

Jaardocument 2011

**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	6
2.3	Kerngegevens	8
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	8
2.3.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	8
2.3.3	Werkgebieden	9
2.4	Voornaamste belanghebbenden	9
3	BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING	12
3.1	Bestuur en toezicht	12
3.1.1	Zorgbrede Governance Code 2010	12
3.1.2	Raad van Bestuur	12
3.1.3	Toezichthouders (Raad van Toezicht)	13
3.2	Bedrijfsvoering	17
3.2.1	Bestuurlijk risicoprofiel	17
3.3	Cliëntenraad	29
3.4	Ondernemingsraad	30
4	BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	33
4.1	Meerjarenbeleid	33
4.2	Algemeen beleid	37
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	40
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	47
4.4.1	Kwaliteit van zorg VVT: verantwoorde zorg	47
4.4.2	Klachten	49
4.4.3	Veiligheid	49
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	52
4.5.1	Personeelsbeleid	54
4.5.2	Kwaliteit van het werk	54
4.6	Samenleving	55
4.7	Financieel beleid	55

5	JAARREKENING.....	57
A	DIGIMV PROFIEL VAN DE ORGANISATIE.....	58
A.1	Kerngegevens	58
A.1.1	Nadere typering	58
A.1.2	Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg)	58
A.1.3	Werkgebieden.....	59
A.2	Personeelsinformatie	60
B	DIGIMV GOVERNANCE	63
C	DIGIMV BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	65
C.1	Kwaliteit van zorg VVT	65
C.2	Klachten	69
C.3	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	70
C.3.1	Personeelsbeleid	70
C.3.2	Kwaliteit van het werk	70
C.4	Financieel beleid	71

1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Ondergetekende stelt het op prijs om middels dit jaardocument allen die bij de Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer betrokken zijn, te informeren over de beleidsinspanningen en resultaten van 2011.

Het vorige jaar was een bijzonder moeilijk en zwaar jaar voor de Stichting. Het een en ander nam een dusdanige vorm aan dat de strategie van de Stichting gevaar liep met alle gevolgen voor de cliënten, medewerkers, organisatie en het maatschappelijke belang. Deze bedreiging werd veroorzaakt doordat de strategische samenwerkingspartner in de nieuwbouw, WSG, naar aanleiding van financiële problemen wisselde van bestuurder, om vervolgens een ander beleid te gaan voeren. Een beleid dat tegen de bestaande samenwerkingsafspraken inging. De Stichting heeft alle (juridische) zeilen bij moeten zetten om haar belangrijke nieuwbouwproject, zo goed en zo kwaad als dat ging, toch doorgang te kunnen laten vinden. Het mag duidelijk zijn dat dit van de betrokkenen binnen de Stichting heel veel tijd, inzet en energie heeft gevegd. Ook zijn we hierdoor genoodzaakt geweest om hoge onvoorziene kosten te maken, hetgeen af te leiden valt uit het resultaat van de jaarrekening.

Het een en ander heeft uiteindelijk toch mogen resulteren tot de ingebruikname van de eerste fase van het strategische nieuwbouwplan. Te Rivierzicht Zuid zijn twee moderne woonzorgcomplexen, met in totaal 92 zorgappartementen, in gebruik genomen voor intra- en extramurale bewoning. Daarnaast is de Stichting zich gaan oriënteren op een nieuwe samenwerkingspartner voor de volgende fase van het strategische nieuwbouwplan; de nieuwbouw op de huidige locatie van het Hoge Veer Complex. Wij hopen en verwachten op korte termijn deze oriëntatie af te ronden en medio 2013 met de sloop en nieuwbouw van start te kunnen gaan.

Bij de opstelling van de beleidsplannen in 2011 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 2011 heeft van de cliëntenraad, ondernemingsraad, vrijwilligers, medewerkers, commissies, raad van toezicht en het management wederom grote inspanningen gevegd. Terugkijkend kunnen we concluderen dat door deze gezamenlijke inspanningen - ondanks bovengenoemde tegenslag die de ontwikkeling van de organisatie heeft beïnvloed - 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 2012.

2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER Locatie "Hoge Veer Complex"
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

Naam verslagleggende rechtspersoon	STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER Locatie "Hoge Veer Rivierzicht"
Adres	Scheepswerflaan 47
Postcode	4941 GZ
Plaats	Raamsdonksveer
Telefoonnummer	0162-511360
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41099381
E-mail	info@hogeveer.nl
Internetpagina	www.hogeveer.nl

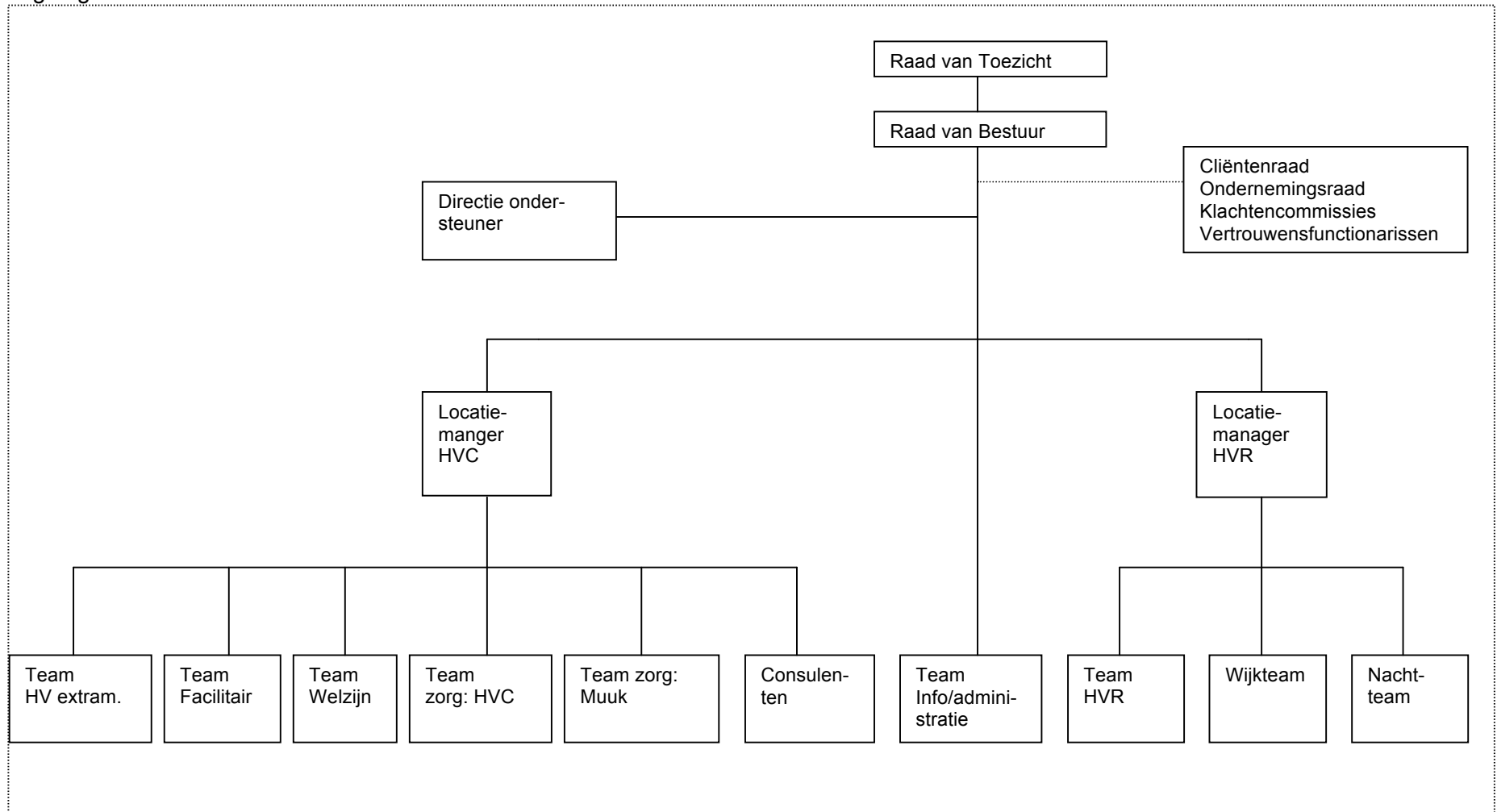
2.2 Structuur van het concern

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

Organigram:



n.b. elk team heeft een coördinator

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
Cliënten	Aantal
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	133
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	128
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	13
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	100
Capaciteit	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	141
Productie	Aantal
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	43.082
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	41.972
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	5.919
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	19.157
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	275
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	139,00

Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	85.386
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in eu-ro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	7.863.090
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	6.999.083
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	864.007

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 haar woonzorgcomplexen (in het verzorgingshuis, het verpleeghuis of in de aanleunwoningen) wonen, als op mensen die buiten de woonzorgcomplexen wonen (zorg-aan-huis).

