

# **Jaardocument 2010**

**Stichting Zorgorganisatie  
Het Hoge Veer**

# Inhoudsopgave

1	UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING .....	4
2	PROFIEL VAN DE ORGANISATIE .....	5
2.1	Algemene identificatiegegevens .....	5
2.2	Structuur van het concern.....	5
2.3	Kerngegevens .....	7
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering .....	7
2.3.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten .....	7
2.3.3	Werkgebieden.....	8
2.4	Voornaamste belanghebbenden.....	8
3	BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING.....	10
3.1	Bestuur en toezicht.....	10
3.1.1	Zorgbrede Governance Code 2010 .....	10
3.1.2	Raad van Bestuur .....	10
3.1.3	Toezichthouders (Raad van Toezicht).....	11
3.2	Bedrijfsvoering.....	15
3.2.1	Bestuurlijk risicoprofiel .....	16
3.3	Cliëntenraad.....	17
3.4	Ondernemingsraad.....	18
4	BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES .....	21
4.1	Meerjarenbeleid.....	21
4.2	Algemeen beleid.....	25
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid .....	28
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten .....	33
4.4.1	Kwaliteit van zorg VVT: verantwoorde zorg.....	33
4.4.2	Klachten .....	35
4.4.3	Veiligheid .....	35
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	37
4.5.1	Personeelsbeleid .....	39
4.5.2	Kwaliteit van het werk .....	39
4.6	Samenleving.....	40
4.7	Financieel beleid .....	41

5	JAARREKENING .....	42
A	DIGIMV PROFIEL VAN DE ORGANISATIE .....	43
A.1	Kerngegevens .....	43
A.1.1	Nadere typering .....	43
A.1.2	Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg) .....	43
A.1.3	Werkgebieden .....	44
A.2	Personeelsinformatie .....	45
B	DIGIMV GOVERNANCE .....	48
C	DIGIMV BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES .....	50
C.1	Kwaliteit van zorg VVT .....	50
C.2	Klachten .....	56
C.3	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .....	56
C.3.1	Personeelsbeleid .....	56
C.3.2	Kwaliteit van het werk .....	57
C.4	Financieel beleid .....	57

# 1 Uitgangspunten van de verslaggeving

De bestuurder van 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 2010.

In 2010 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 nieuwbouw van start gegaan. De verhuizing van een deel van de bewoners en organisatie staat gepland rond het laatste kwartaal van 2011.

Bij de opstelling van de beleidsplannen in 2010 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 2010 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 wederom 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!

Drs. M. Konings,  
directeur/bestuurder.

Raamsdonksveer, maart 2011.

## 2 Profiel van de organisatie

### 2.1 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
Internetpagina	www.hogeveer.nl

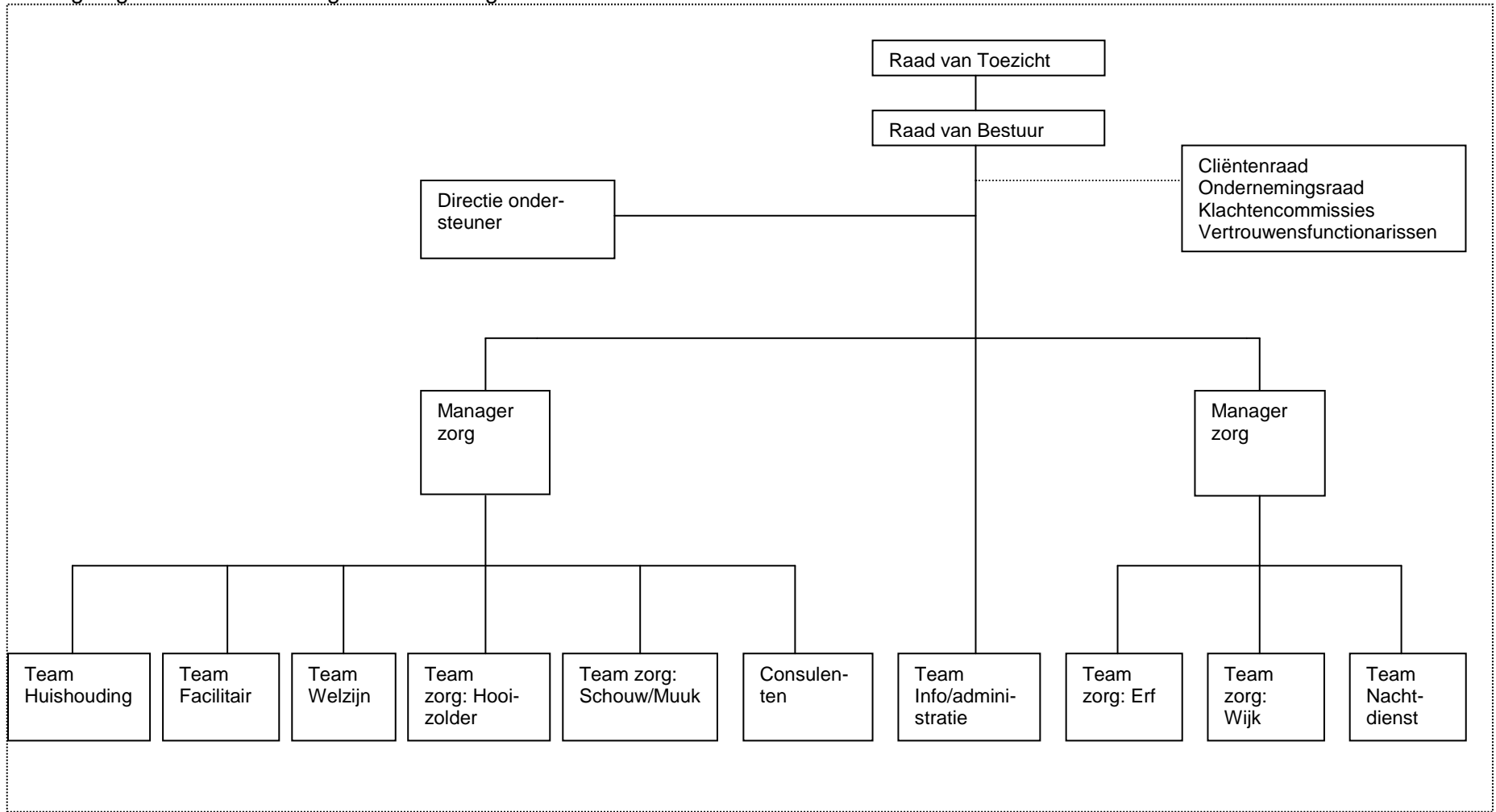
### 2.2 Structuur van het concern

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:



n.b. elk team kent een eigen coördinator/leidinggevende

## 2.3 Kerngegevens

### 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De WMO-functies die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert zijn:

- huishoudelijke hulp;
- personenalarmering.

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.

### 2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Cliënten</b>	<b>Aantal</b>
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	112
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	110
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	39
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	109
<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	117
<b>Productie</b>	<b>Aantal</b>
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	41.532
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	39.477
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	7.607
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	21.247
<b>Personeel</b>	<b>Aantal</b>
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	263
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	126,20

Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	82.878
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	<b>Bedrag in euro's</b>
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	7.253.590
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	6.351.936
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	901.654

### 2.3.3 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 (zorg-aanhuus).

Zorgorganisatie Het Hoge Veer biedt zorg in zorgkantoor-regio West-Brabant.

