

# **Jaarverslag 2012**

**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
2.2.1	Kernactiviteiten en nadere typering .....	8
2.2.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten .....	8
2.2.3	Werkgebieden .....	9
2.3	Samenwerkingsrelaties / belanghebbenden .....	9
3	BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING.....	12
3.1	Bestuur en toezicht .....	12
3.1.1	Normen voor goed bestuur .....	12
3.1.2	Raad van Bestuur / Directie .....	12
3.1.3	Raad van Toezicht .....	13
3.2	Bedrijfsvoering .....	17
3.2.1	Bestuurlijk risicoprofiel .....	18
3.2	Cliëntenraad.....	26
4	BELEID EN FINANCIËLE POSITIE.....	28
4.1	Meerjarenbeleid .....	28
4.2	Algemeen beleid verslagjaar.....	36
4.3	Kwaliteitsbeleid .....	38
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten.....	39
4.4.1	Klachten .....	39
4.4.2	Veiligheid .....	39
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	40
4.5.1	Personeelsbeleid .....	41
4.6	Financieel beleid .....	41
5	JAARREKENING.....	43
A	DIGIMV PROFIEL VAN DE ORGANISATIE.....	44
A.1	Kerngegevens .....	44
A.1.1	Nadere typering .....	44

A.1.2	Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg (exclusief Wmo, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg) .....	44
A.1.3	Werkgebieden .....	45
A.2	Personeelsinformatie .....	46
B	DIGIMV GOVERNANCE .....	49
C	DIGIMV BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES .....	51
C.1	Kwaliteit van zorg VVT .....	51
C.2	Klachten .....	55
	<i>Klachtenfunctionaris</i> .....	55
C.3	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .....	55
C.3.1	Personeelsbeleid .....	55
C.3.2	Kwaliteit van het werk .....	56
C.4	Financieel beleid .....	57

# 1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Dit jaarverslag van Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer (ZHHV) bevat verantwoordingsinformatie met betrekking tot o.a. bestuur, toezicht, (strategische) beleid, organisatieprofiel, bedrijfsvoering, kwaliteit, risico's, veiligheid, belanghebbenden en financiën.

Het jaarverslag is niet verplicht, nog is er sprake van een voorgeschreven vorm. ZHHV hecht er echter waarde aan als maatschappelijke onderneming om op deze wijze op hoofdlijnen interne en externe verantwoording af te leggen rond o.a. het gevoerde beleid.

In 2012 heeft het strategisch beleid van ZHHV wederom onder druk gestaan. Dit betrof de tweede fase van het nieuwbouwplan met het bijbehorende organisatorische concept "levensloopbestendig wonen".

In 2011 al is een nieuwe locatie door ZHHV in gebruik is genomen. Oorspronkelijk zou in aansluiting hierop de eigenaar van het gebouw WSG van start gaan met de sloop en nieuwbouw op de oude bestaande locatie. Door de financiële problemen bij WSG heeft dit echter geen doorgang gevonden.

ZHHV is daarom druk doende geweest om samen met een overname partner een aangepast plan te ontwikkelen. Hierin zijn bemoedigende resultaten geboekt. Naar verwachting zal in de loop van het eerste helft van 2013 sprake zijn van de uiteindelijke overnamegesprekken tussen de huidige eigenaar, de overname partner en ZHHV. Naar planning zal anderhalf jaar daarna van start kunnen worden gegaan met de tweede fase van het nieuwbouwplan.

Ondanks de extra kosten die bovengenoemde situatie met zich heeft mee gebracht, heeft ZHHV het jaar afgesloten met een ruim positief resultaat.

In 2012 is, door onze gezamenlijke inspanningen, het professionele en kwaliteitsniveau binnen ZHHV - als afgeleide van het strategisch beleid en gericht op de toekomstige ontwikkelingen - weer hoger komen te liggen. Ook is de marktpositie van ZHHV verder verstevigd. Hierdoor is er vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid een stevige basis gelegd met betrekking tot de garantie op lange termijn rond vraaggerichte zorglevering en werkgelegenheid.

