met onder andere periodieke rapportages rond kos-	Positief resultaat jaarrekening	Evenals in de voorliggende jaren is er sprake van een ruim positief resultaat, zie hiervoor de jaarreke-

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
begroting realiseren	ten/loonkosten/ productie)		ning verder in dit jaardocument
Loonkosten en productie volgen en bijsturen, teneinde financiële risico's tegevolge van met name marktwerking te beperken	Continu aandacht voor voldoende flexibele arbeidsovereenkomsten en een op de vraag afgestemde personeelsinzet		Vorbereiding/aanpassing begroting, interne budgettering en interne organisatie hebben plaatsgevonden dusdanig dat per 01-01-2010 de verdere invoering hiervan doorgang kan vinden. Op teamniveau zullen er hier en daar in de eerste helft van 2010 nog nadere aanpassingen dienen plaats te vinden en/of het een en andere verder vorm worden gegeven
Eigen vermogen van de organisatie vergroten	Continu aandacht voor een goede en bredere naamsbekendheid door onder andere adverteren, consulente diensten, hoge kwaliteit van dienst- en zorgverlening		
Begroting, interne budgettering, interne organisatie aanpassen aan ZZP-systematiek	Het zonder risico verhogen van het eigen vermogen middels rente inkomsten		

3.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsmanagementsysteem

Kwaliteitszorg is de zorg van iedereen: iedereen draagt bij aan het leveren van verantwoorde zorg. De organisatie van kwaliteit is echter een specifieke managementverantwoordelijkheid. Om inhoud te geven aan de managementverantwoordelijkheid voor kwaliteit heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer een kwaliteitsmanagementsysteem ontwikkeld. Een kwaliteitsmanagementsysteem is een regelsysteem. Als dit systeem goed functioneert, kan Zorgorganisatie Het Hoge Veer dat voor haar cliënten zichtbaar maken. Zorgorganisatie Het Hoge Veer garandeert dat de kwaliteit van het uiteindelijke product of de dienst systematisch wordt bewaakt en zo nodig verbeterd.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is een uniek systeem, toegespitst op de aard en activiteiten van de organisatie. Het zijn uiteindelijk de leidinggevenden en medewerkers die het kwaliteitsmanagementsysteem tot leven brengen en onderhouden, het systeem komt tot uitdrukking in het denken en gedrag (kwaliteitsmentaliteit).

Doel van kwaliteitsmanagement is aan te sluiten op de behoeften van de cliënt door effectieve, doelmatige en efficiënte levering van zorg, diensten en producten. De belangrijkste leidraad hierbij is om de organisatie in alle facetten naar een hoger niveau te brengen en voortdurend te werken aan verbetering.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is een hulpmiddel voor het management om werkprocessen te beheersen en om de kwaliteit van een organisatie op een systematische wijze (bij) te sturen. Daarom heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer de eigen processen, de samenhang, de risico's en de maatregelen beschreven.

Certificatieschema

HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector. Zorgorganisatie Het Hoge Veer gebruikt het HKZ certificatieschema voor thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Dit schema geeft precies aan wat Zorgorganisatie Het Hoge Veer geregeld dient te hebben en waaraan het kwaliteitssysteem moet voldoen. De HKZ-normen bepalen niet wat de organisatie daadwerkelijk moet gaan doen, maar de normen helpen bij het verbeteren van ieders werk.

De HKZ-normen zijn gericht op het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie. Ze komen tot stand in overleg met deskundigen uit de branche en worden getoetst door een onafhankelijke certificatie-instelling, welke een overeenkomst heeft met Stichting HKZ en daartoe geaccrediteerd is door de Raad voor Accreditatie. Stichting HKZ stimuleert het werken aan kwaliteit vanuit het perspectief van de cliënt. Centraal daarin staat het HKZ Keurmerk. Het HKZ Keurmerk bewijst én waarborgt de kwaliteit van de geleverde zorg. Een organisatie met een HKZ Keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de cliënt principieel centraal en werkt voortdurend aan verbetering van de zorg- en dienstverlening.

Het kwaliteitsbeleid van Zorgorganisatie Het Hoge Veer is mede vertaald in het organisatorisch beleidsplan en de teambeleidsplannen. Deze plannen vervullen de volgende functies:

- het is een coördinatiemiddel om kwaliteitsgericht te werken;
- het geeft duidelijkheid aan medewerkers en cliënten hoe gedurende een periode aan kwaliteit en een verantwoord zorg- en werkklimaat wordt gewerkt;
- het is een concrete vertaling van kwaliteitsbeleid naar kwaliteitsgericht werken;
- het omschrijft de methodiek om kwaliteit te bevorderen.

Het organisatorisch beleidsplan en de teambeleidsplannen bestaan uit een kwalitatief en een kwantitatief gedeelte. Hierin zijn alle doelen opgenomen die Zorgorganisatie Het Hoge Veer in een bepaalde periode wil behalen.

In het kwalitatieve gedeelte worden de doelen geconcretiseerd in subdoelen. De subdoelen worden getoetst via opgestelde toetsingsnormen. Indien uit de toetsing blijkt dat een (sub)doel onvoldoende is gerealiseerd, vormt dit een aanleiding om aan verdere verbeteringen te gaan werken.

Om de haalbaarheid en inspanningen rond de geformuleerde doelen qua tijd, financiën, materiële en personele middelen inzichtelijk te maken, worden er activiteitenplannen opgesteld. Hierin is terug te vinden wie er verantwoordelijk is, op welke wijze het wordt uitgevoerd, of er al dan niet cliënten bij betrokken worden, hoeveel tijd, geld en (personele) middelen er vrijgemaakt dienen te worden en welk toetsingsinstrument gehanteerd wordt.

De voortgang van de beleidsplannen is een vast agendapunt op het managementoverleg, coördinatorenoverleg en het werkoverleg van de diverse teams.

Jaardocument

In dit document wordt o.a. verantwoording afgelegd over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Het jaardocument geeft informatie over de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening. Het jaardocument is een momentopname en wordt gezien als een document naar een verdere groei van het kwaliteitsmanagementsysteem.