### 2.4 Voornaamste belanghebbenden

Primaire belanghebbenden	Relatie
WSG	Strategisch samenwerkingsverband; samenwerkingsovereenkomst; samenwerkingspartner nieuwbouw; verhuurder
De Riethorst Stroomland	Overeenkomst (para)medische zorglevering; intentieverklaring 'kleinschalig wonen voor dementerenden'; overeenkomst maaltijdleverantie; levering opleidingscoördinator en bijscholing; ketenzorg
SWOG	Personenalarmering; servicepunt Raamsdonk; ketenzorg
Zorgkantoor West-Brabant	Overeenkomst zorginkoop/-leverantie
Gemeente Geertruidenberg	Overeenkomst levering huishoudelijke hulp; samenwerking ten behoeve van bouwinitiatieven; personenalarmering; servicepunt Raamsdonk; dementieconsulent; ketenzorg
Huisartsencoöperatie De Brandenpoort B.A.	Overeenkomst; ketenzorg
Mondzorg voor Zorginstellingen	Overeenkomst mondzorg; ketenzorg
Loyds apotheek Raamsdonksveer	Samenwerkingsprotocol; ketenzorg
Toezichthoudende apotheker	Samenwerkingsovereenkomst
Dementieconsulent Geertruidenberg	Convenant; ketenzorg



Primaire belanghebbenden	Relatie
Regionaal Platform Geriatrie	Participant crisisopvang; ketenzorg
Amphia Ziekenhuis	Transferpunt; ketenzorg
Trema	Dementieconsulent; ketenzorg
GGZ-Breda	Afstemmen over ketenzorg
Thebe	Servicepunt Raamsdonk; afstemmen over ketenzorg
Annevillegroep	Ketenzorg
West Brabants Overleg Zorg	Ontmoetingsplatform bestuurders zorginstellingen
LOC	Voorzien cliëntenraad van belangrijke informatie; enquêterecht
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Diverse inspectiebezoeken; adviesfunctie VWS; enquêterecht
NZa	Goedkeuring budgetverzoeken en -verantwoordingen
VWS	Verlenen vergunningen
VWA (Voedsel en Waren Autoriteit)	Diverse inspectiebezoeken
Arbeidsinspectie	Diverse inspectiebezoeken
ARBO Surplus	ARBO-zaken, bedrijfsarts, ziektebegeleiding en -preventie, re-integratie
Vitalis College	Convenant partners in opleiden
ActiZ	Brancheorganisatie; continue benchmark VVT
TÜV	HKZ / ISO 9001 kwaliteitscertificatie
Van Loveren & Partners	Cliëntenwaardering onderzoek
Nedap	Geautomatiseerd zorg- en registratiesysteem
Heijligers automatisering	Systeembeheer; leverancier hard- en software
SDB Groep	Financiële dienstverlening
Deloitte	Accountant
Deli XL	Leverancier levensmiddelen
Rabobank	Bankzaken

## 3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

### 3.1 Bestuur en toezicht

#### 3.1.1 Zorgbrede Governance Code 2010

Zorgorganisatie Het Hoge Veer voldoet - middels de statuten, de reglementen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur, het functieprofiel Raad van Toezicht, de klokkenluidersregeling, de jaarlijkse checklist 'acties krachtens Zorgbrede Governance Code 2010', het rooster van aftreden en de uitvoering hiervan - geheel aan de normen van de Zorgbrede Governance Code 2010. 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 aangeven 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.

#### 3.1.2 Raad van Bestuur

##### *Samenstelling Raad van Bestuur*

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. Drs. M. Konings	Bestuurder	Bestuurder Stichting Vrienden van Zorgorganisatie 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, 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.

### 3.1.3 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, waaronder het bestuurlijk risico profiel.

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 rapportages van de Raad van Bestuur (waaronder de beleidsresultaten), 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 Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van en de samenwerking binnen de Raad van Toezicht.

Ieder jaar wordt er een vergadering van de cliënten- en de ondernemingsraad bijgewoond door 2 leden van de Raad van Toezicht.

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'.

De Raad van Toezicht bestaat voor 50% uit vrouwelijke en voor 50% uit mannelijke leden. Deze samenstelling betreft een bewuste keuze.

*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	Niet van toepassing
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	Lid / 2 <sup>e</sup> voorzitter	Directeur Juridische Zaken WSD-groep te Boxtel Lid bezwaaradviescommissie Certiq Voorzitter ANGO district Noord-Brabant Voorzitter Commissie ongewenste omgangsvormen Weenergroep 's-Hertogenbosch
Mw. Mr. C.H.M. Meijer-Vermeeren	Lid / 2 <sup>e</sup> secretaris	Secretaris Stichting Vermogensbeheer Cliënten Prisma Lid ledenraad Rabobank Lid commissie van Beroep Dongemondcollege

*Rooster van aftreden*

Naam	1 <sup>e</sup> termijn	2 <sup>e</sup> termijn	3 <sup>e</sup> termijn
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	1-11-2008	1-11-2012	op verzoek RvT
Dhr. J.J.M. Verheijen	1-11-2007	1-11-2011	op verzoek RvT
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	1-11-2010	1-11-2014	op verzoek RvT
Mw. Mr. C.H.M. Meijer	1-11-2009	1-11-2013	op verzoek RvT

Ten aanzien van de zittingstermijnen van de leden van de Raad van Toezicht heeft de Raad van Toezicht, volgens het principe 'pas toe of leg uit', in afwijking van art. 14-2 van de statuten en art. 4.2.7 van de Zorgbrede Governance Code 2010, het volgende besloten: gezien de bijzondere omstandigheid van de stichting kunnen individuele leden, ter waarborging van de continuïteit, op verzoek van de overige leden van de Raad

van Toezicht eventueel een derde termijn aanblijven. Hier liggen de volgende redenen aan ten grondslag:

- de ombouw van de organisatie van volledig intramuraal gericht naar deels intramuraal en deels extramuraal gericht;
- de implementatie van een geheel nieuw financieringssysteem voor de exploitatie van de organisatie;
- de ontwikkeling en realisatie van volledige nieuwbouw van haar huisvesting, met daarop aansluitend een aanpassing van de werkorganisatie;
- de verwerking van de gevolgen van de algemene financieel economische moeilijkheden van Nederland op de bedrijfsvoering van de organisatie (recessie).

*Onderwerpen, acties en resultaten Raad van Toezicht / Raad van Bestuur*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2009	Goedgekeurd
Accountant: verklaring, verslag en AO&IC 2009	Geïnformeerd, besproken
Vergelijking resultaten 2004 t/m 2009	Geïnformeerd, besproken
Dienstverleningsplan Arbo Unie 2010	Geïnformeerd
Kwartaal rapportages voortgang beleidsdoelen 2010	Geïnformeerd en besproken
Periodieke exploitatiecijfers 2010	Geïnformeerd en besproken
Rapportages en verantwoording raad van bestuur vlg. informatieprotocol	Geïnformeerd en besproken
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnformeerd en besproken
Capaciteitswijzigingen (waaronder uitbreiding 24 zwaar somatisch)	Geïnformeerd, besproken
Aanpassing huurcontract	Goedgekeurd
Terugkoopregeling Hoge Veer Complex	Wordt geen gebruik van gemaakt
Samenwerkingsovereenkomst WSG en overzicht eerder gemaakte basisafspraken m.b.t. toewijzing woningen en bepaling huur SZHHV	Geïnformeerd, besproken
Keuze beperkte of uitgebreide accountantscontrole	Keuze voor uitgebreide accountantscontrole
Actualisatie reglementen managementteam en raad van bestuur en volmacht managers zorg/locatiemanagers m.b.t. overeenkomsten medewerkers en cliënten	Goedgekeurd
Exploitatie overzicht en balans 2009 Stichting	Geïnformeerd, besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
Vrienden van Het Hoge Veer	
Benchmark resultaten 2009 (incl. vergelijking 2007) waardering cliënten en medewerkers en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
LPZ-meting-rapportage (waaronder incidenten)	Geïnformeerd, besproken
Herhaling waarderingsonderzoek contactpersonen psychogeriatric en vergelijking	Geïnformeerd, besproken
Normen Verantwoorde Zorg en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Enquête warme maaltijden en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Interne audit en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Rapport mysterie gast	Geïnformeerd, besproken
Enquête externe relaties	Geïnformeerd, besproken
Directie/managementbeoordeling	Geïnformeerd, besproken
Stimuleringsregeling kleinschalige zorg / haalbaarheidsstudie	Geïnformeerd, besproken
Voldoen aan Governance Code 2010 door: aanpassing reglement raad van bestuur; aanpassing reglement raad van toezicht; invoering klokkenluidersregeling; invoering (jaarlijkse) acties Zorgbrede Governance Code 2010; invoering functieprofiel leden raad van toezicht; LOC bevoegd orgaan krachtens enquêterecht bij Ondernemingskamer; verantwoording mogelijkheid 3 <sup>e</sup> termijn rooster van aftreden	Besproken en goedgekeurd  Resultaat: SZHHV voldoet aan de Zorgbrede Governance Code 2010
Rapport en plan van aanpak n.a.v. inspectie van de Inspectie op de Gezondheidszorg m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen	Geïnformeerd en besproken
Bijwonen van een vergadering van de cliëntenraad en ondernemingsraad met de bestuurder	Heeft plaatsgevonden
Evaluatie raad van toezicht / raad van bestuur	Heeft plaatsgevonden
Evaluatie raad van toezicht	Heeft plaatsgevonden
Functioneringsgesprek met bestuurder	Heeft plaatsgevonden
Kennismaking met managementteam	Heeft plaatsgevonden