## 2 Profiel van de organisatie

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

<b>Naam verslagleggende rechtspersoon</b>	<b>STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER</b>  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

<b>Naam verslagleggende rechtspersoon</b>	<b>STICHTING ZORGORGANISATIE HET HOGE VEER</b>  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

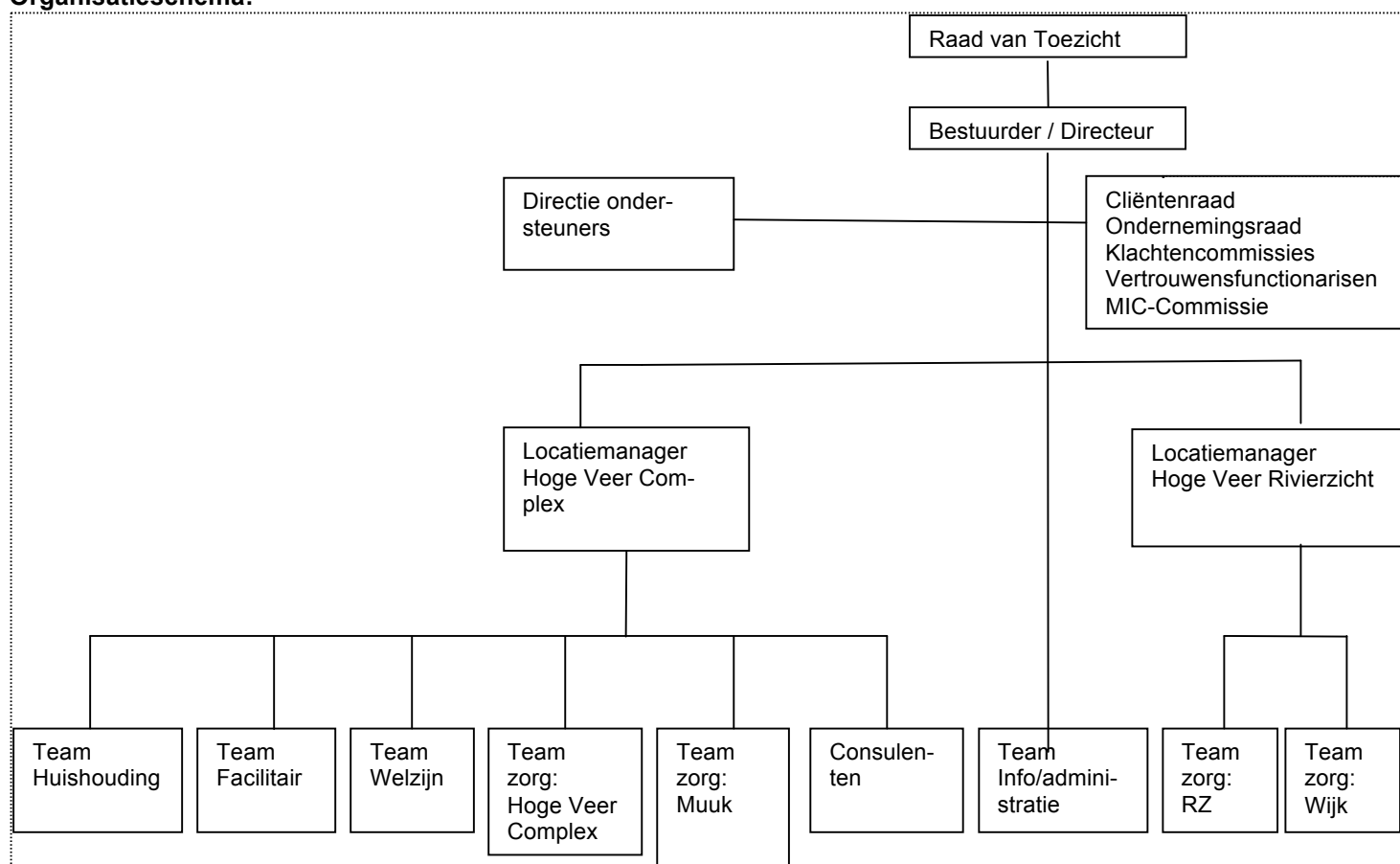
## 2.2 Structuur van het concern

De rechtsvorm van het concern is een stichting. Zie met betrekking tot de organisatie- en de medezeggenschapsstructuur het organigram op de volgende bladzijde van dit jaarverslag. Zie met betrekking tot het bestuur en het interne toezicht hoofdstuk 3 in dit jaarverslag.

### *Toelatingsbeschikking CvZ/CIBG voor de functies*

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

**Organisatieschema:**



*n.b. elk team kent een eigen coördinator*

### 2.2.1 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;
- verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- dagactiviteit basis en vervoer.

De primaire doelgroepen zijn:

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

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

Kerngegevens	Aantal/bedrag
<b>Cliënten</b>	<b>Aantal</b>
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	143
<i>Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar</i>	143
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	26
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	106
<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	143
<b>Productie</b>	<b>Aantal</b>
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	50.668
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	49.495
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	6.140
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	20.473
<b>Personeel</b>	<b>Aantal</b>
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	307
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	156,42



Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	316.474
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	<b>Bedrag in eu- ro's</b>
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	9.852.579
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	9.006.473
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	846.106