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

2.4 Voornaamste belanghebbenden

Primaire belanghebbenden	Relatie
ActiZ	Brancheorganisatie; continue benchmark VVT
Amphia Ziekenhuis	Transferpunt; ketenzorg
Annevillegroep	Ketenzorg
Arbeidsinspectie	Diverse inspectiebezoeken
ARBO Surplus	ARBO-zaken, bedrijfsarts, ziektebegeleiding en -preventie, re-integratie
Deli XL	Leverancier levensmiddelen
Deloitte	Accountant
Dementieconsulent Geertruidenberg	Convenant; ketenzorg
De Riethorst Stroomland	Overeenkomst (para)medische zorglevering; intentieverklaring 'kleinschalig wonen voor dementerenden'; overeenkomst maaltijdleverantie; levering opleidingscoördinator en bijscholing; ketenzorg
Gemeente Geertruidenberg	Overeenkomst levering huishoudelijke hulp; samenwerking ten behoeve van bouwinitiatieven; personenalarmering; servicepunt Raamsdonk; dementieconsulent; ketenzorg
GGZ-Breda	Afstemmen over ketenzorg
Heijligers automatisering	Systeembeheer; leverancier hard- en software

Primaire belanghebbenden	Relatie
Huisartsencoöperatie De Brandenpoort B.A.	Overeenkomst; ketenzorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Diverse inspectiebezoeken; adviesfunctie VWS; enquêterecht
LOC	Voorzien cliëntenraad van belangrijke informatie; enquêterecht
Loyds apotheek Raamsdonkveer	Samenwerkingsprotocol; ketenzorg
Mondzorg voor Zorginstellingen	Overeenkomst mondzorg; ketenzorg
Nedap	Geautomatiseerd zorg- en registratiesysteem
NZa	Goedkeuring budgetverzoeken en –verantwoordingen
Rabobank	Bankzaken
Regionaal Platform Geriatrie	Participant crisisopvang; ketenzorg
SDB Groep	Financiële dienstverlening
SWOG	Personenalarmering; servicepunt Raamsdonk; ketenzorg
Thebe	Servicepunt Raamsdonk; afstemmen over ketenzorg
Toezichthoudende apotheker	Samenwerkingsovereenkomst
Transform	
Trema	Dementieconsulent; ketenzorg
TÜV	HKZ / ISO 9001 kwaliteitscertificatie
Vilans	zorgprotocollen
Vitalis College	Convenant partners in opleiden
Van Loveren & Partners	Cliëntenwaardering onderzoek
VWA (Voedsel en Waren Autoriteit)	Diverse inspectiebezoeken
VWS	Verlenen vergunningen
West Brabants Overleg Zorg	Ontmoetingsplatform bestuurders zorginstellingen
WSG	Strategisch samenwerkingsverband; samenwerkingsovereenkomst; samenwerkingspartner nieuwbouw; verhuurder
Zorgkantoor West-Brabant	Overeenkomst zorginkoop/-leverantie
Zorgservice Nederland	Leverancier incontinentiematerialen en verpleegartikelen

Primaire belanghebbenden	Relatie

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 aangegeven dat er een orgaan is dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt en een enquêteverzoek mag indienen;
- er schriftelijk is vastgelegd welke organen welke bevoegdheden hebben voor welk onderdeel van de bedrijfsvoering;
- er schriftelijk is vastgelegd hoe de zorgverlening is georganiseerd en hoe de verbanden zijn met andere samenwerkende organisaties;
- de zorgactiviteiten van de instelling financieel zijn te onderscheiden van andere activiteiten;
- de ontvangsten en betalingen goed zijn te onderscheiden in de financiële administratie.

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 Interim voorzitter annex 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 ^e 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 ^e secretaris	Secretaris Stichting Vermogensbeheer Cliënten Prisma Lid ledenraad Rabobank Lid commissie van Beroep Dongemondcollege

Rooster van aftreden

Naam	1 ^o termijn	2 ^o termijn	3 ^o 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	1-02-2012	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 2010	Goedgekeurd
Accountant: verklaring, verslag en AO&IC 2010	Geïnformeerd, besproken
Kwartaal rapportages voortgang beleidsdoelen 2011	Geïnformeerd en besproken
Periodieke exploitatiecijfers 2011 rond productie/loonkosten/ziekteverzuim	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, besproken en goedkeuringen gegeven
Specifiek 2011: problematiek, kort geding, overleg advocaat en extra bijeenkomsten RvT/RvB, rond WSG en strategisch nieuwbouwproject	
Verhuizing naar nieuwbouw 2 ^e locatie woonzorgcomplex Hoge Veer Rivierzicht	
Nieuwe regelingen honorering RvT/RvB	Besproken en besluit genomen
Bestuurlijk risicoprofiel	Besproken
Kennismaking RvT met directieondersteuner en info over m.n. HKZ, LPZ, Normen Verantwoorde Zorg, kwaliteitssysteem	Heeft plaatsgevonden
Aangifte valsheid in geschrifte van medewerker	Advies RvT
Beoordeling bestuurlijk risicoprofiel door accountant en info	Heeft plaatsgevonden

Onderwerpen/acties	Resultaten
Checklist nalopen Zorgbrede Governance Code 2010	Heeft plaatsgevonden
Exploitatie overzicht en balans 2010 Stichting Vrienden van Het Hoge Veer	Geïnformeerd, besproken
Waarderingsonderzoek cliënten en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
LPZ-meting-rapportage (waaronder incidenten)	Geïnformeerd, besproken
Normen Verantwoorde Zorg en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Benchmark in de Zorg 2011: medewerkersmonitor en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Investerings, kosten en onderhoud automatisering terug van WSG naar ZHHV	Goedgekeurd
N.a.v. o.a. bestuurlijk risicoprofiel: oriëntatie BV huishoudelijke hulp en bemiddelingsbureau	Heeft plaatsgevonden
Profiel, procedure en advertentie nieuw lid RvT	Sollicitatieprocedure is door RvT in 2012 met goed gevolg afgesloten
Verslag Inspectie voor de gezondheidszorg m.b.t. terugdringen vrijheidsbeperking	Geïnformeerd
Directie-/managementbeoordeling	Geïnformeerd, besproken
Enquête "afsluiten zorgrelatie"	Geïnformeerd, besproken
Meerjaren overzicht (bijna) incidenten	Geïnformeerd, 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
Diverse publicaties/artikelen rond Zorgorganisatie Het Hoge Veer en binnengekomen post	Geïnformeerd
Zorginkoop 2012 Zorgkantoor	Geïnformeerd
Benchmark 2010 Deloitte	Geïnformeerd, besproken
HKZ-audit-rapport 2011 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
Bezichtiging locatie Hoge Veer Rivierzicht	Heeft plaatsgevonden
Organisatorisch beleidsplan 2012	Goedgekeurd
Begroting 2012	Goedgekeurd

3.2 Bedrijfsvoering

De voornaamste sturings-, risicobeheersings- en controlesystemen zijn: het HKZ kwaliteits(management)systeem, het gedigitaliseerde kwaliteitshandboek, het geautomatiseerde zorgdossier/-plan en zorgregistratiesysteem Nedap, de risico inventarisaties per cliënt, het bestuurlijk risicoprofiel, de interne controle, het geautomatiseerde HRM, personeels- en salarisverwerkingssysteem (SDB), de beleidscyclusprocedure, het interne kostprijsberekening- 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 controlesystemen, wordt echter alles in het werk gesteld om elk risico tot het minimum te beperken.

Zie voor informatie met betrekking tot de financiële prestaties over 2011, de Jaarrekening verderop in dit document.

3.2.1 Bestuurlijk risicoprofiel

Het onderstaande bestuurlijke risicoprofiel is opgesteld door en vastgesteld in het managementteam d.d. 10-01-2011. Het risicoprofiel wordt jaarlijks, in samenhang met de directie-/managementbeoordeling rond het kwaliteitsmanagementsysteem, geëvalueerd door het managementteam en indien nodig aangepast. Het risicomanagement wordt in de komende jaren verder ontwikkeld. In 2012 wordt risicomanagement uitgebreid naar uitvoerend- en cliëntniveau.

Strategische risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
Een onjuiste afstemming van de organisatie op de zorgindicaties (intra-/extramuraal en WMO)	H	Als een onjuiste inschatting van de vraag naar de verschillende zorgindicaties wordt gemaakt, bestaat de kans op verkeerde beslissingen met betrekking tot inzet van personeel en middelen op korte of lange termijn. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid dat diensten worden geleverd die niet voldoende dekking krijgen vanuit de zorgindicaties	ZHHV maakt een begroting op basis van de realisatie en ontwikkelingen van het afgelopen jaar, de afspraken met het zorgkantoor (AWBZ) en de gemeente (WMO) en de te verwachte zorgindicaties in het aankomende jaar per team. Ieder team krijgt financiële middelen op basis van de begroting. Iedere maand vindt door middel van een managementrapportage een evaluatie plaats over de prestaties van de teams. De teambudgetten worden op basis van de prestaties zo nodig maandelijks aangepast. De teams passen de inzet van personeel en middelen aan naar aanleiding hiervan. Hierdoor heeft ZHHV zicht op de bezettingsgraden en inkomsten van de teams en kan zo nodig tijdig corrigerende maatregelen nemen	L
Overeenkomst tussen markt-vraag en aanbod is onjuist	M	Het kan voorkomen dat het niet mogelijk is om snel genoeg om te schakelen in aanbod en voorzieningen op basis van veranderende markt-vraag, omdat personeel en middelen niet tijdig aangepast kunnen worden op de veranderende zorg-vraag	Het strategische beleid van ZHHV komt kwantitatief en kwalitatief overeen met de situatie en (verwachte) ontwikkelingen binnen het werkgebied De organisatie van ZHHV en de attitude van de medewerkers wordt verder ontwikkeld en onderhouden zodat er sprake blijft van een vraaggestuurde organisatie. De vraaggestuurde organisatie ZHHV past zich aan, aan de (veranderende) vraag en niet andersom. Hierdoor is het risico op een onjuiste afstemming tussen vraag en aanbod gering	L
De kapitaals- en vastgoedlasten zijn niet terug te verdienen doordat leegstand ontstaat	H	Door de veranderende markt-vraag kunnen gebouwen in onbruik of overbodig raken en moeten alternatieve onderkomens geregeld worden. De zorginstellingen dragen het risico voor leegstand en vastgoedlasten, zeker gedurende de looptijd van huurcontracten. Hierdoor kunnen grote financiële lasten ontstaan	ZHHV heeft een samenwerkingsovereenkomst en huurcontract(en) met woningbouwcoöperatie WSG. WSG neemt hierin het gebouw- en inventarisgebonden risico met betrekking tot leegstand over van ZHHV Met de ingebruikname van de nieuwbouw ontstaat er een situatie waarbij, gezien het concept en de vraag ernaar, dit risico slechts hypothetisch van aard lijkt	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
Een onjuiste overeenkomst tussen strategie en organisatie-structuur/-cultuur	H	Indien de strategie van ZHHV niet voldoende in overeenstemming is met het organisatie- en besturingsmodel kunnen de strategische keuzes onvoldoende (slagvaardig) worden uitgevoerd en geoperationaliseerd. Het gevolg hiervan kan zijn onvrede bij de medewerkers en het niet kunnen leveren van de juiste zorg op het beoogde zorgniveau	<p>ZHHV heeft, in overeenstemming de vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk gedelegeerd, waardoor de benodigde regelruimte en slagvaardigheid ontstaat. De teams zijn resultaatverantwoordelijk. Ieder team heeft een eigen teambeleidsplan. De teambeleidsplannen zijn mede gebaseerd op het organisatorisch en het strategisch beleidsplan, hierdoor is er sprake van samenhang. Door o.a. de overlegstructuur van de organisatie en het teamgerelateerde gedeelte van de teambeleidsplannen, is er sprake van participatie in en beïnvloeding van het beleid door medewerkers. De voortgang wordt maandelijks geëvalueerd. De uitkomsten worden geëvalueerd en verantwoord in het jaardocument en de jaarlijkse directie-/managementbeoordeling</p> <p>Middels de beleids- en scholingsplannen wordt er in aanloop naar het levensloopbestendig wonen, toegewerkt naar het voorbereiden van de medewerkers op de nieuwe organisatie, werkwijze en attitude</p> <p>Het organisatieschema (met locatiemanagers en coördinatoren) en de besturings- en kwaliteitsmanagementstructuur is aangepast en voorbereid op de nieuwe situatie van het levensloopbestendig wonen</p> <p>De functieniveaus zijn afgestemd op de zorgvraag. Per functieniveau worden er competentieprofielen ingevoerd, die als uitgangspunt gaan dienen bij coaching en functioneringsgesprekken</p> <p>Hoewel er organisatorisch en bestuurlijk voldoende lijkt te zijn voldaan aan dit punt, blijft de uitvoering ervan mensenwerk. Tevens is er nog sprake van een overgang naar het concept levensloopbestendig wonen. Van daar de score 'M'</p>	M