In het jaardocument wordt concreet aangegeven hoe kwaliteitszorg in de organisatie vorm heeft gekregen en welke ontwikkelingen zich daarbij in het afgelopen jaar hebben voorgedaan. Het verslag geeft inzicht in het gevolgde proces van kwaliteitszorg, waarbij de gehanteerde systematiek wordt vermeld en de daarbij behaalde resultaten. De effecten van

de in dat jaar ondernomen kwaliteitszorgactiviteiten worden weergegeven. Op deze wijze wordt de dynamiek in de kwaliteitszorg binnen Zorgorganisatie Het Hoge Veer zichtbaar.

Het jaardocument heeft een interne en externe functie. Middels dit document maakt Zorgorganisatie Het Hoge Veer voor interne en externe betrokkenen zichtbaar hoe de organisatie met kwaliteitsbeleid doende is. Met betrekking tot de interne functie is het geschreven voor de cliënten, medewerkers, management, ondernemingsraad, cliëntenraad en raad van toezicht. De externe functie is gericht op derden als Zorgkantoor, gemeente, accountant, samenwerkingspartners, VWS, andere zorgaanbieders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In de onderstaande tabel staan de kwaliteitsdoelen en de uitwerking daarvan over 2009 weergegeven.

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
Verbeteren van de cliëntenwaardering	<p>Metten van de waardering van de cliënten</p> <p>Bespreken van de uitslagen</p> <p>Schrijven van een plan van aanpak</p> <p>Uitvoeren van het plan van aanpak</p>	Maart 2009 heeft er een cliëntenwaarderingsonderzoek op basis van de CQ-index plaatsgevonden	<p>Het doel dat 80% van de vragen boven of gelijk aan de 3 sterren scoren is voor intramurale en extramurale (verzorging en verpleging) cliënten behaald</p> <p>Bij de contactpersonen psychogeriatric is het doel niet gehaald</p>	<p>Uitslagen zijn besproken in het managementteam, coördinatorenoverleg, het werkoverleg van de diverse teams en in de cliëntenraad</p> <p>Plan van aanpak heeft positief advies gekregen van de cliëntenraad en wordt opgenomen in de beleidsplannen</p> <p>Herhalingsonderzoek vindt plaats rond maart 2010 met betrekking tot de contactpersonen psychogeriatric en de maaltijden. Beoordeeld kan dan worden of de verbeteracties effect hebben gehad</p>
Metten van de waardering onder vrijwilligers	<p>Uitvoeren van een enquête onder de vrijwilligers</p> <p>Resultaten bespreken in het werkoverleg van</p>	Het onderzoek heeft in juli 2009 plaatsgevonden	Het doel dat alle vragen boven de 60% scoren is gehaald	De uitslagen zijn besproken in het werkoverleg van team welzijn en op de jaarvergadering van de

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
	team welzijn en in het managementteam			vrijwilligers
Bevorderen van het deskundig handelen van de medewerkers rondom incontinentie	<p>Overeenkomst met Zorgservice Nederland</p> <p>Indicatiestelling m.b.t. incontinentie afstemmen in huisartsenoverleg</p> <p>Aanstellen coördinator incontinentie</p> <p>Instructie aan medewerkers rond omgang met incontinentiematerialen</p>	<p>Protocol incontinentie overeenkomstig HKZ normen</p> <p>Minder vochtletsels door betere omgang met incontinentiemateriaal</p> <p>Huisartsen geven steeds vaker een indicatie incontinentie af</p> <p>Verbruik van incontinentiematerialen ligt in 2009 lager dan in 2008</p>	<p>In het 2010 heeft, indien nodig, elke cliënt een incontinentie indicatiestelling. LPZ april 2009: 7,45%. Streven LPZ april 2010: 100%</p> <p>In 2010 is het aantal vochtletsels met 10% afgenomen t.o.v. 2009. LPZ april 2009: 13,6%. Streven LPZ april 2010: 12,24%</p>	<p>Evaluatie vindt plaats middels LPZ meting 2010</p> <p>Jaarlijkse evaluatie rond samenwerking met ZorgService NL</p> <p>Coördinator incontinentie evalueert jaarlijks het gebruik van incontinentiemateriaal</p> <p>M.b.t. het diagnosticeren van incontinentie bij cliënten is Zorgorganisatie Het Hoge Veer afhankelijk van de huisartsen die de diagnose dienen te stellen. Voor 2010 zijn er nieuwe afspraken hierover gemaakt met de huisartsen en ZorgService NL. De verwachting is dat deze afspraken van positieve invloed zullen zijn op het diagnosticeren van incontinentie door de huisartsen</p>
<p>Training en instructie voor betrokken medewerkers rond omgang psychogeriatrische cliënten</p> <p>Er is meer kennis</p>	<p>Training en instructie rond psychogeriatric</p> <p>Klinische les rond kanker heeft plaatsgevonden</p>	<p>Training en instructie heeft plaatsgevonden en krijgt nog een vervolg</p> <p>Klinische les heeft plaatsgevonden</p>	/	<p>Het doel loopt door in 2010, het accent zal dan komen te liggen rond de omgang met afwijkend en als problematisch ervaren gedrag</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
onder de betrokken medewerkers rond verschillende vormen van kanker				
Aanpassing registratieformulieren rondom voeding (HACCP)	Knelpunten zijn geïnventariseerd en verbeterpunten opgesteld Nieuwe formulieren zijn ontwikkeld	Nieuwe registratieformulieren worden per 01-01-2010 ingevoerd	/	Toetsing vindt plaats in juni 2010
Efficiënte en vraaggestuurde werkprocessen van het wijkteam	Werkgroep onder leiding van een extern deskundige Teamtraining extramuralisering	Budget en personeelsinzet zijn in evenwicht met de productie Werkprocessen verlopen efficiënt en vraaggestuurd	Looproutes op basis van een koppeling tussen zorgvraag en competentie van de medewerker zijn ingevoerd Begroting: 14.348 uren extramuraal Realisatie: 12.657 uren extramuraal FTE-inzet: 7.97 Productiviteit: 70,53%	Maandrapportage ten aanzien van interne budgettering periodiek evalueren in managementteam, in coördinatorenoverleg en in werkoverleg wijkteam Productieoverzichten per medewerker per maand
Informatie door de zorgcoördinator gegeven blijkt beter bij de cliënt	Informatie dient gedoseerd, herhaald en zowel schriftelijk als mondeling worden gegeven in begrijpelijke taal	Er is een nieuw en verbeterd informatieboek gemaakt	/	Het nieuwe informatieboek is ingevoerd. Het doel is behaald
Transformatie (in aanloop naar de nieuwbouw) van de receptie en de administratie tot een informatiebalie en een professionele en dagelijks bezette administratie	Dit doel is actief vanaf 2008. Een aantal zaken, zoals overheveling van verschillende administratieve taken naar de algemene, salaris en P&O administratie en de cliëntenadministratie heeft plaatsgevonden	Er is een duidelijke scheidingslijn tussen administratie en infobalie. Dit proces vindt continu plaats en zal in 2010 verder vorm worden gegeven	/	In 2010 zal dit doel, onder een andere naam en met nieuwe doelen worden opgenomen in het teambeleidsplan van het betreffende team