### 2.2.3 Werkgebieden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich in eerste instantie op mensen met een zorgvraag in de gemeente Geertruidenberg (de kernen 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 (intramuraal licht/zwaar en extramuraal) wonen, als op mensen die buiten de woonzorgcomplexen wonen (extramuraal). Zorgorganisatie Het Hoge Veer biedt zorg in zorgkantoor-regio West-Brabant.

### 2.3 Samenwerkingsrelaties / belanghebbenden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer streeft nauwe samenwerkingsverbanden na, zonder dat dit ten koste gaat van de principes rond marktwerking, op basis van samenwerkingsovereenkomsten met organisaties die aanvullend zijn en eveneens een sterke gerichtheid hebben op hetzelfde werkgebied. Het uiteindelijke doel hierbij is om tot een betere en uitgebreidere dienstverlening te komen voor de cliënten.

Op basis van overeenkomsten vinden met de belangrijkste belanghebbenden (degene die min of meer betrokken zijn bij het primaire proces) periodiek evaluaties plaats.

In deze gesprekken wordt de samenwerking geëvalueerd en is er tevens ruimte om, indien relevant, elkaar te informeren over en feedback te geven op het (strategische) beleid.

Daarnaast vindt er één keer in de twee jaar een schriftelijke enquête plaats onder de belangrijkste belanghebbenden.

De resultaten van de enquête worden besproken in het managementteam en teruggekoppeld naar de belanghebbenden.

De belangrijkste belanghebbenden worden tevens geïnformeerd over het (gevoerde) beleid d.m.v. toezending van het strategische beleidsplan en het jaarverslag.

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; klachtenfunctionaris
Benu apotheek	Samenwerkingsprotocol; samenwerkingsovereenkomst; toezichthoudende apotheek; ketenzorg
Deli XL	Leverancier levensmiddelen
Deloitte	Accountant, advies
Dementieconsulent Geertruidenberg	Convenant; ketenzorg
Dirven en Gloudemans	Scholing
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
Huisartsencoöperatie De Brandenpoort B.A.	Overeenkomst; ketenzorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg	Diverse inspectiebezoeken; adviesfunctie VWS; enquêterecht
Lantel	Mobiele telefonie
LOC	Voorzien cliëntenraad van belangrijke informatie; enquêterecht
Medeco	Verpleeghuisartikelen leverancier
Medimo	Leverancier elektronisch medicatie voorschrijfsysteem
Mondzorg voor Zorginstellingen	Overeenkomst mondzorg; ketenzorg
Nedap	Geautomatiseerd zorg- en registratiesysteem
NZa	Goedkeuring budgetverzoeken en -verantwoordingen
Rabobank	Bankzaken