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV

Zorg & welzijn risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
Onvoldoende aanspreekbare zorgaanbieder	M	Indien de organisatie als geheel onvoldoende aantrekkelijke zorg aanbiedt of een onvoldoende aansprekende zorgaanbieder is, bestaat de kans dat cliënten en/of potentiële medewerkers ZHHV als organisatie gaan mijden	<p>ZHHV houdt om het jaar medewerkers- en cliënttevredenheidsonderzoeken. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn basis voor het te volgen beleid. Vanuit deze onderzoeken en de omgeving van ZHHV komen punten naar voren voor verbetering of vernieuwing</p> <p>Andere maatregelen zoals klachtenregistratie en -procedures gerelateerd aan HKZ, dragen bij om dit risico te beperken</p> <p>ZHHV heeft consultants in dienst die de 'front office' functie verzorgen. De vergaande dienstverlenende functie die hiervan uitgaat heeft een hoge positieve PR-waarde. Daarnaast bewaken de consultants middels deze functie het principe dat de cliënt centraal staat. Dit biedt een extra zekerheid ter beheersing van dit risico</p> <p>Het concept levensloopbestendig wonen van ZHHV spreek zo aan dat er zich thans ca. 350 geïnteresseerden op de wachtlijst hebben laten zetten. Het ziet er naar uit dat dit concept uitermate toekomstbestendig is en eveneens een hoge PR-waarde in zich bergt. Ook is dit concept aantrekkelijk ter werving van nieuwe medewerkers</p> <p>In de complexen van ZHHV is ZHHV ook de enige zorgaanbieder VVT, dit geeft, gezien het totaal aantal appartementen, een garantie tot zorgleverantie en bestemming van het bestaansrecht</p>	L
Imago- en reputatieverlies	H	Een eventueel verlies aan reputatie of imago kan forse negatieve gevolgen hebben voor de positionering van de organisatie naar de zorgmarkt. Reputatie- of imagoschade kan het gevolg zijn van	<p>ZHHV voldoet aan het kwaliteitsysteem HKZ-VVT waar de normen Verantwoorde Zorg onderdeel van zijn</p> <p>Daarnaast heeft ZHHV protocollen rond incidenten en</p>	M

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
		incidenten en calamiteiten of van slechte performance in de zorgverlening. Van belang is dat verantwoording kan worden afgelegd over de naleving van te volgen protocollen	<p>calamiteiten in combinatie met een communicatieprotocol naar de buitenwereld en media</p> <p>In het zorgplan van iedere cliënt is een individuele risicoanalyse opgenomen m.b.t. medicatie, vallen, decubitus, wondzorg, ondervoeding en depressie</p> <p>Er is een door de Inspectie voor de Gezondheidszorg goed bevonden beleid rond het hanteren en terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Volgens de inspectie dragen de activiteiten van ZHHV op dit gebied 'voldoende bij aan het verlagen van het risico op onverantwoorde zorg'</p> <p>ZHHV is doende om het aantal (bijna)incidenten rond medicatie terug te dringen. Het streven is om t.a.v. de zorginhoudelijke normen verantwoorde zorg, minimaal op het landelijk gemiddelde (3 sterren) uit te komen. Tijdens de vorige verwerkte meting zat ZHHV daar nog net onder met 2 sterren</p> <p>De klachtenafhandeling is goed georganiseerd</p> <p>Omdat de uitvoering mensenwerk blijft, kan er per definitie alleen sprake zijn van een maximaal beperken van het risico op een incident, ook al is aan alle facilitaire voorwaarden voldaan. Vandaar dat de score 'M'</p>	
Kwaliteit zorgverlening is onder de maat	H	Het leveren van een goede kwaliteit van zorg is fundamenteel voor het bestaansrecht van ZHHV. Hierbij gaat het om het proces van zorgverlening, maar ook om het maken van de juiste investeringsbeslissingen met betrekking tot het aanwenden van middelen, inzet en kwaliteiten van medewerkers	<p>Zie de eerder genoemde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • situatie en maatregelen beschreven onder strategische risico's (1^e item van dit profiel) • normen HKZ-VVT • normen Verantwoorde Zorg • jaarlijkse LPZ-metingen • klachtenprocedure <p>ZHHV heeft een procedure rond het melden van incidenten</p>	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
			ten en een MIC-commissie die gericht is op het registreren en analyseren van de meldingen. Daarnaast is de MIC-commissie in toenemende mate doende om haar taken preventief in te zetten d.m.v. preventieve signalering en advisering aan het MT	

Personele risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
<p>Het personeel en de cultuur is niet voldoende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cliëntgericht; • vraaggericht; • resultaatgericht; • ondernemingsgericht 	H	<p>De veranderende omgeving en marktvragen stellen andere eisen aan de kwaliteiten van personeel. Indien de organisatie niet in voldoende mate in staat is om het personeel te laten anticiperen op deze veranderende eisen dreigt mogelijk: ontevredenheid; niet kunnen binden en boeien; volgen van niet passende opleidingen. Het is ook mogelijk dat de organisatie niet voldoende motivatie van medewerkers weet te bewerkstelligen voor de gewenste cliëntgerichte houding. Ongewenst vertrek van medewerkers is een mogelijk bijkomend gevolg</p>	<p>ZHHV heeft, in overeenstemming de vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk gedelegeerd, waardoor de benodigde regelruimte ontstaat. De teams zijn resultaatverantwoordelijk. Ieder team heeft een eigen teambeleidsplan. De teambeleidsplannen zijn mede gebaseerd op het organisatorisch en het strategisch beleidsplan, hierdoor is er sprake van samenhang. Door o.a. de overlegstructuur van de organisatie en het teamgerelateerde gedeelte van de teambeleidsplannen, is er sprake van participatie in en beïnvloeding van het beleid door medewerkers. De voortgang wordt maandelijks geëvalueerd. De uitkomsten worden geëvalueerd en verantwoord in het jaardocument en de jaarlijkse directie-/managementbeoordeling</p> <p>Middels de beleids- en scholingsplannen wordt er in aanloop naar het levensloopbestendig wonen, toegewerkt naar het voorbereiden van de medewerkers op de nieuwe organisatie, werkwijze en attitude</p> <p>Het organisatieschema (met locatiemanagers en coördinatoren) en de besturings- en kwaliteitsmanagementstructuur is aangepast en voorbereid op de nieuwe situatie van het levensloopbestendig wonen</p> <p>De functieniveaus zijn afgestemd op de zorgvraag. Per functieniveau worden er competentieprofielen ingevoerd, die als uitgangspunt gaan dienen bij coaching en functioneringsgesprekken</p> <p>Om het jaar wordt er een tevredenheidsonderzoek onder de medewerkers gehouden. De resultaten hiervan komen in de Continu Benchmark en zijn, indien de score te laag is, verbeterpunten die verwerkt worden in de beleidsplannen</p>	M

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
			Omdat verandering van attitude een intensief en continu proces is waar tevens sprake is van mensenwerk, is er gekozen voor de score 'M'	
Onvoldoende kwalitatief en kwantitatief personeel	H	Door onvoldoende en kwalitatief goed personeel kan niet worden voldaan aan de zorgvraag Werving van personeel is een steeds belangrijker wordend issue	Het kwalificatieniveau van de medewerker wordt afgestemd met en gekoppeld aan de zorgvraag. Gekoppeld aan de beleidsplannen is er een scholingsprogramma (HRM-beleid). Er wordt veel aandacht besteed aan training, scholing en ontwikkeling van personeel. Er zijn diverse interne doorstroommogelijkheden, waardoor ZHHV een aantrekkelijke organisatie is voor nieuwe medewerkers Er is een protocol werving & selectie In het strategisch beleidsplan is een doel opgenomen m.b.t. een toename van het aantal leerlingen, doorstroom- en ontwikkelingsmogelijkheden en een verantwoorde afstemming tussen de diverse leeftijdsgroepen	L

Risico's interne organisatie

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
Het niet hebben van voldoende slagvaardigheid in de organisatie	H	Het ontbreken van slagvaardigheid in de organisatie leidt tot stroperigheid in de besluitvorming en/of het geven van onvoldoende vervolg aan besluitvorming. Hierdoor duren projecten en processen te lang of worden beoogde resultaten van veranderingen/projecten onvoldoende gerealiseerd	De cultuur van ZHHV kenmerkt zich o.a. door een hoge veranderingsbereidheid bij bestuur, management, coördinatoren en medewerkers. Gezien de relatief platte organisatie zijn de lijnen in de organisatie kort en is de bereikbaarheid groot. Punten ter verbetering worden snel opgepakt door de organisatie en op methodische wijze ingevoerd ZHHV heeft, in overeenstemming de vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk ge-	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
			delegeerd, waardoor de benodigde regelruimte en slagvaardigheid ontstaat. De teams zijn resultaatverantwoordelijk. Ieder team heeft een eigen teambeleidsplan. De teambeleidsplannen zijn mede gebaseerd op het organisatorisch en het strategisch beleidsplan, hierdoor is er sprake van samenhang. Door o.a. de overlegstructuur van de organisatie en het teamgerelateerde gedeelte van de teambeleidsplannen, is er sprake van participatie in en beïnvloeding van het beleid door medewerkers. De uitkomsten worden geëvalueerd en verantwoord in het jaardocument en de jaarlijkse directie-/managementbeoordeling	
Het ontbreken van veilige en fraudebestendige processen	H	Het ontbreken van duidelijke richtlijnen leidt ertoe dat medewerkers de processen niet volgen en hierdoor de controle verdwijnt op de processen	ZHHV heeft verscheidene procedures (o.a. AO&IC, HKZ, klokkenluidersregeling, HACCP, seksuele intimidatie & agressie) die de processen voldoende veilig en fraudebestendig maken. Risico's zijn overigens niet volledig uit te sluiten en vereisen permanent aandacht Eventuele gevallen van (seksuele) intimidatie, agressie, diefstal en fraude worden vermeld in het jaardocument ZHHV voldoet, in verband met transparantie van bestuur en toezicht, aan de Zorgbrede Governance Code 2010	L