3.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

3.4.1 Kwaliteit van zorg VVT: verantwoorde zorg

Voor de uitkomsten van de CQ-index rond de cliëntenraadpleging heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer de waardering van de cliënten in maart 2009 laten onderzoeken. Voor de uitkomsten van de zorginhoudelijke indicatoren heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer meegedaan aan de toetsing van de normen Verantwoorde Zorg via de LPZ-meting (Universiteit Maastricht). Deze uitslagen worden door Prismant vertaald naar de thema's Verantwoorde Zorg en zijn zichtbaar op de website www.kiesbeter.nl.

Hieronder worden de indicatoren benoemd waarop Zorgorganisatie Het Hoge Veer lager dan 3 sterren scoorde en welke daardoor (norm Zorgorganisatie Het Hoge Veer) als verbeterpunten in aanmerking kwamen. De exacte uitkomsten worden weergegeven in DigimV verderop in dit jaardocument.

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
3.2 Maaltijden	100% van de opmerkingen en suggesties rondom de maaltijden worden behandeld. Het houden van een interne enquête over de waardering rond de warme maaltijden	Bij elke maaltijd kan de cliënt opmerkingen, klachten, wensen en suggesties rondom warme maaltijden op de bandbreedtekaart vermelden. Vervolgens worden alle opmerkingen door de maaltijdleverancier volgens de HKZ-methodiek verwerkt. Centraal hierbij staat het streven naar een hogere waardering van de cliënt Uitvoeren en verwerken van de enquête Deelname door een cliënt en de manager facilitair aan de menucommissie van de maaltijdleverancier	Naar aanleiding van opmerkingen vindt er door de maaltijdleverancier een vervolgactie plaats Enquête is gehouden en de uitslagen zijn besproken met de maaltijdleverancier, in het managementteam, de cliëntenraad, het coördinatorenoverleg en in het werkoverleg van team facilitair	Jaarlijks vindt overleg plaats tussen de bestuurder van Zorgorganisatie Het Hoge Veer en de divisie manager van de maaltijdleverancier over de voortgang en de overeenkomst Februari 2010 wordt er een interne herhalingsenquête gehouden rondom de waardering van de warme maaltijden Bandbreedtekaart is ingevoerd Deelname aan menucommissie heeft plaatsgevonden en wordt gecontinueerd
2.3 Telefonische bereikbaarheid (en communicatie)	Privacy moet gegarandeerd blijven, er moet binnen 5 minuten op een bel worden gereageerd, binnen 15 minuten	Een werkgroep heeft de knelpunten geïnventariseerd en oplossingen en voorwaarden ter invoering beschreven. Het managementteam	Het doel is behaald	Werkgroep evalueert in maart 2010

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	moet de medewerker aanwezig zijn en mobiele telefoons moeten aanstaan	en de overige teams zijn geïnformeerd via notulen van de werkgroep		
3.1 Lichamelijke verzorging	De gebitten van de cliënten worden verzorgd en behandeld volgens de richtlijnen van de NVVA	<p>Een werkgroep heeft een plan van aanpak geschreven. Het plan is leidend bij de invoering van systematische mondverzorging</p> <p>Overeenkomst tussen organisatie en tandarts</p> <p>Motto voor de mond-zorg is gekozen</p> <p>In het zorgplan zijn de richtlijnen t.a.v. mondzorg opgenomen</p> <p>Document mondzorg is geschreven</p> <p>Verzorgenden hebben een scholing mondzorg gevolgd</p> <p>Voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd voor contactpersonen, zorgcoördinatoren en tandarts</p> <p>Tandenpoetsinstructie is opgesteld</p> <p>Week van de mondzorg is georganiseerd</p> <p>Publicatie in De Langstraat</p> <p>In 2010 wordt er een mondzorgspecialist aangesteld</p>	<p>Het doel is gehaald voor de BOPZ-verpleegunit</p> <p>Invoering mondzorg bij overige teams in de organisatie volgt</p>	<p>Evaluatie met betrokkenen vindt plaats medio 2010</p> <p>Enquêteformulier afsluiten zorgrelatie</p>
4.3 (Bijna) incidenten m.b.t. vallen	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4
4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
(Bijna) incidenten m.b.t. medicatie				
4.7a en 4.7b Incontinentie (prevalentie en diagnose)	Zie § 3.3 Doelstelling: bevorderen van deskundig handelen van de medewerkers rondom incontinentie	Zie § 3.3	Zie § 3.3	Zie § 3.3
4.9 Probleemgedrag	Zie § 3.3 Doelstelling: training en instructie voor betrokken medewerkers rond omgang psychogeriatrische cliënten	Zie § 3.3	Zie § 3.3	Zie § 3.3
4.12 Professionaliteit en veiligheid zorgverlening	De doelstelling en werkwijze rond de BOPZ-verpleegunit is bij de contactpersonen bekend	Er hebben gesprekken plaatsgevonden tussen contactpersonen van cliënten, coördinerend verpleegkundige en verpleeghuisarts, waarin doelstelling en werkwijze BOPZ-verpleegunit is besproken	Het doel is gehaald	Maart 2010 vindt er een herhaling plaats van het waarderingsonderzoek onder contactpersonen. Hierna vindt evaluatie plaats n.a.v. de uitslag. Afhankelijk van de uitslag zullen er zondig verdere acties volgen
4.13 Respectering rechten en vrijheidsbeperking	Met de cliënt en/of contactpersoon is besproken wat de rechten zijn t.a.v. toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen	Er hebben gesprekken plaatsgevonden tussen contactpersonen van cliënten, coördinerend verpleegkundige en de verpleeghuisarts, waarin de visie van de organisatie t.o.v. vrijheidsbeperkende maatregelen besproken is Beleidsnota 2010-2011 opgesteld CR is ingelicht middels en ingestemd met de beleidsnota Document vrijheidsbeperkende maatregelen	Het doel is gehaald	Vrijheidsbeperkende maatregelen worden minimaal maandelijks geëvalueerd met (verpleeghuis)huisarts, contactpersonen en/of cliënten Beleidsnota 2010-2011 wordt november 2010 geëvalueerd Tijdens half jaarlijks zorgplannoverleg worden vrijheidsbeperkende maatregelen