Belanghebbenden	Relatie
Regionaal Platform Geriatrie	Participant crisisopvang; ketenzorg
Regionale klachtencommissie	Klachtenbehandeling cliënten
Riethorst Stroomland, De	Overeenkomst (para)medische zorglevering; intentieverklaring 'kleinschalig wonen voor dementerenden'; overeenkomst maaltijdleverantie; levering opleidingscoördinator en bijscholing; ketenzorg
SDB Groep	Financiële dienstverlening; advies
SWOG	Personenalarmering; servicepunt Raamsdonk; ketenzorg; intentie verklaring m.b.t. samenwerkingsverband 2013
Thebe	Servicepunt Raamsdonk; afstemmen over ketenzorg
Thuisvester	Samenwerkingspartner nieuwbouw
Transform	O.a. vacaturewebsite
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

## 3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

### 3.1 Bestuur en toezicht

#### 3.1.1 Normen voor goed bestuur

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 terugkerende voorgeschreven acties, het rooster van af-treden, en de uitvoering van het hiervoor genoemde - 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, toezicht, 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 een artikel is opgenomen om onverenigbaarheid dan wel strijdigheid met het belang van de stichting dan wel ongewenste vermenging van belangen tegengaat;
- in de statuten staat aangeven dat er een orgaan is dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt en een enquêteverzoek mag indienen;
- er schriftelijk is vastgelegd welke organen welke bevoegdheden hebben voor welk onderdeel van de bedrijfsvoering;
- er schriftelijk is vastgelegd hoe de zorgverlening is georganiseerd en hoe de verbanden zijn met andere samenwerkende organisaties;
- de zorgactiviteiten van de instelling financieel zijn te onderscheiden van andere activiteiten;
- de ontvangsten en betalingen goed zijn te onderscheiden in de financiële administratie.

#### 3.1.2 Raad van Bestuur / Directie

##### *Samenstelling Raad van Bestuur / Directie*

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. Drs. M. Konings	Bestuurder / Directeur	Bestuurder Stichting Vrienden van Zorgorganisatie Het Hoge Veer  Interim voorzitter annex secretaris Raad van Toezicht Stichting Welzijn Ouderen Geertruidenberg (SWOG) tot 08-06-2012

De Raad van Bestuur bestuurt de stichting onder toezicht van de Raad van Toezicht. Met betrekking tot de verantwoordingsrapportage van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht zie paragraaf 3.1.3.

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 Raad van Toezicht

#### *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)
Mw. Mr. C.H.M. Meijer-Vermeeren	Secretaris	Secretaris Stichting Vermogensbeheer Cliënten Prisma Lid ledenraad Rabobank Lid commissie van Beroep Dongemondcollege
Mw. Mr. A.M.M. Jetten MSC	Lid	Directeur Juridische Zaken WSD-groep te Boxtel Lid bezwaaradviescommissie Certiq Voorzitter ANGO district Noord-Brabant Voorzitter Commissie ongewenste omgangsvormen Weenergroep 's-Hertogenbosch
Dhr. Drs. A.E.J.M. van den Wijngaard	Lid	Senior Zorginkoper Medisch Specialistische Zorg, Zuid West Nederland V.G.Z. Lid Raad van Toezicht GGZ WNB, Halsteren

#### *Rooster van aftreden*

Naam	1° termijn	2° termijn	3° termijn
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	01-11-2008	01-11-2012	01-11-2016