Financiële risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
Over- en onderproductie	H	Over- en onderproductie kunnen een niet juiste inzet van personeel en middelen veroorzaken. Hierdoor is personeel aanwezig waar het niet nodig is en waar personeel nodig is, is niemand of tekort beschikbaar	ZHHV flexibiliseert - zo veel als mogelijk binnen de missie, visie en doelstellingen en in overeenstemming met de CAO-VVT - het personeelsbestand	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
		<p>baar. De middelen die nodig zijn voor het verlenen van zorg zijn dan niet efficiënt ingezet. De continuïteit is in gevaar als er een te grote afwijking is tussen de benodigde zorg en geleverde zorg omdat de zorg niet meer betaald wordt</p> <p>Zowel over- en onderproductie kunnen tot grote financiële tekorten leiden. Enerzijds door de bovengenoemde te hoge inzet van personeel en anderzijds doordat er geen gegarandeerde vergoeding tegenover staat vanuit het zorgkantoor</p>	<p>ZHHV maakt een begroting op basis van de ontwikkelingen van het afgelopen jaar en de te verwachte zorgindicaties in het aankomende jaar per team. Ieder team krijgt financiële middelen op basis van de begroting. Iedere maand vindt door middel van een managementrapportage een evaluatie plaats over de prestaties van de teams. De teambudgetten worden op basis van de prestaties zo nodig maandelijks aangepast. De teams passen de inzet van personeel en middelen aan naar aanleiding hiervan. Hierdoor heeft ZHHV zicht op de bezettingsgraden en inkomsten van de teams en kan zo nodig tijdig maatregelen nemen</p> <p>De managers zorg/locatiemanager beschikken over een recent HBO-management diploma gericht op de zorg. De externe en interne financieringssystematiek is een belangrijk onderdeel van deze opleiding</p> <p>Het zorgkantoor meet de productie van de zorgaanbieder ten opzichte van de productieafspraken en het regio-budget, en stemt dit periodiek af met de zorgaanbieder. Hierdoor is tijdig bijsturen mogelijk</p> <p>ZHHV heeft, in verband met de continuïteit van de bedrijfsvoering (garantie zorglevering en werkgelegenheid) een (risico)reserve opgebouwd van ca. 25% voor met name het kunnen opvangen van risico's, tegenslagen, extra uitgaven rond nieuwbouwconcept en onvoorziene uitgaven</p>	
Veranderingen in uitvoering WMO-beleid ten aanzien van huishoudelijke zorg	H	Sinds de huishoudelijke zorg is ondergebracht in de WMO is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. De gemeente heeft gekozen voor een aanbestedingsprocedure.	Het huidige contract met de gemeente loopt af op 31-12-2011. Daarna bestaat er een optie voor de gemeente tot 2 x 1 jaar verlenging. Het is momenteel (nog) onduidelijk	H

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Situatie / maatregelen ZHHV	Risico ZHHV
		De gunning is 2 jaar geldig met een eventuele verlenging van 2 x 1 jaar. De gemeente kan in de toekomst kiezen voor een ander beleid. Zowel de aanbestedingsprocedure als de mogelijkheid tot verandering van beleid neemt onzekerheid met zich mee en is niet alleen een risico voor de huishoudelijke zorg, maar ook voor de bedrijfsvoering van de rest van ZHHV, in verband met eventuele financiële gevolgen als ZHHV uitgesloten zou worden door de gemeente	<p>of de gemeente in de toekomst haar beleid in deze zal continueren. Verwacht wordt wel dat er, net als onder het vorige contract, wederom sprake zal zijn van een verlenging</p> <p>De bestuurder van ZHHV gaat de mogelijkheid onderzoeken tot de haalbaarheid en wenselijkheid van het oprichten van een B.V. waar de huishoudelijke zorg in ondergebracht zou kunnen worden, teneinde het risico voor de rest van de organisatie weg te nemen</p>	

Risicoclassificatie:

L = laag
M = middel
H = hoog

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 31-12-2011

Naam	Functie
Dhr. P.J.A. Vissers	Voorzitter
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 2010	Geïnformeerd, besproken, positief advies
Accountantsverslag 2010	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
Problematiek rond WSG, verhuizing, nieuwbouw en extra bijeenkomsten hierdoor	
Bezichtiging locatie Hoge Veer Rivierzicht	Heeft plaatsgevonden
Nieuwe zorgleveringsovereenkomsten	Positief advies
Verslag Inspectie voor de gezondheidszorg m.b.t. terugdringen vrijheidsbeperking	Geïnformeerd, besproken, betrokken
Informatie extramuraliseren van ZZP 1 en 2	Geïnformeerd, besproken
Vertrouwenspersoon als ondersteuner CR	Besproken
Diverse ingekomen stukken	Besproken
Berichtgeving klachtencommissie: geen klachten over 2010	Geïnformeerd
Verlopen 2 ^e termijn dhr. Verheijen van de RvT en procedure rond werving nieuwe kandidaat	Geïnformeerd, besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
Bezoek van RvT leden aan CR	Heeft plaatsgevonden
Overheidsbeleid uitschrijving intramuraal verblijf bij ziekenhuisopname	Geïnformeerd, besproken
Indexering broodgeld volgens advies LOC	Positief advies
Stoppen abonnement bibliotheek per 2012 en alternatief	Positief advies
Plan van aanpak kleinschalig wonen MUUK	Geïnformeerd, besproken
Plan van aanpak invoering 24 lichamelijke verpleeghuisplaatsen	Positief advies
Concept communicatieplan invoering 24 lichamelijke verpleeghuisplaatsen	Geïnformeerd, besproken
Evaluatie beleidsnota 'terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen'	Geïnformeerd
Benchmark 2010 Deloitte	Geïnformeerd
Enquête maaltijden grand café	Geïnformeerd
HKZ-audit-rapport 2011 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd en besproken
Organisatorisch beleidsplan 2012	Positief advies
Begroting 2012	Geïnformeerd en besproken

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 31-12-2011

Naam	Functie
Mw. M.L.A. van Heezik - Ligtoet	voorzitter
Mw. M.A.A. Kloonen - Poppe	secretaris
Mw. C.J.M van Strien - Eersel	lid

Onderwerpen, acties en resultaten Ondernemingsraad / Raad van Bestuur

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2010	Geïnformeerd, besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
Accountantsverslag 2010	Geïnformeerd, besproken
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnformeerd, besproken, betrokken
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnformeerd, 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' Problematiek rond WSG, verhuizing en nieuwbouw	Geïnformeerd, besproken, betrokken
Overgang van SDB Cura naar nieuw programma	Geïnformeerd
Verzoek MT tot instemming flexibele werktijden	Geen algehele instemming, wel instemming rond nieuwe medewerkers en uitbreiding contracten/nieuwe functie
Bestuurlijk risicoprofiel	Geïnformeerd
Kennismaking/evaluatie met vertrouwenspersoon	Kennismaking heeft plaatsgevonden, evaluatie was niet nodig omdat er zich geen medewerkers bij hem hadden aangediend
Verlopen 2 ^e termijn dhr. Verheijen van de RvT en procedure rond werving nieuwe kandidaat	Geïnformeerd
Huishoudelijke hulp intra-/extramuraal en facilitair onder 2 coördinatoren	Positief advies
Bezichtiging locatie Hoge Veer Rivierzicht	Heeft plaatsgevonden
PvA RI&E (uitleg preventiemedewerker)	Instemming RI&E komt met regelmaat op agenda
Verzuim- en re-integratiebeleid (uitleg locatiemanager)	Instemming
Opleidingsbeleid (uitleg locatiemanager)	Instemming
Voorstel diensten MUUK	Instemming
Evaluatie met bedrijfsarts	Heeft plaatsgevonden
Functiebeschrijving medewerkers afwas/onderhoud en gastvrouw/gastheer	Positief advies
Invoering 24 lichamelijke verpleeghuisplaatsen	Positief advies

Onderwerpen/acties	Resultaten
Competentieprofiel MBO verpleegkundige	Positief advies
3 werkbegeleiders voor de hele Stichting	Positief advies, evaluatie na 1 jaar
Gedragscodes voor gebruik van informatie- en communicatiemiddelen	Instemming
Intensiveringsmiddelen AWBZ (PvA i.v.m. meer medewerkers, scholing en ontwikkelingsmogelijkheden)	Geïnformeerd, besproken
Benchmark medewerkersmonitor 2011 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken, betrokken
HKZ-auditrapport-2011 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Organisatorisch beleidsplan 2012	Geïnformeerd, besproken, betrokken en t.a.v. doel 3 / subdoel 1, 2 en 3: positief advies
OR verkiezingen	In voorbereiding
Procedure medewerkers die niet in aanmerking komen voor kleinschalig wonen	Positief advies
Sollicitatieprocedure grand café	Geïnformeerd, besproken
Aansprakelijkheidsverzekering rond huisdierverzorging	Geïnformeerd, besproken
Begroting 2012	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 behoudt 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 eind 2011 zijn de eerste 2 woonzorgcomplexen op de grens van Raamsdonksveer en Geertruidenberg in gebruik genomen.

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 De Riethorst Stroomland, de SWOG en WSG.