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		is aangepast		len geëvalueerd Enquêteformulier afsluiten zorgrelatie
5.1 Wooncomfort	Zie § 3.1 levensloopbestendig wonen	Bouw is gestart	Zie § 3.1 levensloopbestendig wonen	Vorderingen worden periodiek besproken in managementteam, cliëntenraad, ondernemingsraad, raad van toezicht en werkoverleg van de diverse teams Bestuurders WSG en Zorgorganisatie Het Hoge Veer participeren in periodiek overleg
5.3 Privacy en woonruimte	Zie § 3.1 levensloopbestendig wonen	Bouw is gestart	Zie § 3.1 levensloopbestendig wonen	Vorderingen worden periodiek besproken in managementteam, cliëntenraad, ondernemingsraad, raad van toezicht en werkoverleg van de diverse teams Bestuurders WSG en Zorgorganisatie Het Hoge Veer participeren in periodiek overleg
7.1 Mentaal welbevinden	Zorgverleners vragen dagelijks hoe het met de cliënt gaat	Gedragscode: werknemers werken volgens code Training georganiseerd rond de wet BOPZ voor verzorgende en verpleegkundigen Attitudetraining georganiseerd voor alle medewerkers		Jaarlijks wordt gedragscode geëvalueerd in het werkoverleg van alle teams Cliënten waarderingsonderzoek in maart 2010. Na aanleiding van de uitslag worden er zonedig verdere acties ondernomen

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		Per eind 2009 is er een koppeling tussen de sectoren zorg en welzijn		men Koppeling zorg en welzijn wordt in de 2 ^e helft 2010 geëvalueerd Enquêteformulier afsluiten zorgrelatie

3.4.2 Klachten

In 2009 zijn er geen klachten ingediend bij de klachtencommissie.

3.4.3 Toegankelijkheid

Zorgorganisatie Het Hoge Veer ligt in het centrum van Raamsdonksveer. De organisatie is 24-uur per dag telefonisch en fysiek bereikbaar.

Wachttijd: aanmelding voor zorg verloopt middels ZorgMatchOnline. Bij aanmelding van een cliënt neemt de consulent meteen contact op met de betreffende cliënt. Op dat moment wordt, indien hier sprake van is, de duur van de wachttijd gemeld en krijgt de cliënt een schriftelijke bevestiging toegezonden als bewijs dat de cliënt op de wachtlijst staat van Zorgorganisatie Het Hoge Veer.

Extramuraal kan de zorg doorgaans, afhankelijk van de vraag, van direct bij huishoudelijke zorg tot maximaal binnen 3 à 7 dagen, worden ingezet.

Voor intramurale cliënten is er doorgaans een beperkte wachtlijst. De volgorde van opname wordt in principe bepaald door de zwaarte van het ZorgZwaartePakket (onafhankelijke CIZ-indicatie) van de cliënt.

3.4.4 Veiligheid

Melding (bijna) incidenten cliënten

Doel van het (bijna) incidentenregistratiesysteem:

- inzicht krijgen in de aard en omvang van de (bijna) incidenten op organisatieniveau;
- op basis van analyse van (bijna) incidenten adequaat inspelen op situaties die om structurele maatregelen vragen, zodat het (bijna) incident niet meer plaats kan vinden.

De registratie van (bijna) incidenten is bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Iedere medewerker heeft de plicht een (bijna) incident waarvan hij/zij getuige is, de gevolgen aantreft of waarover hij/zij wordt ingelicht door cliënt, familie of bezoek, te melden via het registratieformulier. Dit geldt ook voor gevaarlijke situaties. Op het formulier wordt bij voorkeur de naam ingevuld, zodat navraag eventueel mogelijk is. Het formulier wordt naar de commissie Meldingen Incidenten Cliënten (MIC-commissie) gestuurd.

Het invullen van een formulier ontslaat de melder niet van de normale rapportageplicht binnen het eigen team of sector. Dit betekent dat geconstateerde (bijna) incidenten en gevaarlijke situaties moeten worden gemeld met behulp van een registratieformulier, maar ook in het werkoverleg aan de orde moeten worden gesteld. Ook dient het (bijna) incident, de eventuele schadelijke gevolgen ervan en de genomen maatregelen te worden gerapporteerd in het zorgdossier van de cliënt, en aan de familie.

De MIC-commissie houdt zich bezig met gemelde (bijna) incidenten en gevaarlijke situaties. Het doel van de commissie is het mede bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de zorg.

De commissie is een adviescommissie van de bestuurder. Rapportage en advisering worden rechtstreeks gedaan aan de bestuurder en het managementteam. De commissie heeft geen lijnbevoegdheden.

De taken van de commissie zijn:

- inventariseren en analyseren van (bijna) incidenten en gevaarlijke situaties;
- formuleren van adviezen aan bestuurder;
- verslaglegging.

De commissie bestaat uit:

- manager zorg 1 (voorzitter);
- verpleegkundig coördinatoren;
- preventiemedewerker;
- medewerker infobalie/administratie (ambtelijk secretaris);
- medisch adviseur (op afroep).