Mw. Mr. C.H.M. Meijer	01-11-2009	01-11-2013	op verzoek RvT
Mw. Mr. A.M.M. Jetten	01-11-2010	01-11-2014	op verzoek RvT
Dhr. Drs. A.E.J.M. van den Wijngaard	01-02-2016	20-02-2020	op verzoek RvT

Per 01-02-2012 is de heer J.J.M. Verheijen (secretaris) afgetreden nadat zijn tweede termijn was verstreken. Na een openbare sollicitatieprocedure is de heer A.E.J.M. van den Wijngaard benoemd tot lid van de Raad van Toezicht. De sollicitatieprocedure heeft plaatsgevonden op basis van een uitgeschreven procedure, welke ter bespreking in de ondernemingsraad en de cliëntenraad aan de orde is geweest. Naar aanleiding van een advertentie in BN De Stem hebben de sollicitanten gereageerd. Zowel de Raad van Toezicht als de Bestuurder (in verband met advies) hebben gesprekken gevoerd met de sollicitanten. Het resultaat van de sollicitatieprocedure is teruggekoppeld aan de ondernemingsraad en de cliëntenraad.

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 artikel 14-2 van de statuten en artikel 4.2.7 van de Zorgbrede Governance Code 2010, d.d. 08-06-2010, het hierna 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).*

De onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht blijkt, zoals ook onder 3.1.1. aangegeven, 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 vijf 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 het bestuurlijk risicoprofiel, het strategisch beleid, het accountantsverslag, de beleidsresultaten (waaronder rapportages met betrekking strategische aspecten, incidenten, ziekteverzuim, klachten, interne controle e.d.) en de diverse overige rapportages van de Raad van Bestuur.

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

Ook worden in de Raad van Toezicht de rapporten behandeld van de Benchmark, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de onafhankelijke waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers, het onafhankelijke VVT HKZ/ISO kwaliteitsonderzoek (volgens de normen Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen en Verantwoorde Zorg), de Landelijke Prevalentie Zorgmeting (vanuit normen Verantwoorde Zorg), 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 en de Raad van Bestuur evalueren jaarlijks de samenwerking tussen beide organen.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van en de samenwerking binnen de Raad van Toezicht. De laatste evaluatie vond plaats onder aanwezigheid van een externe begeleider.

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.

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

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2011	Goedgekeurd
Accountantsverklaring/-verslag 2011	Geïnformeerd, besproken
Kwartaal rapportages rond voortgang beleidsdoelen 2012	Geïnformeerd, besproken
Periodieke exploitatiecijfers 2012 rond productie/loonkosten/ziekteverzuim	Geïnformeerd, besproken

Onderwerpen/acties	Resultaten
Rapportages en verantwoording raad van bestuur vlg. informatieprotocol	Geïnformeerd, besproken
<p>Periodiek bespreken van en informeren over de problemen en ontwikkelingen rond het strategische (nieuwbouw)plan 'levensloopbestendig wonen'</p> <p>Specifiek 2012: problematiek WSG, keuze en voortgang nieuwe samenwerkingspartner, kort geding WSG, overleg advocaat, extra bijeenkomsten RvT/RvB rond WSG en (aanpassing) strategisch (nieuwbouw)plan</p>	Geïnformeerd, besproken en goedkeuringen gegeven
Wisselen van accountant na verstrijken termijn	Besluit tot wisselen van accountant binnen Deloitte
Veiligheidsbeleid (waaronder Bestuurlijk Risicoprofiel)	Geïnformeerd, besproken
Advies Deloitte m.b.t. bemiddelingsbureau huishoudelijke hulp PGB en BV voor huishoudelijke hulp. Risico afweging m.b.t. huishoudelijke hulp	Geïnformeerd, besproken, advies (overgenomen door RvB): geen BV, wel bemiddelingsbureau oprichten
Overname SWOG door SZHHV en bespreking rapport (SDB)	Advies (overgenomen door RvB) om eerst gedurende een jaar de SWOG als aparte stichting te laten voortbestaan. Goedkeuring m.b.t. personele unie
Capaciteitsuitbreiding 12 somatische verpleeghuisplaatsen	Geïnformeerd, besproken
Overgang functie begeleiding van AWBZ naar WMO en omscholen van welzijnmedewerkers tot zorgwelzijnmedewerkers	Geïnformeerd, besproken
Huurcontract locatie Hoge Veer Rivierzicht	Goedgekeurd
Meerjaren-vastgoed-exploitatie-begroting, ZZP-mix en risico inschatting n.a.v. huurcontract locatie Hoge Veer Complex bij nieuwe partner volgens vaste huur op basis van ZZP-mix	Geïnformeerd, besproken
Schetsontwerp Hoge Veer Complex en bouwplanning/fasering	Geïnformeerd, besproken, goedgekeurd
Huurcontract kantoorruimte SZHHV te 'blok 2' Rivierzicht	Goedgekeurd
Voortgang rapportages MIC, incidenten, verbeter acties, meldingen aan Inspectie Volksgezondheid	Geïnformeerd, besproken