Onderwerpen/acties	Resultaten
Diverse publicaties/artikelen rond Zorgorganisatie Het Hoge Veer en binnengekomen post	Geïnformeerd
Overgang naar andere arbodienst	Geïnformeerd, besproken
Zorginkoop 2011 Zorgkantoor	Geïnformeerd, besproken
Benchmark Deloitte	Geïnformeerd, besproken
HKZ-audit-rapport 2010 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Kwaliteitsbeleid ZHHV	Goedgekeurd
Levensloopbestendig wonen, stand van zaken april & september 2010	Goedgekeurd
Strategisch beleidsplan 2011 - 2015	Geïnformeerd, besproken, goedgekeurd
Organisatorisch beleidsplan 2011	Goedgekeurd
Begroting 2011	Goedgekeurd

### 3.2 Bedrijfsvoering

De voornaamste sturings-, risicobeheersings- en controlesystemen zijn: het HKZ kwaliteits(management)systeem, het geautomatiseerde kwaliteitshandboek PCK (De Heer Software), het geautomatiseerde zorgdossier/-plan en zorgregistratiesysteem PlanCareDossier/Mobile (De Heer Software), de risico inventarisatie per cliënt, het bestuurlijk risicoprofiel, de interne controle, het geautomatiseerde personeels- en salarisverwerkingssysteem (CURA), de beleidscyclusprocedure, het interne kostprijberekening- en budgetteringssysteem, het M(eldingen)I(ncidenten)C(liënten)-systeem, de MIC-commissie en de Zorgbrede Governance Code 2010. Het gebruik hiervan is vastgelegd in afzonderlijke documenten. Zo is er ook een apart document met betrekking tot de administratieve organisatie (AO&IC): '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 zo nodig tijdig bij te sturen.

Daarnaast wordt, middels het genoemde HKZ kwaliteits(management)systeem, periodiek de kwaliteit van de dienstverlening en de waardering van cliënten en medewerkers gemeten. Uitkomsten hiervan worden, indien van toepassing, gebruikt middels de beleidsplannen ter verbetering van de kwaliteit en waardering.

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 contro-

lesystemen, wordt echter alles in het werk geteld om elk risico tot het minimum te beperken.

In 2010 is Zorgorganisatie Het Hoge Veer geconfronteerd met een medewerkster die fraude had gepleegd. Ten onrechte werden er ca. 26 zorg-/werkuren gedeclareerd. De fraude werd snel ontdekt en er werd direct actie ondernomen. De medewerkers is op staande voet ontslagen en er is aangifte bij de politie gedaan.

Zie voor informatie met betrekking tot de financiële prestaties over 2010, de Jaarrekening verderop in dit document.

In de volgende paragraaf is het bestuurlijk risicoprofiel van Zorgorganisatie Het Hoge Veer beschreven. Het bestuurlijke risicoprofiel is opgesteld door en vastgesteld in het managementteam d.d. 10-01-2011. Het risicoprofiel zal jaarlijks, in samenhang met de directie-/managementbeoordeling rond het kwaliteits(management)systeem, worden geëvalueerd door het managementteam en indien nodig worden aangepast. De intentie is om het risicomangement in de komende jaren verder uit te bouwen en verder vorm te geven.

### **3.2.1 Bestuurlijk risicoprofiel**

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een bestuurlijk risicoprofiel opgesteld. Het bestuurlijk risicoprofiel beschrijft de voornaamste risico's van de organisatie, het risico impact en de maatregelen die de organisatie heeft genomen. Het bestuurlijk risicoprofiel wordt jaarlijks door het managementteam geëvalueerd tezamen met de jaarlijkse directie beoordeling rond het kwaliteitsmanagementsysteem. De uitkomst hiervan wordt besproken met de raad van toezicht. Het risicomangement zal in de komende jaren verder vorm worden gegeven.



### 3.3 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. Op verzoek van de cliëntenraad kan dit budget worden bijgesteld.

#### *Namen en functies van Cliëntenraadsleden per 31-12-2010*

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
Mevr. A.P. Boelaars - de Meijer	Lid

#### *Onderwerpen, acties en resultaten Cliëntenraad / Raad van Bestuur*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2009	Geïnformeerd, besproken, positief advies
Accountantsverslag 2009	Geïnformeerd
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnformeerd
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnformeerd
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnformeerd, besproken, betrokken
Kennismaking cliëntenvertrouwenspersoon / klachtenfunctionaris	Heeft plaatsgevonden
Inspectiebezoek m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen van Inspecteur voor de Gezondheidszorg en plan van aanpak naar aanleiding van inspectiebezoek	Geïnformeerd, besproken, betrokken Interview met voorzitter
Protocollen: geestelijke verzorging; medicatieverstrekking; terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen; wachtlijst en wachtlijstbeheer; overname sleutelbeheer de Muuk; overplaatsing intern, verpleeghuis en revalidatie, privacyreglement	Positief advies
Vergelijking resultaten enquête warme maaltijden 2009 en 2010	Geïnformeerd, besproken, betrokken
Capaciteit wijzigen (waaronder uitbreiding 24 plaatsen somatisch zwaar)	Positief advies

Onderwerpen/acties	Resultaten
Notulen voortaan naar managementteam	Afspraak
Berichtgeving klachtencommissie: geen klachten over 2009	Geïnformeerd
Zorgleveringsovereenkomsten 2011	Geïnformeerd. Concept overeenkomsten worden in januari 2011 ter advisering voorgelegd
Herhaling tevredenheidonderzoek contactpersonen psychogeriatric	Geïnformeerd, besproken
Controle Zorgkantoor m.b.t. scheiding tussen AWBZ-diensten en eventuele aanvullende diensten	Geïnformeerd
Indexering broodgeld volgens advies LOC	Positief advies
Rooster van aftreden Raad van Toezicht (incl. 3 <sup>e</sup> termijn)	Positief advies
Rose ouderen en rose zorg	Besproken, betrokken
Overgang naar nieuw geautomatiseerd zorg-/registratiesysteem	Positief advies
Één nieuwsbrief voor alle cliënten	Positief advies
HKZ-audit-rapport 2010	Geïnformeerd en besproken Interview met voorzitter
Kwaliteitsbeleid ZHHV	Positief advies
Levensloopbestendig wonen, stand van zaken april & september 2010	Positief advies
Strategisch beleidsplan 2011 - 2015	Geïnformeerd, besproken, positief advies
Organisatorisch beleidsplan 2011	Positief advies
Begroting 2011	Positief advies

### 3.4 Ondernemingsraad

Binnen de organisatie is er een Ondernemingsraad (OR). De taakverdeling en de werkwijze zijn vastgelegd in een reglement. In de begroting is er een budget gereserveerd voor de Ondernemingsraad. Op verzoek van de Ondernemingsraad kan dit budget worden bijgesteld.

*Namen en functies Ondernemingsraadsleden per 31-12-2010*

Naam	Functie
Mw. J. van Dooren	voorzitter
Mw. C.J.M van Strien - Eersel	secretaris / 2 <sup>e</sup> voorzitter
Mw. M.L.A. van Heezik - Ligvoet	lid
Mw. J.A.M. Brenters	lid
Mw. M.A.A. Kloonen - Poppe	lid
Mw. C.W.J. Prins - Emmen	lid

*Onderwerpen, acties en resultaten Ondernemingsraad / Raad van Bestuur*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2009	Geïnfomeerd, besproken
Accountantsverslag 2009	Geïnfomeerd, besproken
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnfomeerd, besproken, betrokken
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnfomeerd, besproken, betrokken
Strategisch beleid: periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samenwerking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'	Geïnfomeerd, besproken, betrokken
Evaluatie maandrooster	Maandrooster blijft gehandhaafd en wordt 4 weken van te voren uitgebracht
Evaluatie protocol roosteren	Protocol is aangepast
Geen verstrekking soep	Instemming  Kerstgratificatie (in ieder geval in 2010 en 2011) van 35 naar 50 euro
Continu benchmark medewerkers 2009	Geïnfomeerd, besproken, betrokken
Vergelijkingsoverzicht continu benchmark medewerkers 2007/2009	Geïnfomeerd, besproken
Privacyreglement	Instemming
OR informeert medewerkers middels werkoverleg en nieuwsbrief	Invoering door OR
Arbo risico inventarisatie & concept plan van aanpak	Instemming
Overgang naar nieuw zorg- & registratiesys-	Positief advies