Hoewel deze laatst genoemde partner in 2011 het beleid eenzijdig en tegen de juridisch harde samenwerkingsafspraken in dusdanig heeft omgezet dat er sprake bleek van een ernstige bedreiging van de strategische positie van de Stichting, en dus ook van de positie van haar cliënten en medewerkers, en het maatschappelijk belang. De Stichting heeft zich hiertegen met succes (juridisch) verweerd en is thans in gesprek met een eventuele nieuwe partner in verband met overname van het verdere nieuwbouwproject. In de loop van de eerste helft van 2012 zal hier hoogstwaarschijnlijk meer duidelijkheid over bestaan.

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. In 2011 heeft de Stichting voor het eerst een beroep moeten doen op dit risicovermogen naar aanleiding van de problematische situatie met WSG.

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 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 2011 weergegeven.

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Nieuwbouwplan op 2 locaties en herinrichting interne organisatie volgens concept 'levensloopbestendig wonen'	Zorgdragen voor een spoedige voortzetting van het nieuwbouwplan op 2 locaties	Verhuizing naar intra- en extramurale woonzorgcomplexen op 2e locatie Hoge Veer Rivierzicht heeft plaatsgevonden Volgens plan van aanpak wordt het nieuwe zorgconcept ingevoerd op locatie	Om WSG aan de samenwerkingsafspraken te houden is er een zeer intensieve, langdurige en juridische weg gevolgd. Het een en ander heeft geresulteerd in de verhuizing naar Rivierzicht Zuid te Raamsdonksveer. De gedeeltelijke afwikkeling hiervan is nog doende. Daarnaast loopt er een

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		Hoge Veer Rivierzicht	<p>traject rond de overname door een nieuwe partner van het resterende nieuwbouwproject van locatie Hoge Veer Complex. Meer duidelijkheid hierover wordt verwacht in de eerste helft 2012. Indien dit doorgang kan vinden zal naar verwachting de gefaseerde sloop en nieuwbouw medio 2013 plaats kunnen vinden</p> <p>Er is nauwelijks tot geen financieel risico voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer met betrekking tot huur en inventaris op de nieuwbouwlocatie Hoge Veer Rivierzicht en op de oudbouwlocatie Hoge Veer Complex. De huur blijft in overeenstemming met de overheidsgelden die hiervoor worden ontvangen</p> <p>Op termijn zouden er wel exploitatierisico's kunnen ontstaan als de 2 woonzorgcomplexen te Rivierzicht Zuid beide niet geschikt worden gemaakt voor gecombineerde intra- en extramurale bewoning</p> <p>Doordat WSG niet al haar afspraken m.b.t. het dragen van organisatie en kosten van verhuizing en inrichting voor haar rekening heeft genomen, heeft de Stichting haar risicoreserves, die aanvankelijk bedoeld zijn voor zorgrisico's, aan moeten spreken</p> <p>Er bestaat een risico op leegstand voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer in de oudbouw situatie m.b.t. het zorggerelateerde deel. Door de situatie met WSG zal de oudbouw langer dienst doen dan gepland, naarmate dit langer duurt neemt het risico toe</p>

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
			<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 werkomstandigheden. Dit is tevens een garantie met betrekking tot de toekomstbestendigheid van het complex en heeft daarmee een risico beperkende uitwerking ten aanzien van de toekomstige exploitatie en werkgelegenheid</p> <p>Tevens is er sprake van een hoge mate van multifunctionaliteit, aanpasbaarheid en duurzaamheid van het gebouw en de appartementen</p>

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 2011 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. Gefaseerde invoering is van start gegaan	Uitbreiding van toelating met 24 plaatsen Verblijf Zwaar (somatisch) per 01-05-2011. De daadwerkelijke gefaseerde invoering is in het laatste kwartaal van 2011 van start gegaan na de verhuizing naar locatie Hoge Veer Rivierzicht Verbreiding dienstverlening Versteviging strategische positie Risicospreiding
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 en dienstverlening
Ziekteverzuim < 5%	Overgang naar nieuwe arbo-/bedrijfsarts per 01-09-2010	Percentage 5,6% ligt hoger dan de doelstelling, maar lager dan de 6,1% in 2010	Hogere percentage heeft met name te maken te maken met een aantal langdurig zieken
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	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	Overgang naar nieuwe software m.b.t. salaris, P&O en dienstenplanning Aanpassing systeem interne budgettering, begroting en interne organisatie i.v.m. 2 ^e locatie	Door de hoge uitgaven ten gevolge van de situatie met WSG is het positieve resultaat in de Jaarrekening negatief beïnvloed en beperkt gebleven in vergelijking met voorgaande jaren Er was in 2011 sprake van een lagere extramurale productie dan begroot. Dit had met name te maken

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
<p>Eigen vermogen van de organisatie vergroten (risicoreserve)</p> <p>Begroting, interne budgettering en interne organisatie aanpassen aan het werken op 2 locaties</p>	<p>Continu aandacht voor een goede en bredere naamsbekendheid door onder andere adverteren, consulente diensten, hoge kwaliteit van dienst- en zorgverlening</p>		<p>met een verminderde productie bij de dagverzorging n.a.v. wettelijke veranderingen, en een bewust gecreëerde leegstand in de aanleunwoningen. In 2012 worden de aanleunwoningen weer toegewezen, hierdoor zal de thuiszorg productie weer toenemen. De personeelsinzet is m.b.t. de thuiszorg grotendeels afgestemd geweest op de gerealiseerde productie, echter, t.a.v. de dagverzorging is er, los van het aantal deelnemers, sprake van een minimum benodigde bezetting, dit is van invloed op de productiviteit. In de 2^e helft van het jaar werd het tijdig volgen van de fte-inzet bemoeilijkt i.v.m. aanpassingen aan het systeem en de overgang naar een ander softwarepakket</p> <p>De intramurale bezettingsgraad van het laatste half jaar 2011 geeft een vertekend beeld omdat medio oktober 32 bewoners zijn verhuisd naar locatie Hoge Veer Rivierzicht en de hierop volgende capaciteitsuitbreiding met 24 somatische verpleeghuisplaatsen gefaseerd ingevoerd wordt. In de loop van 2012 zullen de 24 somatische verpleeghuisplaatsen gefaseerd verder opgebouwd gaan worden. De bezettingsgraad zal hierdoor weer toenemen</p>

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 op organisatie niveau over 2011 weergegeven.

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie in vergelijking met voorgaande jaren.	Evaluatie
Het behalen van de HKZ-VVT hercertificatie	Borgen van het kwaliteitssysteem. Verbetermogelijkheden en audit-leads van vorige audit zijn opgelost	November 2011 heeft de hercertificatie van de HKZ-VVT audit plaatsgevonden	2010 HKZ behaald. De daaruit voortvloeiende audit-leads en verbetermogelijkheden zijn	Zowel in 2010 als in 2011 leverde de audit een positief resultaat op. Er is geen één afwijking gecon-

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie in vergelijking met voorgaande jaren.	Evaluatie
			aangepakt. In 2011 waren al deze aandachtspunten opgelost	stateerd
Alle HKZ-VVT normen worden eens in de 3 jaar getoetst naar aanleiding van interne audits	Medewerkers voeren audit uit door collega's te interviewen en door te observeren van aanwezige formulieren en materialen. Daarna wordt het auditrapport geschreven en de geconstateerde afwijkingen beschreven	In 2011 vonden twee keer per jaar interne audits plaats	Naar aanleiding van de interne audit. Dienen de geconstateerde afwijkingen als input voor verbetermogelijkheden, die datzelfde jaar worden opgepakt	Naar aanleiding van de interne audit is het auditrapport geschreven en het afwijkingsformulier interne audit ingevuld. De afwijkingen zijn in 2011 opgelost
Het meten van de prestaties van Het Hoge Veer, door het uitvoeren van een geïntegreerde continue benchmark	<p>De cliëntentevredenheid is op basis van de CQ-index door een onafhankelijk bureau in het voorjaar van 2011 uitgevoerd, bij de volgende doelgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 somatische intramurale cliënten. • Cliënten die extramurale zorg ontvangen (Pv en V) • Contactpersonen van intramurale PG cliënten. <p>Vervolgens is er een plan van aanpak geschreven</p> <p>De financiële bedrijfsvoering is onderzocht</p> <p>In najaar 2011 is de medewerkertevredenheid onderzocht</p>	<p>Er werd 100% gescoord, dat betekent dat alle vragen 3 of meer sterren scoren</p> <p>Zie voor resultaten (rapport Benchmark Zorg)</p> <p>Score 2011 op werkbeleving is 7,4</p>	<p>Het doel (80% boven of gelijk aan 3 sterren) is voor intramurale, extramurale (verzorging en verpleging) cliënten en voor de contactpersonen psychogeriatricie zowel in 2010 als in 2011 behaalt</p> <p>Het doel dat de score van 2011</p>	<p>In voorjaar 2013 vindt nogmaals een cliëntentevredenheidsonderzoek plaats</p> <p>In najaar 2013 vindt weer een</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie in vergelijking met voorgaande jaren.	Evaluatie
	(volgens de benchmark in de zorg methode) Vervolgens is er een plan van aanpak geschreven	(voorlopig A-klasse)	hoger moet zijn dan de score van 2009 en dat de uitslag in de A-klasse valt is gehaald	medewerkeronderzoek plaats
Het implementeren en het uitvoeren van een digitaal handboek	Het screenen van alle documenten, voor opname handboek. Alle documenten transformeren in een andere lay-out. Veranderd beheer handboek omschrijven. Medewerkers informeren over nieuw handboek	Het digitale handboek is 1 juli 2011 ingevoerd	Er was een papieren handboek, wat door zijn omvang niet meer handzaam was	Het nieuwe digitale handboek is beter hanteerbaar voor de gebruiker. Er zijn geen verschillende versies van de documenten in omloop. Het beheer van het handboek is wat complexer geworden (er moeten meer handelingen door de beheerder worden verricht)
Het uitvoeren en evalueren van een ontruimingsoefening	Coördinator facilitair organiseert met een extern bureau de ontruimingsoefening. Na de oefening evalueren zij meteen met de betrokkenen en voeren vervolgens verslaglegging uit. Dit verslag wordt in elk werkoverleg besproken	In januari 2011 vond ontruimingsoefening plaats	Aangezien dit jaar andere medewerkers de ontruimingsoefening uitvoerde is er geen vergelijking te maken	De aandachtspunten worden in werkoverleg besproken en opgepakt Er wordt een plan van aanpak opgesteld door coördinator facilitair Komt op jaarplanning van werkoverleg en coördinatorenoverleg
Het gebouw is brandveilig	Controle (1x in de 4 maanden) van brandmeldinstallatie, verzegeling brandslanghaspels en controle vluchtwegbewijzing en vluchtdeu-	Rapportage controles zijn gearchieveerd bij coördinator facilitair		Bij afwijkingen wordt er contact opgenomen met beheerder van het gebouw