Eén keer per kwartaal wordt een overzicht van meldingen en de notulen, eventueel voorzien van adviezen, voorstellen ter verbetering en/of preventieve oplossingen, rechtstreeks aan het bestuurder en het management voorgelegd. Jaarlijks maakt de commissie een verslag voorzien van de jaarcijfers. Alle verslagen verschijnen in geanonimiseerde vorm. De bestuurder en, indien van toepassing, de teams, geven in reactie op het jaarverslag aan welke acties zijn ondernomen naar aanleiding van de adviezen.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
Waarborgen medicatieveiligheid	<p>Werkgroep medicatie heeft plan van aanpak geschreven en is goedgekeurd door managementteam</p> <p>Er is een werkinstructie 'werkwijze medicatie verstrekking vanuit appartement' opgesteld en goedgekeurd door het managementteam</p> <p>Er is een document sleutelbeheer opgesteld</p>	<p>Vanaf 01-01-2010 staat de medicatie bij de cliënten op het appartement. Alle cliënten krijgen hier toe een speciale afsluitbare medicijnkast. De medicatie, niet in het beheer van de cliënt zelf, wordt vanuit en op het appartement beheert en verstrekt</p> <p>Voor de BOPZ-verpleegunit wordt er een aparte medica-</p>	<p>Het aantal (bijna) incidenten m.b.t. medicatie daalt in het jaar 2009 met 10%.</p> <p>Aantal 2008: 146 Aantal 2009: 140</p>	<p>Dit doel is in 2009 niet gehaald</p> <p>Indicator 2010: (bijna) incidenten m.b.t. medicatie daalt naar 126 (10% van 140 in 2009)</p> <p>De werkgroep is ook in 2010 actief</p> <p>MIC-commissie</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
	Deelname aan project Polyfarmacie	tiekar aangeschaft. Werkinstructie en protocol worden hierop aangepast		Notulen MIC-commissie worden in het managementteam, coördinatoren overleg en het werkoverleg van de betrokken teams besproken
Inzicht krijgen in de oorzaken van (bijna) incidenten m.b.t. vallen, ten einde het aantal (bijna) incidenten te doen dalen	Werkgroep is medio 2009 gestart	Is nog niet afgerond	T.o.v. van 2008 is in het jaar 2009 het aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen verminderd met 5% Aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen 2008: 256 Aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen 2009: 245	Dit doel is in 2009 niet gehaald In teambeleidsplan 2010 is de indicator: t.o.v. van 2009 is in het jaar 2010 het aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen verminderd met 5%

3.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

Nieuwe medewerkers worden met zorgvuldigheid gekozen en ingewerkt. Er wordt niet alleen belang gehecht aan de technische vaardigheden van het vak, maar vooral ook, voortkomend uit de missie, visie en doelstellingen van de Stichting, de vaardigheden op het gebied van bejegening. Een gerichtheid op de zelfzorg (waaronder regievoering) van cliënten en een respectvolle privacybeschermende bejegening zijn belangrijke elementen.

Om medewerkers voor te bereiden op ontwikkelingen maar ook om hun deskundigheid op peil te houden zijn er aan de teams opleidingsbudgetten toegekend die gekoppeld worden aan de teambeleidsplannen. Zo kunnen de opleidingen per team nauw aansluiten bij de behoefte van het betreffende team. In aanloop naar de nieuwbouw en de nieuwe wijze van werken, zijn de opleidingsbudgetten gedurende een aantal jaren verdubbeld.

De medewerkers verzorging en verpleging worden periodiek geschoold ten aanzien van de BIG-handelingen, hiervan wordt een registratie bijgehouden.

Daarnaast vinden er periodieke bijscholing, herhalingsbijeenkomsten en registratie van bedrijfshulpverlening plaats.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een scholingsplan, waarin onder andere staat welke medewerkers er worden opgeleid en wanneer er scholingen plaatsvinden. Deze scholingsplannen zijn geïntegreerd in de teambeleidsplannen.

Alle gevolgde opleidingen en cursussen worden geregistreerd.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een erkenning van het Landelijk Orgaan Beroeps- onderwijs als leerbedrijf ten behoeve van het verzorgen van beroepspraktijkvorming (sta-

geplaatst en het opleiden van eigen medewerkers). Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft de volgende kwalificaties:

- verzorgende;
- helpende;
- zorghulp;
- helpende welzijn;
- sociaal pedagogisch werker 4.

In 2009 zijn de volgende studies, opleidingen, (bij)scholingen, cursussen, trainingen, bijeenkomsten, klinische lessen, congressen, informatiebijeenkomsten e.d. gevolgd en bijgewoond:

Soort	Aantal
Managementopleiding	5
Management support en facilitaire dienstverlening	1
HBO officemanagement	1
HBO management zorg & welzijn	1
Post HBO professioneel leidinggeven als zorgmanager	1
Hogere Beroepsopleiding Verpleegkundigen	1
Eerst Verantwoordelijk Verzorgende	10
Training op weg naar extramuraal team	12
HKZ audittraining	1
Interne audit training	7
Bedrijfshulpverlening	14
BBL-opleiding (niveau 2 en 3)	5
SPW 4	1
HACCP scholing	8
Bijscholing hygiëncode	2
Cursus sociale hygiëne	1
Bijeenkomst applicatie berichtenverkeer	3
Bijeenkomst applicatie Cura salarisadministratie	2
Bijeenkomst toekomst AWBZ	1
Bijeenkomst zorginkoop	1
Domotica beurs	1

Soort	Aantal
Zorg & ICT beurs	1
Bijeenkomst palliatieve zorg	10
Dementie congres	1
Klinische les dementie	16
Werkconferentie mondzorg	2
Bijeenkomst en poetsinstructie mondzorg	16
Cursus bewegen aan tafel	2
Cursus eerste contacten, eerste gesprekken (extramuraal huishouding)	2
Symposium hygiëncode	2
Horeca beurs	1

3.5.1 Personeelsbeleid

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	53	1,99
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	49	3,45

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, volgens de definitie van Vernet in percentages

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	6,41

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	0	0
Personeel met patiënt-/cliëntgebonden functies	0	0