Onderwerpen/acties	Resultaten
teem (Nedap)	
Overgang naar nieuwe ARBO-/bedrijfsarts (ARBO-Surplus)	Instemming
Good Governance Code 2010	Geïnformeerd, besproken
Rooster van aftreden Raad van Toezicht (incl. 3 <sup>e</sup> termijn)	Positief advies
Klokkenluidersregeling	Positief advies
Half jaarlijks overleg tussen OR, Managers Zorg en coördinatoren rond afstemming werk/privé/dienstrooster	Heeft plaatsgevonden met positief resultaat
Reglement OR	Geactualiseerd door OR
HKZ-auditrapport-2010	Geïnformeerd, besproken
Notulen vergadering OR en bestuurder naar managementteam	Wordt voortaan aangeleverd door OR
Rooster van aftreden OR	Is opgesteld door OR
Kwaliteitsbeleid ZHHV	Toegelicht en besproken conform art. 7.7 Deel D 'bevoegdheden OR reglement OR'
Levensloopbestendig wonen, stand van zaken april & september 2010	Toegelicht en besproken conform art. 7.7 Deel D 'bevoegdheden OR reglement OR'
Strategisch beleidsplan 2011 - 2015	Toegelicht en besproken conform art. 7.7 Deel D 'bevoegdheden OR reglement OR'
Organisatorisch beleidsplan 2011	Toegelicht en besproken conform art. 7.7 Deel D 'bevoegdheden OR reglement OR'
Begroting 2011	Geïnformeerd, besproken, betrokken

## 4 Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1 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

### **Structuur en ontwikkeling van de organisatie**

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een relatief platte organisatiestructuur en richt zich met name op het primaire proces. Hierdoor worden er tal van aanvullende en gespecialiseerde diensten die buiten het primaire proces vallen ingehuurd van andere organisaties.

De organisatiestructuur heeft de afgelopen strategische beleidsperiode een behoorlijke kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling doorgemaakt. Hierdoor is de organisatie en de bedrijfsvoering stabiel, minder kwetsbaar en kwalitatief hoogwaardiger geworden, met behoud van de benodigde slagvaardigheid. De afgelopen jaren hebben voor een groot deel in het teken gestaan van de voorbereiding op het levensloopbestendig wonen. Naast de voorbereidingen voor de nieuwbouw zelf, is er eveneens veel aandacht uitgegaan naar de herziening van de organisatie. Zo zijn er o.a. in de structuur van de organisatie veranderingen aangebracht, zijn er nieuwe functies ontwikkeld, hebben er indelingsprocedures plaatsgevonden en heeft er een inventarisatie en invoering plaatsgevonden van diverse scholingsprogramma's. Er is veel aandacht naar scholing uitgegaan en ook naar het aantrekken van nieuwe medewerkers met een ander en hoger kwalificatieniveau. Inmiddels heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer ook een erkenning voor het opleiden van verpleegkundigen (BBL niveau 4).

Ook de dienstverlening is, niet alleen qua aantal cliënten, maar ook qua diversiteit, uitgebreid. Zo is er inmiddels sprake van een zorgcontinuüm waarbinnen huishoudelijke hulp, thuiszorg, dagverzorging, particuliere zorg, personenalarmering, service abonnementen, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en verblijf geleverd worden.

Vanaf medio 2011 zullen de eerste 2 appartementencomplexen op de grens van Raamsdonksveer en Geertruidenberg in gebruik worden genomen. Vanaf dan is het ook mogelijk om vanaf huishoudelijke hulp tot en met verpleeghuiszorg binnen 1 appartement te leveren, waardoor men niet gedwongen hoeft te verhuizen en partners niet meer gedwongen uit elkaar hoeven te gaan. Naast de huidige bewoners hebben zich inmiddels ca. 350 geïnteresseerden opgegeven voor de nieuwbouw, dit aantal neemt nog steeds toe.

### **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 (strategisch) 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 als netwerkorganisatie 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 hetzelfde werkgebied 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.

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. Kwalitatief uit het zich in de resultaten van de waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers, en in het HKZ-kwaliteitscertificaat. Financieel komt dit tot uiting in het ruime eigen vermogen, zie hiervoor de Jaarrekening verderop in dit document. Financieel is er dus sprake van gezonde organisatie die eventuele toekomstige risico's, tegenslagen en extra uitgaven kan opvangen.

Diverse onafhankelijke onderzoeken tonen de laatste tijd steeds vaker aan dat kleine zorgorganisaties het kwalitatief en economisch veelal beter doen dan de grote zorgorganisaties. Dit onderstreept nog eens de ingeslagen weg van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. Deze kleinschaligheid is geen doel op zich, maar een vorm die als middel dient om de doelstellingen van de Stichting te verwezenlijken.

Naast het (strategische) beleid rond de nieuwbouw (woon-/zorgcomplexen) en het bijbehorende concept, werkt Zorgorganisatie Het Hoge Veer 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. De verankering binnen de gemeente met betrekking tot de Zorg-aan-Huis dient dusdanig plaats te gaan vinden dat het haast vanzelfsprekend is voor de inwoners om aan Zorgorganisatie Het Hoge Veer te denken wanneer men zorg behoeft die tot de dienstverlening van de Stichting behoort.

In de onderstaande tabel is de uitwerking van het strategische beleid over 2010 weer gegeven.

*Inspanningen, prestaties en evaluatie*

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Nieuwbouwplan op 2 locaties en herinrichting interne organisatie volgens concept 'levensloopbestendig wonen'	Actualiseren en uitwerken nieuwbouw beleidsplan, herinrichten organisatie en uitvoering plan van aanpak	Nieuwbouw beleidsplan is geactualiseerd Vorbereidingen nieuwbouw en uitwerking plan t.a.v. 2 locaties in samenwerking met o.a. WSG, architect, gemeente  Bouw locatie Rivierzicht zuid is van start gegaan. Geplande verhuizing laatste kwartaal 2011	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 organisatie. Het risico wordt gedragen door samenwerkingspartner WSG  Tevens is er geen financieel risico met betrekking tot de hoogte van de huur

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		<p>Wijziging bestemmingsplan is vastgesteld door de gemeente</p> <p>Informatiebijeenkomsten voor cliënten, contactpersonen, medewerkers en vrijwilligers zijn gehouden</p> <p>Bewoners hebben een keuze uit kunnen brengen. De consultants zijn verantwoordelijk, in afstemming met WSG, voor de woningtoewijzing</p> <p>Vorbereidingen en scholingen rond o.a. competenties en werkprocessen m.b.t. ZZP's, verblijf zwaar, extramuralisering, gebiedsgericht werken, thuiszorgconcept in de complexen</p> <p>Samenstelling en bekendmaking van de diverse teams per locatie</p>	<p>en het inventaris voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer. De huur blijft in overeenstemming met de overheidsmiddelen die hiervoor worden ontvangen</p> <p>Er bestaat een risico op leegstand voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer in de oudbouw situatie m.b.t. het zorggerelateerde deel. Echter, gezien het huidige systeem van interne budgettering de kleinschalige relatief platte organisatie, 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 periode van gedeeltelijke nieuwbouw omdat er dan sprake zal zijn van 2 kleinere locaties. Hierdoor kunnen de personeels- en energiekosten hoger zijn. Met dergelijke risico's is rekening gehouden door een eigen (risico)vermogen op te bouwen. 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 werkstandigheden. Dit is tevens een garantie met betrekking tot de toekomstbestendigheid van het complex en heeft daarmee een risico beperkende uitwer-</p>



Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
			<p>king 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 gefaseerde sloop en bouw van locatie Hoge Veer Complex zal pas van start kunnen gaan nadat locatie Hoge Veer Rivierzicht in gebruik is genomen</p>

## 4.2 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 zorg-/welzijnsteams 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);
- deinstitutionaliseren (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 2010 weergegeven.