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie in vergelijking met voorgaande jaren.	Evaluatie
	ren			
Dependance Rivierzicht is brandveilig	Een opzet maken voor de komende jaren (vanaf 2012): <ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijkse ont-ruimingsoefening. • 3 à 4x per jaar een rondgang BHV. • Film tonen over brand in een verzorgingshuis. 	Gesprekken VOC plaatsgevonden. Opzet wordt met hen besproken	/	/
Het, conform het strategische beleidsplan, verwezenlijken van een, qua leeftijd van medewerkers en aantal leerlingen, verantwoorde balans binnen het personeelsbestand	Op 31 december heeft de zorgorganisatie tenminste 3% van haar zorgpersoneel in opleiding voor BBL, BOL of HBO-opleiding In 2011 en 2012 wordt actief beleid gevoerd nieuwe medewerkers te werven onder 40 jaar In september 2012 start de zorgorganisatie tot het opleiden van huidige medewerkers voor de functie MBO-verpleegkundige	3% van het zorgpersoneel volgt één van genoemde opleidingen Werkgroep geformeerd, als eerste definiëren ze een probleemstelling omtrent de huidige situatie. Het competentieprofiel MBO-verpleegkundige wordt door MT goedgekeurd	Ontstaan van dit doel; doordat medewerkers ouder worden en langer blijven doorwerken vindt er vergrijzing plaats. Voor de toekomst is er dan ook behoefte aan medewerkers die jonger zijn dan 40 jaar	Is gerealiseerd Zijn zich aan het oriënteren aanpak andere organisatie, adverteren via brabantzorg.net. hier reageren meer jongeren op. Werkgroep loopt door in de jaren 2012-2013-2014 Goedkeuring MBO-verpleegkundige competentieprofiel. Werving start maart 2012
Het in stand houden, herstellen en bevorderen van de zelfzorg van de cliënt en wijkgericht werken	Er worden scholingen rondom rapporteren en cliëntgericht werken georganiseerd (zie voortgangsrapportage managers zorg)	De sectoren zorg en welzijn worden steeds meer geïntegreerd	In 2010 is het MT tot de conclusie gekomen dat de zelfzorg van de cliënt verbeterd kan worden	Het MT is van mening dat alle acties momenteel voortkomend uit het concept levensloopbestendig

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie in vergelijking met voorgaande jaren.	Evaluatie
				wonen, zoals de nieuwbouw, geen sleutels van appartementen etc., hierop gericht zijn

In de onderstaande tabel staan de kwaliteitsdoelen en de uitwerking daarvan op team-niveau over 2011 weergegeven.

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Het aantal medicijn (bijna)incidenten daalt in 2011 naar het teamgebonden streefcijfer volgens het klantenperspectief genoemd in de diverse teambeleidsplannen	<p>Meerdere malen zijn de medicijn(bijna)incidenten besproken in het teamoverleg, ter bevordering op het zorgvuldig omgaan met medicatie</p> <p>De medicijn (bijna)incidenten zijn uitgebreid behandeld in de MIC-commissie met de hieruit voortvloeiende acties, zoals de wekelijkse overzichten van de medicijn(bijna)incidenten</p> <p>De coördinerend verpleegkundige spreekt individuele medewerkers aan wanneer zij fouten rondom medicatie maken. Indien nodig wordt er een individueel traject met deze medewerker gestart</p> <p>Tevens is er een klinische les medicatieveiligheid voor alle zorgmedewerkers gegeven</p>	Het doel is binnen alle zorgteams niet gehaald. Het aantal medicijn (bijna)incidenten ligt nog steeds boven de doelstelling	<p>Het doel blijft een aandachtspunt voor de medewerkers in 2012. De MIC-commissie gaat dit wederom behandelen</p> <p>Individuele trajecten worden gestart bij twee of meer persoonlijke fouten/incidenten</p> <p>Zie voor overige acties de jaarrapportage 2011 van de MIC-commissie</p>
De medewerkers van team Erf (= intramuraal somatisch team) geven elkaar positieve feedback	Het is een agendapunt tijdens de werkoverleggen in de maanden maart, juni en oktober 2011	Tijdens het werkoverleg is nadruk gelegd op de positieve verschillen tussen medewerkers. Dit kost in eerste instantie tijd en moeite.	Geen vervolg omdat het team niet meer bestaat in 2012

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
		Het werd gaandeweg wel makkelijker. In het najaar is het team opgesplitst binnen de huidige teams Hoge Veer Complex en Rivierzicht	
Er wordt een verbeterplan opgesteld volgens de richtlijn hygiëne (LEV) voor verpleeghuiszorg	Er is tweemaal een groepje gevormd om een kwaliteitscirkel te starten, maar er bleek een te groot verloop De richtlijnen van LEV zijn uitgereikt	Doel is door het verloop niet gehaald	In 2012 met dit doel echt aan de slag, omdat er verschillende zaken geregeld dienen te worden
Voor BOPZ-cliënten verdere professionaliseren van het zorgleefplan en samenvoeging en verwerking benaderingsadviezen binnen het Nedapsysteem	De gedragsbesprekingen vinden plaats via de nieuwe formulieren die probleemgedrag in kaart brengen volgens de PES, hieruit vloeit voort een benaderingsadvies. De zorgcoördinatoren zijn nog lerende om de methodiek goed in de vingers te krijgen	Bij ongeveer de helft van de cliënten heeft een gedragsbespreking plaatsgevonden via de nieuwe formulieren. De omschrijving van de benadering is voor iedere discipline duidelijk en wordt ook door alle (nacht)diensten als prettig ervaren	Binnen het zorgplan kon in de oude situatie te weinig omschreven worden wat het probleem is en hoe ermee om te gaan. Daarom is er gekozen voor aparte formulieren. Het blijft een doel in 2012 om verder te implementeren Twee keer per jaar vindt er per cliënt een gedragsbespreking plaats
Medewerkers in de nacht voelen zich veilig	In samenwerking met een lokale sportschool houder is er een cursus zelfverdediging van 10 bijeenkomsten gegeven Daarnaast is er tijdens ieder werkoverleg aandacht voor het thema geweest.	De cursus is in december 2011 geëvalueerd. Daarnaast is er tijdens ieder werkoverleg aandacht voor het thema geweest. Hierdoor is het gevoel van veiligheid toe genomen	Gezien de aard en tijdstip van de werkzaamheden die door het team geleverd worden blijft het een aandachtspunt. Daarom komt dit punt in 2012 nog drie keer aan bod in het werkoverleg
De samenwerking en communicatie tussen nachtteam en andere teams is verbeterd	Het inventariseren van knelpunten in de samenwerking en de communicatie. Tweemaal per jaar bespreekt het nachtteam hoe de samenwerking met andere teams verloopt. Tijdens het coördinatoroverleg wordt drie-	In de laatste drie maanden van het jaar is de communicatie tussen de team goed verlopen. Eventuele problemen worden op een constructieve wijze besproken	Gezien de breedte van het werk van de nachtdiensten blijft het een doel in het teambeleidsplan van 2012

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	maal per jaar besproken hoe andere teams dit ervaren		
Cliënten zijn zoveel mogelijk zelfstandig tijdens de activiteiten rondom eten, drinken, en transfers	Medewerkers reiken cliënten materialen en mogelijkheden aan om de activiteiten zo zelfstandig mogelijk uit te voeren	Cliënten zijn zelfstandiger geworden rondom activiteiten die met eten, drinken en transfers te maken hebben	Er is al verbetering in verschillende activiteiten maar er is nog steeds stimulans nodig. Het blijft een aandachtspunt om de cliënten te blijven stimuleren voor het bevorderen van de zelfstandigheid
Cliënten zijn zelfstandiger m.b.t. sociaal gedrag, oriëntatie, arbeidsmatige activiteiten en maatschappelijke betrokkenheid	Cliënten worden blijvend gestimuleerd op het gebied van sociaal gedrag, oriëntatie, arbeidsmatige activiteiten en maatschappelijke betrokkenheid	Cliënten helpen mee met de arbeidsmatige activiteiten en zijn sociaal. Ook heeft meer structuur	De cliënten blijven begeleiden op het gebied van sociaal gedrag, oriëntatie, arbeidsmatige activiteiten en maatschappelijke betrokkenheid Starten activerende begeleiding in 2012
Binnen het team extramuraal huishouding wordt de tevredenheid van de cliënt bevorderd	De vakantieopvang wordt verbeterd, zodat medewerkers beter inzetbaar zijn tijdens deze periode. Niet meer dan 20% van de medewerkers mag gelijktijdig op vakantie, zonder dat de vervanging voor de cliënten goed is geregeld De coördinatoren hebben meer persoonlijk contact met de cliënten	De schriftelijke evaluatie van het zorgplan hulp bij het huishouden extramuraal in december 2011 scoorde erg hoog. De respons was 73,3% In de vakantieperiode van zomer 2012 vindt er meer continuïteit van de inzet van de medewerkers plaats	De schriftelijke evaluatie van het zorgplan vindt weer plaats in november 2012 Tevens zal er jaarlijks bij iedere cliënt face-to-face of telefonisch een vragenlijst worden afgenomen door de huishoudelijke coördinatoren

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 2011 laten onderzoeken door Van Loveren & Partners. 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 vertaald naar de thema's Verantwoorde Zorg en zijn zichtbaar op de website www.kiesbeter.nl.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer scoorde bij de cliëntenraadpleging 3 sterren of hoger. Alleen op de zorginhoudelijke normen scoorde Zorgorganisatie Het Hoge Veer op sommige indicatoren lager dan het landelijk gemiddelde (betreft risico-signaleringslijsten, medicatie en prevalentie incontinentie). De indicatoren vallen, probleemgedrag, ondervoeding, diagnose stellen incontinentie en decubitus zijn zodanig verbeterd dat deze niet meer onder het landelijke gemiddelde scoren.