Onderwerpen/acties	Resultaten
Kostprijsberekeningen huishoudelijke hulp	Geïnformeerd, besproken
Rapportage brandweer m.b.t. brandveiligheid n.a.v. inspectie en verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Regerakkoord m.b.t. bezuinigingen in de zorg en eerste MT analyse m.b.t. eventuele gevolgen en acties naar aanleiding hiervan	Geïnformeerd, besproken
VVT HKZ/ISO auditrapport en verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Uitslag enquête “externe relaties”	Geïnformeerd, besproken
Exploitatie overzicht en balans 2011 Stichting Vrienden van Het Hoge Veer	Geïnformeerd, besproken
Benchmark in de Zorg 2011: medewerkersmonitor en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd, besproken
Profiel, procedure en advertentie nieuw lid RvT	Sollicitatieprocedure is door RvT in 2012 met goed gevolg afgesloten
Resultaten enquête “afsluiten zorgrelatie”	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 (met externe begeleider)	Heeft plaatsgevonden
Functioneringsgesprek met bestuurder	Heeft plaatsgevonden
Diverse publicaties/artikelen rond Zorgorganisatie Het Hoge Veer en binnengekomen post	Geïnformeerd
Organisatorisch beleidsplan 2013	Goedgekeurd
Begroting 2013	Goedgekeurd

### 3.2 Bedrijfsvoering

De voornaamste sturings-, risicobeheersings- en controlesystemen zijn: het VVT HKZ/ISO kwaliteits(management)systeem, het gedigitaliseerde kwaliteitshandboek, het geautomatiseerde zorgdossier en zorgregistratiesysteem Nedap, de risico inventarisaties per cliënt, het veiligheid en bestuurlijk risicoprofiel, de interne controle (AO&IC), het geautomatiseerde HRM-systeem, personeels- en salarisverwerkingssysteem (SDB), de beleidscyclusprocedure, het interne kostprijsberekening- en budgetterings-systeem, het M(eldingen)I(ncidenten)C(liënten)-systeem, de MIC-commissie, de directie/managementbeoordeling van het kwaliteitssysteem en de Zorgbrede Governance Code 2010. Het gebruik hiervan is vastgelegd in afzonderlijke documenten.

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 VVT HKZ/ISO 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.

### 3.2.1 Bestuurlijk risicoprofiel

Het onderstaande bestuurlijk risicoprofiel is een onderdeel van het veiligheidsbeleid waarin ook de risico's beschreven staan met betrekking tot cliënten en medewerkers. Het bevat een inventarisatie van de risico's die de organisatie loopt en de maatregelen die genomen zijn om met deze risico's om te gaan en te reduceren. Het veiligheidsbeleid en het bestuurlijk risicoprofiel worden jaarlijks geëvalueerd door het managementteam en leidinggevenden.