*Inspanningen, prestaties en evaluatie*

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Capaciteitswijziging: per 01-05-2011 uitbreiding toelating 24 plaatsen Verblijf Zwaar (somatisch)	Wijziging toelating aanvragen	Inspanningen hebben met positief resultaat plaatsgevonden	Uitbreiding van toelating met 24 plaatsen Verblijf Zwaar (somatisch) per 01-05-2011  Verbreiding dienstverlening  Versteviging strategische positie  Risicospreiding
Invoering Crisisplaats Verblijf Zwaar PG BOPZ m.i.v. 2010	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  Verbreiding dienstverlening  Versteviging strategische positie
N.a.v. aanbesteding huishoudelijk hulp uitbreiding cliënten en medewerkers	Overname cliënten en medewerkers van Thebe	Contract voor 2 jaar met optie vanuit de gemeente tot 2x 1 jaar verlenging	De bedrijfsvoering m.b.t. de levering van de huishoudelijke hulp en de werkgelegenheid wordt gecontinueerd  Met ingang van 01-01-2010 is de productie van de huishoudelijke hulp 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 hulp in de gemeente Geertruidenberg geworden  Van belang voor de cliënten vraaggerichtheid (zorgcontinuüm) en de strategische bedrijfsvoering  Uitbreiding cliëntenkring  Nieuwe medewerkers kunnen zich ontwikkelen en doorgroeien naar andere zorg-/welzijnfuncties

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Personenalarmering in gemeente Geertruidenberg in samenwerking met de SWOG	Afspraken met SWOG en gemeente  Aanpassing interne organisatie  Invoering	Is ingevoerd	Is van belang voor een nog sterkere verankering van Zorgorganisatie Het Hoge Veer binnen de gemeente Geertruidenberg  Uitbreiding cliëntenkring
Ontwikkeling en voorbereiding mondzorg voor Verblijf Licht	Overeenkomst mondzorg met Mondzorg voor Instellingen  Invoering	Invoering heeft plaatsgevonden	Invoering m.i.v. 2010  Verbreding dienstverlening en kwaliteit
Ziekteverzuim < 5%	Overgang naar nieuwe arbo-/bedrijfsarts per 01-09-2010	Percentage 6,1% ligt hoger dan de doelstelling	Hogere percentage heeft enerzijds te maken met een aantal langdurige zieken en anderzijds met een niet daadkrachtige arbodienst. Daarom is per 01-09-2010 overgegaan naar een nieuwe arbodienst
Uitgaven binnen de interne budgetten  Productie volgens begroting realiseren  Loonkosten en productie volgen en bijsturen, teneinde financiële risico's tengevolge van met name marktwerking te beperken  Eigen vermogen van de organisatie vergroten (risicoreserve)  Begroting, interne budgettering, interne organisatie aanpassen aan ZZP-systematiek	Interne budgettering-systeem (met onder andere periodieke rapportages rond kosten/loonkosten/productie)  Continu aandacht voor voldoende flexibele arbeidsovereenkomsten en een op de vraag afgestemde personeelsinzet  Continu aandacht voor een goede en bredere naamsbekendheid door onder andere adverteren, consulente diensten, hoge kwaliteit van dienst- en zorgverlening  Het zonder risico verhogen van het eigen vermogen middels rente inkomsten	Positief resultaat jaarrekening	Evenals in de voorliggende jaren is er sprake van een ruim positief resultaat, zie hiervoor de Jaarrekening verder in dit document  Begroting, internebudgettering en interne organisatie zijn aangepast aan ZZP-systematiek

## 4.3 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 2010 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>	Maart 2010 heeft een gedeeltelijk cliëntenwaarderingsonderzoek op basis van de CQ-index plaatsgevonden. Dit onderzoek is alleen gehouden	Het doel (80% boven of gelijk aan 3 sterren) is voor intramurale, extramurale (verzorging en verpleging) cliënten en voor	Uitslagen zijn besproken in het managementteam, coördinatorenoverleg, het werkoverleg van de diverse teams

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
	Uitvoeren van het plan van aanpak	<p>onder de contactpersonen psychogeriatric</p> <p>De resultaten zijn besproken in het betreffende team. Vervolgens is een werkgroep opgericht m.b.t. de in- en uitvoering van de verbeterpunten</p>	de contactpersonen psychogeriatric behaalt	<p>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 2011. Beoordeeld kan dan worden of de verbeteracties effect hebben gehad</p>
Verbeteren van de medewerkerwaardering	Een werkgroep heeft een plan van aanpak opgesteld op basis van medewerkeronderzoek dat in najaar 2009 heeft plaatsgevonden als onderdeel van de integrale benchmark	De punten van het plan van aanpak zijn ingevoerd	Het doel dat de score van 2009 hoger moet zijn dan de score van 2007 en dat de uitslag in de A-klasse valt is gehaald (zie benchmark)	Dit doel is gerealiseerd. In najaar 2011 vindt het tweejaarlijkse medewerkerstevredenheidsonderzoek wederom plaats
Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft de HKZ-VVT-certificatie behaald bij een HKZ gecertificeerd onderzoeksbureau	Werkgroep HKZ heeft alle HKZ-normen gescreend en zo nodig verbeteringen aangebracht binnen de organisatie	November 2010 heeft de certificatie-audit plaatsgevonden		Deze audit leverde een positief resultaat op. Er is geen één afwijking geconstateerd
Bevorderen van het deskundig handelen van de medewerkers rondom incontinentie	Instructie aan medewerkers rond omgang met incontinentiematerialen en het stellen van een diagnose	<p>Protocol incontinentie in overeenstemming met HKZ normen</p> <p>Minder vochtletsels door betere omgang met incontinentiemateriaal</p> <p>Huisartsen geven indicatie incontinentie af</p>	<p>In 2010 heeft, indien nodig, elk cliënt een incontinentie indicatiestelling.</p> <p>LPZ april 2009: 7,45%</p> <p>LPZ april 2010: 58.65%</p> <p>In 2010 is het aantal vochtletsels met 10%</p>	<p>Het doel is gedeeltelijk gehaald. Ruim de helft van de cliënten heeft een indicatie voor incontinentie</p> <p>Het aantal vochtletsels is afgenomen met meer dan 10%</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
			afgenomen t.o.v. 2009. LPZ april 2009: 13,6% LPZ april 2010: 8,9%	
Vanaf 1 november 2010 wordt er op de afdeling Muuk gewerkt volgens de hygiënerichtlijnen (LCHV)	Door wisseling van teamcoördinator heeft het doel in 2010 geen doorgang kunnen vinden	Doel is niet gehaald		Het doel wordt voor 2011 opgenomen in teambeleidsplan Muuk
Ieder medewerker met de functie huishouding 1 en/of 2 intramuraal wordt gekoppeld aan cliënten en niet aan een zorgteam	De huidige en vervolgens de gewenste situatie zijn in kaart gebracht  Er is een plan van aanpak geschreven door de manager zorg. De voortgangsrapportage wordt bijgehouden	Doel is gehaald		Doel is gehaald
Omgaan met als storend en problematisch ervaren gedrag team Erf	Medewerkers hebben richtlijnen hoe ze om kunnen gaan met cliënten die gedrag laten zien dat als storend en problematisch ervaren wordt. Medewerkers hebben meer kennis over de verschillende achtergronden van als storend ervaren gedrag  Werkgroep gestart die informatie heeft verzameld over de richtlijnen	Er zou een klinische les plaats vinden om de richtlijnen te bespreken		I.v.m. grote aanbod van scholingen wordt de klinische les in 2011 gehouden  In 2011 komt voor dit team een algemene cursus agressie
Het evalueren van het zorgplan van extramurale cliënten die enkel huishoudelijke hulp ontvangen	Het opstellen van een invoeringsplan en een toetsingsinstrument	De extramurale huishoudelijke hulp wordt jaarlijks geëvalueerd		De resultaten worden besproken tijdens het werkoverleg van de consulenten en hun leidinggevende
Het opstellen van	De gewenste situatie	Het document om-		Het document