Hieronder zijn de indicatoren benoemd waarbij Zorgorganisatie Het Hoge Veer lager dan landelijk gemiddelde scoorde en welke daardoor als verbeterpunten in aanmerking komen. De exacte uitkomsten worden weergegeven in DigiMV verderop in dit document.

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
7.1a en 7.1b Risicosignaleringszorgproblemen en uitvoering	Werken aan de hand van risico-signaleringslijsten	Risico-analyses m.b.t.: - ondervoeding - medicijnen - decubitus - vallen - depressie - vrijheidsbepalende maatregelen Er zijn lijsten ontwikkeld en ingevoerd in het zorgbeheerssysteem	Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft geen risico-analyse op incontinentie, daarom is de score op deze indicator laag, te weten 0,2% (zorg thuis) en 0,3% (V&V)	In 2011 werd voor elk zorgplannoverleg de risico-analyse uitgevoerd
7.5 (Bijna) incidenten m.b.t. medicatie	Zie § 4.4.3	Zie § 4.4.3	Zie § 4.4.3	Zie § 4.4.3
7.8a Incontinentie (prevalentie en diagnose)	Er is geen doelstelling geformuleerd. Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft besloten om geen risico-analyse op incontinentie uit te voeren	/	Bij V&V scoort Zorgorganisatie Het Hoge Veer bij prevalentie incontinentie boven het landelijk gemiddelde (= 62,2%) en onze score is 80,4%. Bij zorg thuis scoort Zorgorganisatie Het Hoge Veer bij prevalentie incontinentie lager dan het landelijk gemiddelde (= 29,3%) en onze score is 21,3%	In het jaar 2011 moesten we voor het zorgkantoor minimaal vier risico-analyses uitvoeren. Uiteindelijk voerden we er zes uit, te weten depressie, vallen, medicatie, ondervoeding, decubitus en vrijheidsbepalende maatregelen. Aangezien Zorgorganisatie Het Hoge veer qua prevalentie incontinentie bij de sector V&V hoger

Indicator	Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
				scoort dan het landelijk gemiddelde gaan we dit op korte termijn verbeteren

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 2011 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 bezoeker, 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:

- locatiemanager Rivierzicht (voorzitter);
- locatiemanager Het Hoge Veer complex;
- verpleegkundig coördinatoren;
- coördinator facilitair (op afroep)
- 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
Het verbeteren van de medicatieveiligheid	<p>Het uitvoeren van een Quickscan (hiermee kunnen de knelpunten verbeterpunten in het medicatieproces worden vastgesteld)</p> <p>In 2011 is twee maal de zogenaamde geeltjesmethode uitgevoerd. Gedurende twee weken worden dan de meldingen voor alle teamleden inzichtelijk en toegankelijk gemaakt</p> <p>Per 1 februari werd de risico-analyse eigen beheer medicatie opgenomen in het digitale zorgdossier</p> <p>Training rapportage medicatie</p> <p>Nulmeting antipsychoticum medicatie bij team Muuk</p>	Nog steeds zijn de medicatie (bijna) incidenten, ondanks alle inspanningen, hoger dan het doel van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. De MIC-commissie heeft de cijfers van 2011 geëvalueerd en daarop advies ter verbetering geformuleerd	T.o.v. 2010 is in het jaar 2011 het aantal (bijna) incidenten m.b.t. medicatie verminderd met 14,4%	<p>Dit doel is in 2011 niet gehaald, oorzaken hiervan kunnen zijn; medewerkers zijn niet altijd bewust van consequenties van medicijnincidenten en door opening nieuwe locatie in laatste kwartaal 2011, is de samenstelling van teams veranderd</p> <p>In de teambeleidspannen 2011 is wederom een doel opgenomen om het aantal (bijna) incidenten te verlagen</p> <p>De MIC-commissie heeft de acties voor 2012 in de voortgangsrapportage van de MIC-commissie</p>

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
				weergegeven
Inzicht krijgen in de oorzaken van (bijna) incidenten m.b.t. vallen, teneinde het aantal (bijna) incidenten te doen dalen	<p>Bij iedere cliënt wordt de risico-analyse vallen ingevuld</p> <p>Voortgang MIC-meldingen wordt uitgebreid met verantwoordingsrapportage m.b.t. valincidenten</p> <p>De zorgteams krijgen elke week van de voorzitter MIC een overzicht van de cijfers valincidenten</p>	Nog steeds zijn de valincidenten hoger dan het doel van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. De MIC-commissie heeft de cijfers van 2011 geëvalueerd en daarop advies ter verbetering geformuleerd	T.o.v. 2010 is in het jaar 2011 het aantal (bijna) incidenten m.b.t. vallen toegenomen met 47%	<p>Dit doel is in 2011 niet gehaald, aangezien er geen gebruik wordt gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals sensoren, onrustbanden etc. en doordat cliënten steeds ouder en minder mobiel zijn</p> <p>De MIC-commissie heeft de acties voor 2012 in de voortgangsrapportage van de MIC-commissie weergegeven</p> <p>Eén van de acties is het starten van het project valpreventie (van Consument en Veiligheid)</p>
Het terugdringen van meldingen incident medewerkers zoals agressie naar medewerkers, uitglijden op natte vloer etc.	Het vastleggen van de voortgang rondom een melding. (gebruik van registratieformulier preventieve en corrigerende maatregelen)	In 2011 waren 8 meldingen van incidenten bij medewerkers	In 2011 is alleen de prevalentie vastgelegd. In MT in april 2012 wordt een streefcijfer voor het aantal meldingen per jaar bepaald.	In 2012 wordt plan van aanpak opgesteld met als onderwerp agressie tegen medewerkers
Het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals onrustbanden, rolstoelbladen etc.	Uitvoeren gedragsbesprekingen en rapportage in zorgplan. Training BOPZ uitgevoerd bij alle medewerkers van BOPZ-unit. Alle medewerkers	<p>Alle doelen van plan van aanpak 'terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen' zijn uitgevoerd</p> <p>Er worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt</p>	In 2011 is er een nulmeting antipsychoticum uitgevoerd. In 2012 wordt een streefcijfer vastgelegd m.b.t. het terugdringen van	In 2012 vindt de evaluatie vrijheidsbeperkende maatregelen plaats

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
	van BOPZ-unit zijn van deskundigheidniveau 3	zoals onrustbanden en rolstoelbladen. Er wordt alleen nog anti-psychoticum gebruikt, deze wordt actief gemonitord.	anti-psychoticum. Het doel van inzet onrustbanden en tafelbladen is gehaald, aangezien er 0% van deze maatregelen is gebruikt	

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 Beroepsonderwijs als leerbedrijf ten behoeve van het verzorgen van beroepspraktijkvorming (stageplaatsen en het opleiden van eigen medewerkers). Zorgorganisatie Het Hoge Veer heeft de volgende kwalificaties:

- verpleegkundige 4;
- verzorgende;
- helpende;
- zorghulp;

- maatschappelijke zorg volwassene niveau 4 (voorheen SPW).

In 2011 zijn de volgende studies, opleidingen, (bij)scholingen, cursussen, trainingen, bijeenkomsten, klinische lessen, congressen, informatiebijeenkomsten e.d. gevolgd en bijgewoond:

Soort	Voor wie?
Wondzorg en bloedsuiker prikken.	Medewerkers zorg
Voorbehouden handelingen voor verpleegkundigen	Verpleegkundigen
Voorbehouden handelingen voor verzorgenden	Verzorgenden
Transfer	Medewerkers zorg en welzijn
Zwachtelen	Medewerkers zorg
Omgaan met O2	Medewerkers Zorg
Omgaan met agressie	Medewerkers zorg Muuk en nachtteam
Klinische les medicatie	Medewerkers zorg
Planning looproutes	Planners wijkteam en HH extramuraal
Medicatieveiligheid	Zorgteams
Zelfverdediging	Nachtteam
Bedrijfshulpverlening	Medewerkers zorg
BOPZ	Medewerkers team Muuk/ coördinator
Instructie Ipads	Zorgcoördinatoren wijk
Cursus grand café	Medewerkers grand café
Sturen op uren	Locatiemanager en van beide locaties een coördinator
Bedden verpleeghuisplaatsen PG en SOM	Medewerkers Muuk en locatie Hoge Veer Complex
Training van verzorgingshuis naar verpleeghuiszorg	Medewerkers Hoge Veer Complex
Basiskennis verzorging	Welzijn medewerkers
Basis training HBH1	Medewerkers HBH1
Instructies, die gericht zijn op werken locatie Rivierzicht.	Medewerkers locatie Hoge Veer Rivierzicht

Soort	Voor wie?
HACCP cursus	Medewerkers grand café
Werkbegeleiderscursus	Werkbegeleiders

4.5.1 Personeelsbeleid

Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	76	16,92
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	61	9,86

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, volgens de definitie van Vernet in percentages

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	5,6

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	Prestatie volgens indicatoren	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 RIE-gegevens zijn gecontroleerd door de Arbo dienst In het jaar 2012 wordt gestart met de RIE te locatie Hoge Veer Rivierzicht
Verbeteren van	Selecteren van	Oprichten van	De score op	In najaar 2011

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Prestatie volgens indicatoren	Evaluatie
de medewerkerswaardering (in kader van continue Benchmark 2011)	verbeterpunten uit de medewerkermonitor 2011	de werkgroep medewerkerswaardering	werkbeleving is 7,4 en op veranderpotentie 6,8. Zorgorganisatie Het Hoge Veer zit met deze scores bij 1/3 van de organisaties met de hoogste scores. In 2009 vond de rapportage niet op deze manier plaats. De score op werkbeleving was toen 7,1.	heeft er een medewerkerswaarderingsonderzoek plaatsgevonden. Dit heeft geresulteerd in een werkgroep die in 2012 een plan van aanpak zal opstellen

4.6 Samenleving

Inspanningen, prestaties en evaluatie

Doelstelling	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Leveren van een eigentijds en toekomstbestendig woon-, welzijns-, zorg- en dienstenconcept	Zie onder § 4.1	Zie onder § 4.1	Zie onder § 4.1
Afval van incontinentiemateriaal gescheiden verzamelen en verwerken	Gescheiden verzamelen Verwerking door Orgaworld	Gescheiden verzamelen Verwerking door Orgaworld	Ongewijzigde prestatie ten opzichte van 2010

4.7 Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio	2010	2011
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	0,076	0,004
Resultaatratio: niet-Zvw- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	/	/