3.5.2 Kwaliteit van het werk

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Werknemer, cliënt en gebruiker moeten zich veilig voelen	Opstellen plan van aanpak naar aanleiding van risico inventarisatie (RI&E) Uitwerken plan van aanpak	Risico inventarisatie heeft plaatsgevonden	De gegevens van de risico inventarisatie dienen nog verwerkt te worden. Daarna worden de gegevens gecontroleerd door de Arbo-Unie. Na de controle wordt er een plan van aanpak opgesteld Risico inventarisatie vindt één keer in de twee jaar plaats
Verbeteren van de medewerkerswaardering (in kader van continue Benchmark 2007)	Selecteren van verbeterpunten uit de medewerkermonitor 2007	Oprichten van de werkgroep medewerkerswaardering Afgelopen 2 jaar is veel veranderd m.b.t. het roosteren. Ieder team heeft eigen knelpunten besproken en daar afspraken over gemaakt. In het werkoverleg van de diverse teams wordt er regelmatig aandacht aan geschonken om bestaande afspraken te evalueren. Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar oplossingen die bij het betreffende team passen. Zo kan het voorkomen dat bepaalde afspraken per team verschillen. Dit is maatwerk omdat de omstandigheden per team kunnen verschillen. Medewerkers zijn voortdurend schriftelijk op de hoogte gesteld van veranderingen. Er is verscheidene keren overleg geweest tussen het management en ondernemingsraad	In najaar 2009 heeft er een nieuw medewerkerswaarderingsonderzoek plaatsgevonden. Afhankelijk van de uitslagen gaat de werkgroep eventueel weer van start

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie

3.6 Samenleving

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Leveren van een eigentijds en toekomstbestendig woon-, welzijns-, zorg- en dienstenconcept	Zie onder § 3.1	Zie onder § 3.1	Zie onder § 3.1
Afval van incontinentiemateriaal gescheiden verzamelen en verwerken	Gescheiden verzamelen Verwerking door Orgaworld	Gescheiden verzamelen Verwerking door Orgaworld	Ongewijzigde prestatie ten opzichte van 2008

3.7 Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio	2008	2009
Resultaatratio: Zwv-gefinancierde resultaten	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	0,039	0,029
Resultaatratio: niet-Zwv- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	/	/

Liquiditeit

Liquiditeit	2008	2009
	2,59	2,44

Solvabiliteit

Solvabiliteit	2008	2009
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	60,09%	57,77%
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	23,39%	24,27%

Jaarrekening

De jaarrekening is aan het eind van het jaardocument toegevoegd als hoofdstuk 4.

A DigiMV Profiel van de organisatie

A.1 Kerngegevens

A.1.1 Nadere typering

AWBZ-functies geleverd door het concern

Functie	Ja/nee
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Ondersteunende begeleiding	Ja
Activerende begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf op grond van de AWBZ	Ja

Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern

Prestatie	Ja/nee
Uitleen verpleegartikelen	Nee
Prenatale zorg	Nee
Advies, instructie en voorlichting	Nee
Voedingsvoorlichting	Nee

Overige zorg geleverd door het concern

Prestatie	Ja/nee
Dieetadvisering	Nee

Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg

Doelgroep	Ja/nee
Somatische aandoening of beperking	Ja
Psychogeriatrische aandoening of beperking	Ja
Psychiatrische aandoening	Nee
Lichamelijke handicap	Nee
Verstandelijke handicap	Nee
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	Nee

Private zorg

	Ja/nee
Hebt u in 2009 zorg verleend gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee

Onderaanneming	Antwoordcategorie
Hebt u in 2009 zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2009 zorg verleend als onderaannemer?	Nee

A.1.2 Kerngegevens: Productie, personeel en opbrengsten

De kerngegevens omvatten productie, personeel en opbrengsten. De vragen zijn toegepast op zorg die valt onder de Regeling Verslaggeving WTZi, per zorgsector. Als u zorg verleent in meerdere sectoren, krijgt u meerdere tabellen voorgelegd. De bedoeling is dat u de personeelsleden en opbrengsten vermeldt die *op deze zorg* betrekking hebben. Het

totale aantal personeelsleden en de totale opbrengsten van uw concern komen in de personeelstabel A.4 respectievelijk de jaarrekening naar voren.

A.1.3 Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg)

Kerngegevens VVT exclusief Wmo jeugdgezondheidszorg en kraamzorg

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Cliënten	Aantal
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	109
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	101
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	46
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	84
Capaciteit	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	117
Productie	Aantal
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	39.793
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	39.793
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	7335
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	16.199
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	279
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	147,33
Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	79.608
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	6.079.824
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	5.639.026
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	440.798

A.1.3.1 Productie, personeel en opbrengsten huishoudelijke hulp Wmo

Kerngegevens huishoudelijke hulp (Wmo), facultatief

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Patiënten/cliënten huishoudelijke hulp	
Aantal patiënten/cliënten per einde verslagjaar	158
Aantal patiënten/cliënten over het gehele verslagjaar (afgesloten trajecten plus patiënten/cliënten die per einde verslagjaar nog hulp ontvangen)	170
Productie huishoudelijke hulp	
Aantal uren productie in verslagjaar	
- Waarvan in natura	20.932
- Waarvan via persoonsgebonden budget	224
Personeel huishoudelijke hulp	
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	42
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	10,14
Kosten personeel niet in loondienst en zelfstandigen in verslagjaar	0
Bedrijfsopbrengsten huishoudelijke hulp	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	375.096
- waarvan Wmo-opbrengsten	375.096
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	/

A.1.4 Werkgebieden

Zorgkantorregio's

Nr	Regio	Ja/nee	Nr	Regio	Ja/nee
1	Groningen	Nee	17	Amstelland en De Meerlanden	Nee
2	Friesland	Nee	18	Zuid-Holland Noord	Nee
3	Drenthe	Nee	19	Haaglanden	Nee
4	Zwolle	Nee	20	Delft Westland Oostland	Nee
5	Twente	Nee	21	Midden Holland	Nee
6	Apeldoorn, Zutphen e.o.	Nee	22	Rotterdam	Nee
7	Midden IJssel	Nee	23	Nieuwe Waterweg Noord	Nee
8	Arnhem	Nee	24	Zuid-Hollandse eilanden	Nee
8	Nijmegen	Nee	25	Waardenland	Nee
10	Utrecht	Nee	26	Zeeland	Nee
11	Flevoland	Nee	27	West-Brabant	Ja
12	't Gooi	Nee	28	Midden-Brabant	Nee
13	Noord-Holland Noord	Nee	29	Noordoost Brabant	Nee
14	Kennemerland	Nee	30	Zuidoost-Brabant	Nee
15	Zaanstreek/Waterland	Nee	31	Noord- en Midden-Limburg	Nee
16	Amsterdam	Nee	32	Zuid-Limburg	Nee

A.1.5 Verpleging en verzorging

Capaciteitsgegevens verblijfplaatsen per einde verslagjaar

Doelgroep	Aantallen verblijfplaatsen per categorie zoals aangegeven in de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi		
	Licht	Zwaar	Beveiligd
Somatische aandoening of beperking	78		
Psychogeriatrische aandoening of beperking	31		
Psychiatrische aandoening			
Lichamelijke handicap			
Verstandelijke handicap			
Zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis			
Psychosociale problemen			

A.2 Personeelsinformatie

Deze tabel is niet openbaar. De gegevens worden geleverd aan de brancheorganisaties, VWS, IGZ, CBZ en het CBS.