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
een document voor de omgang met wachtlijsten voor zowel intramurals als extramurale cliënten	is beschreven en een invoeringsplan is opgesteld	gaan met wachtlijsten is inzichtelijk en bruikbaar		wordt door de documentverantwoordelijke geëvalueerd
Beter verloop van bestellen en voorraadbeheer in de recreatieruimte	Het ontwikkelen van een standaard bestellen voorraadlijst	Het doel is gehaald		De lijst wordt goed gebruikt
Het omgaan met schoonmaakmiddelen	Medewerkers facilitair en teamgebonden huishouding hebben in januari scholing in schoonmaken gehad	Het doel was afkomstig uit 2009 en meegenomen naar 2010. Het beoogde doel is voor 85% bereikt		De toetsing was qua antwoorden tegenstrijdig. Dit is nader onderzocht. De firma VAT verzorgt nieuwe hygiëneplannen. De nieuwe hygiëneplannen worden aan de werkwagens bevestigd
Aanpassing registratieformulieren rondom voeding (HACCP)	Nieuwe formulieren zijn ontwikkeld en opgenomen in handboek	Het beoogde doel is voor 95% bereikt (zie evaluatie)		Niet alle registratieformulieren worden op de vereiste wijze ingevuld. Registratie ontvangst regeerwagens wordt niet altijd ingevuld. HACCP (waaronder de registratieformulieren vallen) wordt vast agendapunt op werkoverleg
Het optimaal gebruik van de applicatie plancaire dossier	Scholing applicatiebeheer	Er is veel aandacht uitgegaan naar het optimaal gebruik van plancaire dossier		Vanaf 1 januari 2011 is de overgang naar de applicatie van Nedap
Transformatie (in aanloop naar de nieuwbouw) van	- uitbreiding van het team - herschikken van	Zowel bij de p&o als de cliëntenadministratie is er sprake		Op beide administraties zijn professionele



Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
de receptie en de administratie tot een informatiebaan en een professionele en dagelijks bezette administratie	taken <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een procesbeschrijving, met verwijzingen naar werkinstructies bij de verschillende administraties, gemaakt en in het handboek opgenomen</li> <li>- er zijn opleidingen en cursussen gevolgd</li> </ul>	van een professioneel team waarvan de diverse medewerkers elkaar kunnen vervangen. Er is een duidelijke scheiding tussen de medewerkers en de werkzaamheden van de verschillende administraties		medewerkers werkzaam en is er sprake van een dagelijkse bezetting. Dit resultaat wordt als zeer positief ervaren door de diverse betrokkenen

#### 4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

##### 4.4.1 Kwaliteit van zorg VVT: verantwoorde zorg

Voor de uitkomsten van de CQ-index rond de cliëntenwaardering heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer de waardering van de cliënten in maart 2009 laten onderzoeken door Van Loveren & Partners. Vervolgens heeft er in maart 2010 een partieel onderzoek plaatsgevonden op basis van de CQ-index onder contactpersonen van psychogeriatrische cliënten. Voor de uitkomsten van de zorginhoudelijke indicatoren heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer deelgenomen aan de toetsing normen Verantwoorde Zorg middels de LPZ-meting door de Universiteit van Maastricht. Deze uitslagen worden door Prismant vertaald naar de thema's Verantwoorde Zorg en zijn zichtbaar op de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

Hieronder zijn de indicatoren benoemd waarbij 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 document.

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
7.1a en 7.1b Risicosignalering zorgproblemen en uitvoering	Werken aan de hand van risicosignaleringslijsten	Risico-analyses m.b.t.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ondervoeding</li> <li>- medicijnen</li> <li>- decubitus</li> <li>- vallen</li> </ul> Er zijn lijsten ontwikkeld en ingevoerd in het zorgbeheerssysteem		1 februari 2011 start uitvoering analyses aan de hand van risicoanalyse lijsten
7.2 Decubitus	Reduceren van aantal cliënten met decubitus/wondletsel	Vanuit Vilans zijn de documenten wondzorg, decubitus ontwikkelt. Deze documenten zijn in het werkoverleg van de betreffende teams besproken	LPZ 2010 prevalentie decubitus: 11,28%	In 2011 vindt er een klinische les wondzorg (ZSN) plaats voor alle medewerkers zorg

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		<p>Implementeren gebruik Norton schaal in de zorg-/welzijnteams</p> <p>Formulieren wondzorg/wondanamneses implementeren</p> <p>Er is bekendheid gegeven aan wondzorg deskundige Zorgservice Nederland tijdens hun presentatie</p> <p>Registratie uitgevoerd over aantal cliënten met decubitus, tevens zijn locaties en acties benoemd</p> <p>Scholing wondzorg gebruik maken van regel/wetgeving door ZSN</p>		ZSN heeft een 24-uurs bereikbaarheidsdesk
7.3 a en 7.3b Voedingstoestand (ondervoeding en gewichtsverlies)	Bij alle cliënten worden twee keer per jaar het risico op ondervoeding gesignaleerd en vastgelegd in het zorgdossier	Het hanteren in 2011 van de Snaq-signaleringslijst		Vanaf februari 2011 wordt gebruik gemaakt van de Snaq-signaleringslijst
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 (Bijna) incidenten m.b.t. medicatie	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4	Zie § 3.4.4
4.7a en 4.7b Incontinentie (prevalentie en diagnose)	Zie § 3.3 Doelstelling: bevorderen van deskundig handelen van de medewerkers m.b.t. incontinentie	Zie § 3.3	Zie § 3.3	Zie § 3.3
4.9 Probleemgedrag	Zie § 3.3 Doelstelling: omgaan	Zie § 3.3	Zie § 3.3	Zie § 3.3

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	met als storend en problematisch ervaren gedrag			

#### 4.4.2 Klachten

Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft een externe klachtencommissie die niet verbonden is aan de organisatie, te weten de Regionale (BOPZ)Klachtencommissie. De Regionale (BOPZ)Klachtencommissie behandelt algemene klachten in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en specifieke klachten in het kader van artikel 41 van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De klachtencommissie is onafhankelijk en heeft een geheimhoudingsplicht.

Onder andere door middel van de folder 'klachten en suggesties', het informatieboek voor nieuwe cliënten en de nieuwsbrief wordt de klachtenregeling onder de aandacht van de cliënten gebracht.

In 2010 zijn er geen klachten ingediend bij de klachtencommissie.

#### 4.4.3 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. De (bijna) incidenten komen ook in het werkoverleg aan de orde. De eventuele schadelijke gevolgen van een (bijna) incident en de genomen maatregelen worden gerapporteerd in het zorgdossier van de cliënt, en gemeld 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 (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	Op ieder appartement van de cliënt is een medicatiekastjes geplaatst. Behalve op de BOPZ-unit, daar is een medicatiewagen aangeschaft  In juni 2010 is er een schriftelijke evaluatie gehouden onder verzorgenden over verstrekking medicatie. Deze evaluatie is besproken met de coördinatoren	Nog steeds zijn de medicijnincidenten te hoog ten opzichte van het doel van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. De MIC-commissie gaat de cijfers van 2010 evalueren en daarop advies ter verbetering formuleren	Het aantal (bijna) incidenten m.b.t. medicatie daalt in het jaar 2009 met 10%	Dit doel is in 2010 niet gehaald  In de teambeleidsplannen 2011 is een doel opgenomen om het aantal (bijna) incidenten te verlagen  De MIC-commissie heeft advies geschreven om de (bijna) incidenten te verlagen. Dit doel heeft bijzondere aandacht
Inzicht krijgen in de oorzaken van (bijna) incidenten m.b.t. vallen, teneinde het aantal (bijna) incidenten te doen dalen	Er is een val- en letselprocedure gemaakt	De invoering van de risico-analyse start in februari 2011	T.o.v. van 2009 is in het jaar 2010 het aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen verminderd met 5%  Het aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen is	Dit doel is in 2010 gehaald

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
			in 2009 met ruim 23% afgenomen	
Het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen door: Besluitvorming over vrijheidsbeperking een vast onderdeel te maken van zorgplan. Bekwaamheid personeel is toegenomen. Er zijn risicotaxaties bij cliënten met valgevaar	Uitvoeren gedragsbesprekingen en rapportage in zorgplan. Training BOPZ uitgevoerd bij alle medewerkers van BOPZ-unit. Alle medewerkers van BOPZ-unit zijn van deskundigheidsniveau 3	Bijna alle doelen van plan van aanpak 'terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen' zijn uitgevoerd		Een aantal doelen lopen door tot medio 2011. Zie plan van aanpak 'terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen'

#### 4.5 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. Tevens is er een werkgroep die ondersteund wordt door een externe deskundige die trainingen gaat geven aan de intramurale medewerkers om ook intramuraal het thuiszorgconcept in te voeren.

De medewerkers verzorging en verpleging worden periodiek geschoold ten aanzien van de BIG-handelingen, wondverzorging, omgang met decubitus en het uitvoeren van transfers. Van deze scholingen 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 Beroepsopleiding als leerbedrijf ten behoeve van het verzorgen van beroepspraktijkvoor-

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

- verpleegkundige 4;
- verzorgende;
- helpende;
- zorghulp;
- helpende welzijn;
- maatschappelijke zorg volwassene niveau 4 (voorheen SPW).