Liquiditeit

Liquiditeit	2010	2011
	3,24	2,81

Solvabiliteit

Solvabiliteit	2010	2011
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	62,93%	55,45%
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	26,98%	25,26%

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 2011 zorg of diensten verleend die zijn gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Ja

Onderaanneming	Antwoordcategorie
Hebt u in 2011 WTZi-zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2011 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
Cliënten	Aantal
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	133
Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	128
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	13
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	100
Capaciteit	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	141

Productie	Aantal
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	43.082
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	41.972
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	5.919
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	19.157
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	275
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	139,00
Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	85.386 euro
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	7.863.090
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	6.999.083
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	864.007

A.1.2.1 Productie, personeel en opbrengsten huishoudelijke hulp Wmo

Kerngegevens huishoudelijke hulp (Wmo), facultatief

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Patiënten/cliënten huishoudelijke hulp	
Aantal patiënten/cliënten per einde verslagjaar	244
Aantal patiënten/cliënten over het gehele verslagjaar (afgesloten trajecten plus patiënten/cliënten die per einde verslagjaar nog hulp ontvangen)	265
Productie huishoudelijke hulp	
Aantal uren productie in verslagjaar	37.367
- Waarvan in natura	37.250
- Waarvan via persoonsgebonden budget	117
Personeel huishoudelijke hulp	
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	77
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	24,18
Kosten personeel niet in loondienst en zelfstandigen in verslagjaar	/
Bedrijfsopbrengsten huishoudelijke hulp	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	784.257
- waarvan Wmo-opbrengsten	784.257
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	/

A.1.3 Werkgebieden

Zorgkantoorregio'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				
Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel	413600			
Medisch en sociaal-	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
wetenschappelijke functies				
Subtotaal personeel patiënt/cliëntgebonden functies in loondienst	413000	2.370.810	145	78,37
<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			
Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	414000	294.116	13	9,72
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000			
Personeel hotelfuncties	412000			
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000			
Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst	411+412 +415000	1.206.860	117	50,91
<i>4) Overig personeel in loondienst</i>				
Totaal personeel in		3.871.786	275	139

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
loondienst				

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		111.772	111.772
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en inhuur specialisten in loondienst elders			
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel			
Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen		111.772	111.772

C) Onbetaald personeel	Gemiddeld aantal werkzame personen in verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
Overige stagiaires	3
Vrijwilligers	95
Totaal stagiaires en vrijwilligers	

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
Begeleiding	Ja
Behandeling	Ja
Verblijf	Ja

Aantal cliënten per organisatorische eenheid	Aantal
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg met verblijf?	133
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg zonder verblijf (exclusief cliënten die alleen huishoudelijke verzorging ontvingen)?	113

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.1.2 Geboden zorg

ZZP-indicatie	Omschrijving	Aantal cliënten per OE in zorg Op 31 december
ZZP 1:	Beschut wonen met enige begeleiding	4
ZZP 2:	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	17

ZZP 3:	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	22
ZZP 4:	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	31
ZZP 5:	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	18
ZZP 6:	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6
ZZP 7:	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding	9
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.	5
Functie Persoonlijke Verzorging	Thuishulp bij de dagelijkse verzorging. Bijvoorbeeld douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.	85
Functie verpleging	Medische hulp thuis. Bijvoorbeeld wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.	10

Cliëntentevredenheidsmeting onder bewoners, vertegenwoordigers PG en zorg thuis (juli 2011)

			Zorg Thuis	Verpleging en Verzorging	
Kwaliteit van leven					
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid					
1.1	CQ	Ervaringen met lichamelijke verzorging	☆☆☆ (N = 39)	VV	☆☆☆☆ (N = 22)
				PG	☆☆☆ (N = 15)
1.2	CQ	Ervaringen met maaltijden	-	VV	☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 13)
2. Woon en leefsituatie					
2.1	CQ	Ervaringen met schoonmaken	-	VV	☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
2.2	CQ	Ervaren sfeer	-	VV	☆☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
2.3	CQ	Ervaren privacy en woonruimte	-	VV	☆☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
2.4	CQ	Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving	☆☆☆☆ (N = 31)	VV	☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆☆ (N = 15)
3. Participatie					
3.1	CQ	Ervaringen met dagbesteding en participatie	☆☆☆☆ (N = 29)	VV	☆☆☆ (N = 28)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
3.2	CQ	Ervaren zelfstandigheid/autonomie	☆☆☆ (N = 40)	VV	☆☆☆☆☆ (N = 30)
				PG	-
4. Mentaal welbevinden					
4.1	CQ	Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	☆☆☆ (N = 40)	VV	☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 15)
Kwaliteit van de zorgverleners					
5. Kwaliteit van de zorgverleners					
5.1	CQ	Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	☆☆☆ (N = 39)	VV	☆☆☆☆ (N = 29)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
5.2	CQ	Ervaren bejegening	☆☆☆ (N = 41)	VV	☆☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
5.3	CQ	Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	☆☆☆ (N = 40)	VV	-
				PG	☆☆☆ (N = 14)
Kwaliteit van de zorgorganisatie					
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie					
6.1	CQ	Ervaringen met zorgleefplan en evaluatie	☆☆☆ (N = 39)	VV	☆☆☆☆ (N = 19)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
6.2	CQ	Ervaren inspraak en overleg	☆☆☆☆ (N = 41)	VV	☆☆☆☆ (N = 23)
				PG	☆☆☆ (N = 16)
6.3	CQ	Ervaren informatie	☆☆☆☆ (N = 41)	VV	☆☆☆☆ (N = 29)

				PG	☆☆☆ (N = 16)
6.4	CQ	Ervaren telefonische bereikbaarheid	☆☆☆☆ (N = 35)	VV	-
				PG	☆☆☆ (N = 16)
6.5	CQ	Ervaren samenhang in zorg	☆☆☆ (N = 39)	VV	-
				PG	-
6.6	CQ	Ervaren beschikbaarheid personeel	☆☆☆☆ (N = 39)		☆☆☆☆☆ (N = 29)
					☆☆☆☆ (N = 16)
6.7	ZI	Beschikbaarheid verpleegkundige	-		Ja
6.8	ZI	Beschikbaarheid arts	-		Ja
6.9	ZI	Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen	Ja		Ja

Meting zorginhoudelijke indicatoren intramuraal en zorg thuis (juli 2011)

			Zorg thuis		Verpleging & verzorging	
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid						
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid			Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde	Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde
7.1a	ZI	Risicosignalering zorgproblemen: uitvoering	0.3%	68.3%	0.2%	62.8%
7.1b	ZI	Risicosignalering zorgproblemen: opvolging	76%	94.6%	71.3%	95.4%
7.2	ZI	Huidletsel			9.0%	10,1%
7.2b	ZI	Decubitus			1.0%	1,9%
7.3a	ZI	Voedingstoestand: risico op ondervoeding			13,7%	21,2%
7.3b	ZI	Voedingstoestand: onbedoeld gewichtsverlies			0,2%	0,4%
7.4	ZI	Valincidenten	4,4%	10,3%	7,4%	9,9%
7.5	ZI	Medicijnincidenten			16,8%	5,2%
7.6	ZI	Antipsychotica			6,8%	10,9%
7.7	ZI	Depressieve symptomen			17,2%	17,4%
7.8a	ZI	Incontinentie: prevalentie	21,3%	29,3%	80,4%	62,2%
7.8b	ZI	Incontinentie: diagnose			98,2%	81,7%
7.9	ZI	Probleemgedrag			15,0%	20,9%
7.10a	ZI	Vrijheidsbeperkende maatregelen: prevalentie			0,1%	4,3%
7.11	ZI	Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Ja			
7.13	ZI	Hitteprotocol	Ja			
7.14	ZI	Noodvoorzieningen bij stroomuitval	Ja			

Meting huishoudelijke hulp (2011)

Thema	1. Klantgerichtheid	CQ
Indicator	1.1 Ervaringen met het plan hulp bij het huishouden	☆☆
	1.2 Ervaren bejegening	☆☆

Thema	2. Communicatie en betrouwbaarheid	CQ
Indicator	2.1 Ervaringen met communicatie	☆☆☆
	2.2 Ervaren betrouwbaarheid	☆☆

Thema	3. Deskundigheid en effectiviteit	CQ
Indicator	3.1 Ervaren deskundigheid	☆☆
	3.2 Ervaren effectiviteit	☆☆

Verklaring

Verklaring van het bestuur van de instelling	
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	Antwoord-categorie
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
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	76	16,92
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	61	9,86

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)	5,61

Vacatures

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

C.3.2 Kwaliteit van het werk

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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

Indien ja bij 1:

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

Indien nee bij 1:

In welk jaar heeft de laatste raadpleging plaatsgevonden	2011
--	------

Indien ja bij 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	De eigen score van 2011 moet hoger zijn dan de eigen score van 2009 en binnen de A-klasse vallen
--------------------------------------	--

Indien ja bij 1 en ja bij 2

Uitkomst van de raadpleging op basis van normering sector	Score 2009 is 7,1 score 2011 is 7,4 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>	481.178	29.297
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	7.253.590	7.863.090
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)		
<i>Vlottende activa (inclusief liquide middelen)</i>	3.109.323	3.534.909
<i>Vlottende activa (exclusief liquide middelen)</i>	514.982	701.931
<i>Totaal kortlopende schulden</i>	960.236	1.258.367

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)		
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.956.740	1.986.037
<i>Balanstotaal</i>	3.109.323	3.581.560
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)		
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.956.740	1.986.037
<i>Totaal opbrengsten</i>	7.253.590	7.863.090

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	110.316
<i>Waarvan: verkoop verlofuren</i>	0
<i>Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren</i>	0
Bruto-onkostenvergoeding	2.591
Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.572
Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	11.572
Ontslagvergoeding	0
Bonussen	7.344
Totaal inkomen	136.395
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 ^{de} 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 ^{de} secretaris	Zie jaardocument § 3.1.3

Bezoldiging Raad van Toezicht/Commissarissen

Naam	2010		2011	
	Bezoldiging	Belastbaar loon	Bezoldiging	Belastbaar loon
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	€ 5.000		€ 6.250	
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	€ 3.750		€ 5.000	
Dhr. J.J.M. Verheijen	€ 3.750		€ 5.000	
Mw. Mr. C.H.M. Meijer – Vermeeren	€ 3.750		€ 5.000	
Totaal	€ 16.250		€ 21.250	