Personeelskosten en –formatie concerns. Kleine instellingen (ca. 10 fte personeel of minder) wordt gevraagd om de gegevens zover mogelijk in te vullen. Geef duidelijk aan wanneer het voor u niet mogelijk is om bepaalde gegevens in te vullen

A) Personeel in loondienst	Code rekening schema	Salarissen van personeel in loondienst in verslagjaar, in euro's	Aantal werkzame personen per einde verslagjaar	Aantal fte's per einde verslagjaar
1) Personeel patiënt-/cliëntgebonden functies in loondienst				
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100			
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300			
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400			
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners (niveau 5)				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers (niveau 4)				
Verzorgenden Individuele- en Algemene Gezondheidszorg (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers (niveau 3)				
Helpenden (niveau 2)				
Zorghulpen (niveau 1)				
Overig verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel				
Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel	413600			
Medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	413700			
Subtotaal personeel patiënt/cliëntgebonden functies in loondienst	413000	2.302.014	128	71,77
2) Leerling-				

A) Personeel in loondienst	Code rekening schema	Salarissen van personeel in loondienst in verslagjaar, in euro's	Aantal werkzame personen per einde verslagjaar	Aantal fte's per einde verslagjaar
<i>verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst</i>				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners in opleiding (niveau 5)	414100			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 4)	414110			
Verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 3)	414200 + 414400			
Helpenden in opleiding (niveau 2)	414500			
Zorghulpen in opleiding (niveau 1)	414700			
Overig leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	414800			
Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	414000	117.601	4	3,67
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000			
Personeel hotelfuncties	412000			
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000			
Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst	411+412 +415000	942.918	67	33,55
<i>4) Overig personeel in loondienst</i>				
Totaal personeel in loondienst		3.362.533	199	108,99

Personeel niet in loondienst

B) Ingehuurd personeel en zelfstandigen	Code	Kosten van ingehuurd personeel en zelfstandigen in	Totale kosten ingehuurd personeel
---	------	--	-----------------------------------

		verslagjaar, in euro's	
Uitzendkrachten en overige inhuur, verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Inhuur van management en staf; algemeen en administratief		168.674	168.674
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en inhuur specialisten in loondienst elders			
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel			
Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen		168.674	168.674

C) Onbetaald personeel	Gemiddeld aantal werkzame personen in verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
Overige stagiaires	3
Vrijwilligers	83
Totaal stagiaires en vrijwilligers	86

B DigiMV Governance

Governance Code

Code	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governance Code?	Ja

Bestuursstructuur

Structuur	
Welke bestuursstructuur is op uw concern van toepassing?	1. Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van de Raad van Bestuur of directie?	1. Eenhoofdig

Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur

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

Indien in uw concern meer dan 50 personen werkzaam zijn, geldt de volgende tabel.

Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek door cliëntenvertegenwoordiging volgens BW

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

Bevoegdheid in statuten tot indienen van verzoek toegekend aan ander orgaan

Aan wie heeft het concern deze bevoegdheid nog meer toegekend?	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie Inspectie voor de
--	--

	Gezondheidszorg
--	-----------------

Wijziging statuten

Transparantie-eis	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering veranderingen plaatsgevonden (als bedoeld in het uitvoeringsbesluit WTZi, toelichting bij hoofdstuk VI transparantie-eisen)?	Nee

Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

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

C DigiMV Beleid, inspanningen en prestaties

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Certificaat, label of accreditatie aanwezig	Ja
---	----

Per aanwezig certificaat/label/accreditatie

Naam	Certificaat
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Zorgorganisatie Het Hoge Veer
Datum van uitreiking	20-11-2007
Datum van expiratie geldigheid	20-11-2010
Naam toetsende instantie	Perspekt

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

AWBZ-functies geleverd door organisatorische eenheid (meerdere antwoorden mogelijk)	Ja/nee
Persoonlijke verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Ondersteunende begeleiding	Ja
Activerende begeleiding	Nee
Behandeling	Nee
Verblijf	Ja

Aantal cliënten per organisatorische eenheid	Aantal
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg met verblijf?	109
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg zonder verblijf (exclusief cliënten die alleen huishoudelijke verzorging ontvingen)?	130

C.1 Kwaliteit van zorg VVT

Zorgfuncties geleverd door organisatorische eenheid (meerdere antwoorden mogelijk)	Antwoordcategorie
Huishoudelijke verzorging	Ja
Persoonlijke Verzorging	Ja
Verpleging	Ja
Begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf	Ja

Thema	1. Zorgbehandel-/ leefplan	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	1.1 Ervaren met zorgbehandel- / leefplan en evaluatie	★★★★★	★★★★★	★★★	–	–
	1.2 Ervaren inspraak en overleg	★★★★★	★★★★	★★★★★	–	–

Thema	2. Communicatie en informatie	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	2.1 Ervaren bejegening	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–
	2.2 Ervaren informatie	☆☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	–	–
	2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)		☆☆	☆☆☆	–	–

Thema	3. Lichamelijk welbevinden	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–
	3.2 Ervaringen met maaltijden	☆☆	☆☆☆	–	–	–

Thema	4. Zorginhoudelijke veiligheid	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	4.1 Decubitus	–	–	–	☆☆☆	☆☆☆☆☆
	4.2 Voedingstoestand (wegen en navraag)	–	–	–	☆☆	–
	4.3 Valincidenten	–	–	–	☆☆	☆☆☆☆
	4.4 Medicijnincidenten	–	–	–	☆☆	–
	4.5 Psychofarmaca	–	–	–	☆☆☆☆	–
	4.6a Vaccinatiegraad (patiënten/cliënten)	–	–	–	☆☆☆☆☆	–
	4.6b Vaccinatiegraad (medewerkers)	–	–	–	☆☆	–
	4.7a Incontinentie (prevalentie)	–	–	–	☆☆	☆☆☆☆
	4.7b Incontinentie (diagnose)	–	–	–	☆	☆☆
	4.8 Verblijfskatheter	–	–	–	☆☆☆	☆☆☆
	4.9 Probleemgedrag	–	–	–	☆☆	–
	4.10 Fixatie	–	–	–	☆☆☆☆☆	–
	4.11 Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	–	–	–	Ja	
	4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	☆☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–
	4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen	–	–	–	–	–