In 2010 zijn de volgende studies, opleidingen, (bij)scholingen, cursussen, trainingen, bijeenkomsten, klinische lessen, congressen, informatiebijeenkomsten e.d. gevolgd en bijgewoond:

Soort	Aantal
MBO managementopleiding	3
HBO officemanagement	1
Good Governance, verantwoordelijkheid en verantwoording	1
Risicomangement	1
BBL-opleiding (niveau 2 en 3)	12
BOL-opleiding	3
Cursus indicatiestelling	2
Voorbehouden handelingen	32
Agressie training	35
Tilcursus welzijn	23
Medicatie verstrekken helpende	3
BOPZ	4
Thuishulp A	18
Werkbegeleiding	6
Transfer	21
Wondzorg	39
Glucose bepalen	61
Zwachtelen	34
Nedap	Alle medewerkers zorg, welzijn, consultants en cliënten-administratie

Soort	Aantal
Bedrijfshulpverlening	22
Cursus arbo-zaken	2
Cursus sociale hygiëne	3

#### 4.5.1 Personeelsbeleid

##### *Verloop personeel*

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	115	20,89
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	53	10,61

##### *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)	6,1%

##### *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

#### 4.5.2 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 dienst. Na de controle wordt er een plan van aanpak opgesteld  Risico inventarisatie vindt één keer in de twee jaar plaats

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Verbeteren van de medewerkerswaardering (in kader van continue Benchmark 2007)	Selecteren van verbeterpunten uit de medewerkermonitor 2007	<p>Oprichten van de werkgroep medewerkerswaardering</p> <p>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.</p> <p>Medewerkers zijn voortdurend schriftelijk op de hoogte gesteld van veranderingen. Er is verscheidene keren overleg geweest tussen het management en ondernemingsraad</p>	In najaar 2009 heeft er een medewerkerswaarderingsonderzoek plaatsgevonden. Dit heeft geresulteerd in een plan van aanpak die is ingevoerd in de organisatie

#### 4.6 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	<p>Gescheiden verzamelen</p> <p>Verwerking door</p>	<p>Gescheiden verzamelen</p> <p>Verwerking door</p>	Ongewijzigde prestatie ten opzichte van 2009



	Orgaworld	Orgaworld	
--	-----------	-----------	--

#### 4.7 Financieel beleid

##### *Resultaatratio*

Resultaatratio	2009	2010
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	0.029	0.076
Resultaatratio: niet-Zvw- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	/	/

##### *Liquiditeit*

Liquiditeit	2009	2010
	2.44	3.24

##### *Solvabiliteit*

Solvabiliteit	2009	2010
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	57.77%	62.93%
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	24.27%	26.98%

## 5 Jaarrekening

De jaarrekening is aan het eind van het jaardocument toegevoegd als hoofdstuk 5.

## 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
Begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf op grond van de AWBZ	Ja

*Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern*

Prestatie	Ja/nee
Uitleen verpleegartikelen	Nee
Advies, instructie en voorlichting	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 2010 zorg of diensten verleend die zijn gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Ja

Onderaanneming	Antwoordcategorie
Hebt u in 2010 WTZi-zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2010 WTZi-zorg verleend als onderaannemer?	Nee

#### A.1.2 Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg)

*Kerngegevens VVT exclusief Wmo jeugdgezondheidszorg en kraamzorg*

Kerngegeven	Aantal/bedrag
<b>Cliënten</b>	<b>Aantal</b>
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	112
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	110
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	39
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	109
<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	117

Productie	Aantal
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	41.532
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	39.477
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	7.607
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	21.247
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	126
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	74.58
Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	82.878
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	6.402.355
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	6.351.936
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	90.369

### A.1.2.1 Productie, personeel en opbrengsten huishoudelijke hulp Wmo

*Kerngegevens huishoudelijke hulp (Wmo), facultatief*

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Patiënten/cliënten huishoudelijke hulp</b>	
Aantal patiënten/cliënten per einde verslagjaar	232
Aantal patiënten/cliënten over het gehele verslagjaar (afgesloten trajecten plus patiënten/cliënten die per einde verslagjaar nog hulp ontvangen)	250
<b>Productie huishoudelijke hulp</b>	
Aantal uren productie in verslagjaar	39.143
- Waarvan in natura	38.939
- Waarvan via persoonsgebonden budget	204
<b>Personeel huishoudelijke hulp</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	85
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	26.26
Kosten personeel niet in loondienst en zelfstandigen in verslagjaar	/
<b>Bedrijfsopbrengsten huishoudelijke hulp</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	811.285
- waarvan Wmo-opbrengsten	811.285
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	/

### A.1.3 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.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
<i>1) Personeel patiënt-/cliëntgebonden functies in loondienst</i>				
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				
<b>Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel</b>	<b>413600</b>			
Medisch en sociaal-wetenschappelijke func-	413700			

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
ties				
<b>Subtotaal personeel patiënt/cliëntgebonden functies in loondienst</b>	<b>413000</b>	2.394.790	138	74.43
<i>2) Leerling-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			
<b>Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst</b>	<b>414000</b>	169.810	7	5.28
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000			
Personeel hotelfuncties	412000			
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000			
<b>Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst</b>	<b>411+412 +415000</b>	1.214.000	118	46.49
<i>4) Overig personeel in loondienst</i>				
<b>Totaal personeel in loondienst</b>		3.776.800	263	126.20

*Personeel niet in loondienst*

B) Ingehuurd personeel en zelfstandigen	Code	Kosten van ingehuurd personeel en zelfstandigen in verslagjaar, in euro's	Totale kosten ingehuurd personeel
Uitzendkrachten en overige inhuur, verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch			
Inhuur van management en staf; algemeen en administratief		110.437	110.437
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en inhuur specialisten in loondienst elders			
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel			
<b>Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen</b>		<b>110.437</b>	<b>110.437</b>

C) Onbetaald personeel	Gemiddeld aantal werkzame personen in verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
Overige stagiaires	4
Vrijwilligers	90
<b>Totaal stagiaires en vrijwilligers</b>	

## B DigiMV Governance

### Governance Code

Code	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governance Code 2010?	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?	Ja
Is het toezichthoudend orgaan zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instellingen en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren?	Ja
Legt het concern 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 concern 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 buiten het orgaan dat cliënten vertegenwoordigt deze bevoegdheid nog meer toegekend?	Landelijk Orgaan Cliëntenraden Nederlandse Patiënten Con- sumenten Fede- ratie Inspectie voor de Gezondheidszorg
--	---



*Wijziging statuten*

Transparantie-eis	Ja/nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering belangrijke veranderingen plaatsgevonden?	Nee
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	

*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
Ten behoeve van welke instellingen heeft u investeringen gedaan (ook indien in het buitenland gevestigd)?	Nee
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	09-01-2011
Datum van expiratie geldigheid	09-01-2014
Naam toetsende instantie	TÜV

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	Ja
Verblijf	Ja

Aantal cliënten per organisatorische eenheid	Aantal
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg met verblijf?	110
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg zonder verblijf (exclusief cliënten die alleen huishoudelijke verzorging ontvingen)?	148

### 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

### C.2.2 Geboden zorg

ZZP-indicatie	Omschrijving	Aantal cliënten per OE in zorg Op 31 december
ZZP 1:	Beschut wonen met enige begeleiding	5
ZZP 2:	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	21

ZZP 3:	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	14
ZZP 4:	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	22
ZZP 5:	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	4
ZZP 6:	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	3
ZZP 7:	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding	
ZZP 8:	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging	
ZZP 9:	Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging	
ZZP 10:	Verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	

#### Overzicht geboden zorg extramuraal

Functie	Omschrijving	Aantal cliënten per OE in zorg Op 31 december
Functie Begeleiding	Hulp gericht op het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Kan in de vorm van individuele begeleiding of in groepsverband. Bijvoorbeeld hulp bij plannen activiteiten, hulp bij regelen, afhandelen praktische zaken.	25
Functie Persoonlijke Verzorging	Thuishulp bij de dagelijkse verzorging. Bijvoorbeeld douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.	75
Functie verpleging	Medische hulp thuis. Bijvoorbeeld wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.	9

### C.2.3 Kwaliteitsindicatoren

#### Clïëntentevredenheidsmeting onder bewoners en zorg thuis (2-3-2009)

Thema	1. Zorgbehandel-/leefplan	CQ			ZI	
		V&V	PG	ZT	V&V+PG	ZT
Indicator	1.1 Ervaringen 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	–	–	–	★★★	–
	4.7a Incontinentie (prevalentie)	–	–	–	★★	
	4.7b Incontinentie (diagnose)	–	–	–	★★	
	4.8 Probleemgedrag	–	–	–	★	–
	4.9 Fixatie (prevalentie)	–	–	–	★★★★★	–
	4.10 Beleid vrijheidsbepalende maatregelen	–	–	–	Ja	

	4.11 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	☆☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	–	–
	4.12 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 Ervaringen 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 Ervaringen 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	–	–	***	–	–

### Cliëntentevredenheidsmeting onder vertegenwoordigers (PG) (11-2-2010)

			Zorg Thuis	Verpleging & verzor- ging	
<b>Kwaliteit van leven</b>					
<b>1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid</b>			<b>Score</b>		<b>Score</b>
1.1	CQ	Ervaringen met lichamelijke verzorging	-	VV	
				PG	***
1.2	CQ	Ervaringen met maaltijden	-	VV	
				PG	***
<b>2. Woon- en leefsituatie</b>					
2.1	CQ	Ervaringen met schoonmaken		VV	
				PG	***
2.2	CQ	Ervaren sfeer		VV	
				PG	***
2.3	CQ	Ervaren privacy en woonruimte		VV	
				PG	***
2.4	CQ	Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving		VV	
				PG	***
<b>3. Participatie</b>					
3.1	CQ	Ervaringen met dagbesteding en participatie		VV	
				PG	***
3.2	CQ	Ervaren zelfstandigheid/autonomie		VV	
				PG	-
<b>4. Mentaal welbevinden</b>					
4.1	CQ	Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden		VV	
				PG	***
<b>Kwaliteit van de zorgverleners</b>					
<b>5. Kwaliteit van de zorgverleners</b>					
5.1	CQ	Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening		VV	
				PG	***
5.2	CQ	Ervaren bejegening		VV	
				PG	***
5.3	CQ	Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners		VV	
				PG	***
<b>Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>					
<b>6. Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>					
6.1	CQ	Ervaringen met zorgleefplan en evaluatie		VV	
				PG	***
6.2	CQ	Ervaren inspraak en overleg		VV	

				<b>PG</b>	☆☆☆
<b>6.3</b>	<b>CQ</b>	Ervaren informatie		<b>VV</b>	
				<b>PG</b>	☆☆☆
<b>6.4</b>	<b>CQ</b>	Ervaren telefonische bereikbaarheid		<b>VV</b>	
				<b>PG</b>	☆☆☆
<b>6.5</b>	<b>CQ</b>	Ervaren samenhang in zorg		<b>VV</b>	
				<b>PG</b>	-
<b>6.6</b>	<b>CQ</b>	Ervaren beschikbaarheid personeel		<b>VV</b>	
				<b>PG</b>	☆☆☆
<b>6.7</b>	<b>ZI</b>	Beschikbaarheid verpleegkundige			ja
<b>6.8</b>	<b>ZI</b>	Beschikbaarheid arts			Ja
<b>6.9</b>	<b>ZI</b>	Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen	Ja		Ja

### Meting zorginhoudelijke indicatoren intramuraal en zorg thuis

			Zorg thuis		Verpleging & verzorging	
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid						
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid			Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde	Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde
<b>7.1a</b>	<b>ZI</b>	Risicosignalering zorgproblemen: uitvoering		56.6%	0.1%	51.8%
<b>7.1b</b>	<b>ZI</b>	Risicosignalering zorgproblemen: opvolging	97.5%	93.2%	88.5%	92.8%
<b>7.2</b>	<b>ZI</b>	Huidletsel			13.2%	10,8%
<b>7.2b</b>	<b>ZI</b>	Decubitus			2.2%	2,0%
<b>7.3a</b>	<b>ZI</b>	Voedingstoestand: risico op ondervoeding			88,6%	27,0%
<b>7.3b</b>	<b>ZI</b>	Voedingstoestand: onbedoeld gewichtsverlies			0,4%	0,4%
<b>7.4</b>	<b>ZI</b>	Valincidenten	5,4%	9,5%	9,6%	10,6%
<b>7.5</b>	<b>ZI</b>	Medicijnincidenten			6,3%	4,6%
<b>7.6</b>	<b>ZI</b>	Antipsychotica			12,4%	11,8%
<b>7.7</b>	<b>ZI</b>	Depressieve symptomen			27,4%	19,4%
<b>7.8a</b>	<b>ZI</b>	Incontinentie: prevalentie	29,5%	29,1%	74,4%	63,3%
<b>7.8b</b>	<b>ZI</b>	Incontinentie: diagnose			40,3%	73,7%
<b>7.9</b>	<b>ZI</b>	Probleemgedrag			27,9%	22,1%
<b>7.10a</b>	<b>ZI</b>	Vrijheidsbeperkende maatregelen: prevalentie			0,4%	4,6%
<b>7.10b</b>	<b>ZI</b>	Vrijheidsbeperkende maatregelen: beschrijving			97,2%	92,6%
<b>7.10c</b>	<b>ZI</b>	Vrijheidsbeperkende maatregelen: effecte-			92,3%	83,6%

		valuatie				
7.10d	ZI	Vrijheidsbeperkende maatregelen: afbouw	-	-		
7.11	ZI	Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja			

## C.2.4 Verklaring

Verklaring van het bestuur van de instelling	Ja/nee
Deze indicatoren zijn naar waarheid ingevuld met gebruikmaking van de voorschriften en richtlijnen waarmee de kwaliteitsgegevens worden geschoond en de indicatoren worden gecase-mixt.	Ja

## C.2 Klachten

### Klachtenfunctionaris

Gegeven	Antwoordcategorie
Kunnen cliënten in uw concern terecht bij een klachtenfunctionaris.	Ja

### 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
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	115	20,89
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	53	10,61

#### 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)	6,1

#### 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?	Nee
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 binnen 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 en 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		
<i>Resultaat boekjaar</i>	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten		
<i>Resultaat boekjaar</i>	165.743	481.178
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	6.079.824	7.253.590
Resultaatratio: niet Zvw- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten		
<i>Resultaat boekjaar</i>	/	/
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	/	/

#### Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
-------------	------------	-------------

Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen)		
Current ratio (vlottende activa exclusief liquide middelen)		
Vlottende activa (inclusief liquide middelen)	2.554.333	3.109.323
Vlottende activa (exclusief liquide middelen)	210.092	514.982
Totaal kortlopende schulden	1.047.474	960.236

#### Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)		
Totaal eigen vermogen	1.475.562	1.956.740
Balanstotaal	2.554.333	3.109.323
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)		
Totaal eigen vermogen	1.475.562	1.956.740
Totaal opbrengsten	6.079.824	7.253.590

#### Bezoldiging leden Raad van Bestuur

Naam	M. Konings
De heer of mevrouw	De Heer
Bestuursfunctie	Voorzitter
Nevenfunctie	Bestuurder Stichting Vrienden van Zorgorganisatie Het Hoge Veer Secretaris Raad van Toezicht SWOG
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	€ 106.388
Waarvan: verkoop verlofuren	0
Waarvan: nabetalingsen voorgaande jaren	0
Bruto-onkostenvergoeding	€ 2.340
Werkgeversbijdrage sociale lasten	€ 4.760
Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	€ 12.296
Ontslagvergoeding	0
Bonussen	0
Totaal inkomen	€ 125.784
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
------	--------	-----------------	---------------

Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	Dhr.	Voorzitter	Zie jaardocument § 3.1.3
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	Mw.	2 <sup>de</sup> voorzitter	Zie jaardocument § 3.1.3
Dhr. J.J.M. Verheijen	Dhr.	Secretaris	Zie jaardocument § 3.1.3
Mw. Mr. C.H.M. Meijer-Vermeeren	Mw.	2 <sup>de</sup> secretaris	Zie jaardocument § 3.1.3

*Bezoldiging Raad van Toezicht/Commissarissen*

Naam	2009		2010	
	Bezoldiging	Belastbaar loon	Bezoldiging	Belastbaar loon
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	€ 5.021		€ 5.000	
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	€ 3.750		€ 3.750	
Dhr. J.J.M. Verheijen	€ 3.750		€ 3.750	
Mw. Mr. C.H.M. Meijer – Vermeeren	€ 3.750		€ 3.750	
<b>Totaal</b>	<b>€ 16.271</b>			<b>€ 16.250</b>