Thema VZ	5. Woon- en leefomstandigheden	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	5.1 Ervaren wooncomfort	☆☆☆	☆☆	–	–	–
	5.2 Ervaren sfeer	☆☆☆☆	☆☆☆	–	–	–
	5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–

Thema VZ	6. Participatie en sociale redzaamheid	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie	☆☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	–	–
	6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie	☆☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	–	–

Thema VZ	7. Mentaal welbevinden	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–
	7.2 Depressie	–	–	–	☆☆☆	☆☆☆

Thema VZ	8. Veiligheid wonen/verblijf	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	8.1 Ervaren veiligheid woonleefomgeving	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	–	–
	8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	–	☆☆☆	☆☆☆	–	–
	8.3 Instructie tilliften	–	–	–	Ja	–

Thema VZ	9. Voldoende en bekwaam personeel	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel	☆☆☆☆	☆☆	☆☆☆	–	–
	9.2 Beschikbaarheid verpleegkundige	–	–	–	Ja	–
	9.3 Beschikbaarheid arts	–	–	–	Ja	–
	9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen	–	–	–	Ja	–

Thema VZ	10. Samenhang in de zorg	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	10.1 Samenhang in de zorg	–	–	☆☆☆	–	–

C.2 Klachten

Aantallen klachten in het verslagjaar.

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

C.3 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

C.3.1 Personeelsbeleid

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	53	1,99
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	49	3,45

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, volgens de definitie van Vernet in percentages

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	6,41

Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	0	0
Personeel met patiënt-/cliëntgebonden functies	0	0

C.3.2 Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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

Indien ja bij 1:

Gebruikte meetmethode	Benchmark van Actiz
-----------------------	---------------------

Indien nee bij 1:

In welk jaar heeft de laatste raadpleging plaatsgevonden	2009
--	------

Indien ja bij 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	De eigen score van 2009 moet hoger zijn dan de eigen score van 2007 en in de A-klasse vallen.
--------------------------------------	---

Indien ja bij 1 en ja bij 2

Uitkomst van de raadpleging op basis van normering sector	Score 2007 is 6,9 score 2009 is 7,1, A-klasse
---	---

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

C.4 Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	Wordt automatisch berekend uit resultaat en totale opbrengsten	
<i>Resultaat boekjaar</i>	/	/
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	Wordt automatisch berekend uit resultaat en totale opbrengsten	
<i>Resultaat boekjaar</i>	219.078	165.743
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	5.599.383	6.079.824
Resultaatratio: niet Zvw- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	Wordt automatisch berekend uit resultaat en totale opbrengsten	
<i>Resultaat boekjaar</i>	/	/
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	/	/

Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen)	Wordt automatisch berekend uit vlottende activa inclusief liquide middelen en kortlopende schulden	
Current ratio (vlottende activa exclusief liquide middelen)	Wordt automatisch berekend uit vlottende activa exclusief liquide middelen en kortlopende schulden	
<i>Vlottende activa (inclusief liquide middelen)</i>	2.179.683	2.554.333
<i>Vlottende activa (exclusief liquide middelen)</i>	374.205	210.092
<i>Totaal kortlopende schulden</i>	840.753	1.047.474

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	Wordt automatisch berekend uit eigen vermogen en balanstotaal	
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.309.819	1.475.562
<i>Balanstotaal</i>	2.179.683	2.554.333
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	Wordt automatisch berekend uit eigen vermogen en totaal opbrengsten	
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.309.819	1.475.562
<i>Totaal opbrengsten</i>	5.599.383	6.079.824

Bezoldiging leden Raad van Bestuur

Naam	M.Konings
De heer of mevrouw	De Heer
Bestuursfunctie	Voorzitter
Nevenfunctie	/
Vanaf welke datum is de bestuurder als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	01-09-2004
Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	Ja
Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	Ja
Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	12
Wat is de aard van de arbeidsovereenkomst?	1. Arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd
Welke salarisregeling is toegepast?	Huidige NVZD- of VDZ-regeling
Wat is de deeltijdfactor	100%
Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkeringsalaris en andere vaste toelagen	€ 104.175
<i>Waarvan: verkoop verlofuren</i>	0
<i>Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren</i>	0
Bruto-onkostenvergoeding	€ 2.233
Werkgeversbijdrage sociale lasten	€ 4.595
Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	€ 11.731
Ontslagvergoeding	0

Bonussen	0
Totaal inkomen	€ 122.734
Cataloguswaarde auto van de zaak	N.v.t.
Eigen bijdrage auto van de zaak	N.v.t.

* Indien een persoon gedurende het verslagjaar zowel in loondienst als extern ingehuurd de bestuursfunctie heeft uitgeoefend, dan voor deze persoon de tabel twee maal invullen.

Samenstelling Raad van Toezicht/Commissarissen

Naam	Dhr/mw	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Drs. P.P.M. van Geelen	Dhr.	Voorzitter	Zie jaardocument § 3.1.3
Mr. A.M.M. Jetten	Mw.	2 ^{de} voorzitter	Zie jaardocument § 3.1.3
J.J.M. Verheijen	Dhr.	Secretaris	Zie jaardocument § 3.1.3
Mr. C.H.M. Meijer-Vermeeren	Mw.	2 ^{de} secretaris	Zie jaardocument § 3.1.3

Bezoldiging Raad van Toezicht/Commissarissen

Naam	2008		2009	
	Bezoldiging	Belastbaar loon	Bezoldiging	Belastbaar loon
Drs. P.P.M. van Geelen	€ 5.021	/	€ 5.000	/
Mr. A.M.M. Jetten	€ 3.750	/	€ 3.750	/
J.J.M. Verheijen	€ 3.750	/	€ 3.750	/
Mr. C.H.M. Meijer – Vermeeren	€ 3.750	/	€ 3.750	/
Totaal	€ 16.271			€ 16.250