#### Strategische risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
Een onjuiste afstemming van de organisatie op de zorgindicaties (intra-/extramuraal en WMO)	<b>H</b>	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	<b>L</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
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	<p>Het strategische beleid van ZHHV komt kwantitatief en kwalitatief overeen met de situatie en (verwachte) ontwikkelingen binnen het werkgebied</p> <p>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</p>	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	<p>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</p> <p>Ten aanzien echter van de in de komende jaren nog te realiseren nieuwbouw op locatie Hoge Veer Complex, is er sprake van overname van het project door een andere woningbouwcorporatie. Bij ingebruikname van de nieuwbouw zal er, door het hanteren van een vaste huurprijs voor de intramurale appartementen en de zorginfrastructuur, risico ontstaan in geval van leegstand. Dit risico wordt beperkt doordat alle appartementen geschikt zijn voor intra- en extramurale bewoning. Verder worden er met de woningbouwcorporatie afspraken gemaakt m.b.t. veranderingen die kunnen leiden tot structurele leegstand en exploitatierisico's. In de oudbouw bestaat dit risico niet omdat hier geen sprake is van een vaste huurprijs, maar een huurprijs overeenkomstig de gerealiseerde bezetting. Dus, tot de in gebruik name van de beoogde nieuwbouw is er nog sprake van een laag risico. Na de ingebruikname van de nieuwbouw Hoge Veer Complex zal er sprake zijn van een laag risico voor locatie Hoge Veer Rivierzicht en een verhoogd risico voor</p>	L

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>locatie Hoge Veer Complex</p> <p>Er is een meerjaren-prognose- vastgoedexploitatie t/m 2040</p> <p>In het kader van het huidige regeerakkoord, waarin het langer thuis wonen van ouderen en het extramuraliseren een belangrijk onderdeel is, volgt het MT als werkgroep deze ontwikkelingen en neemt indien nodig passende maatregelen tot aanpassing van haar beleid</p>	
Een onjuiste overeenkomst tussen strategie en organisatie- structuur/- cultuur	<b>H</b>	Indien de strategie van ZHHV niet voldoende in overeenstemming is met het organisatie- en besturings- model kunnen de strategi- sche keuzes onvoldoende (slagvaardig) worden uitge- voerd en geoperationali- seerd. 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 overeenstem- ming de vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoorde- lijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk gedelegeerd, waardoor de benodigde regelruimte en slagvaardigheid ontstaat. De teams zijn resultaatverantwoor- delijk. Ieder team heeft een ei- gen teambeleidsplan. De team- beleidsplannen zijn mede geba- seerd op het organisatorisch en het strategisch beleidsplan, hier- door is er sprake van samen- hang. Door o.a. de overlegstruc- tuur 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 geëvalu- eerd en verantwoord in het jaar- document en de jaarlijkse direc- tie-/managementbeoordeling</p> <p>Middels de beleids- en scho- lingsplannen wordt er voor loca- tie Het Hoge Veer complex in aanloop naar het levensloopbe- stendig wonen, toegewerkt naar het voorbereiden van de mede- werkers op de nieuwe organisa- tie, werkwijze en attitude. Op de eerste nieuwbouwlocatie Rivierzicht is aan deze voor- waarden inmiddels voldaan</p> <p>Het organisatieschema (met locatiemanagers en coördinato- ren) en de besturings- en kwali- teitsmanagementstructuur is doorgevoerd en zo afgestemd op de (nieuwe) situatie van het</p>	<b>M</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>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>	

### Zorg & welzijn risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
Onvoldoende aanspreekbare zorgaanbieder	<b>M</b>	Indien de organisatie als geheel onvoldoende aantrekkelijke zorg aanbieder 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 spreekt 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</p>	<b>L</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>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 bestendiging van het bestaansrecht</p>	
Imago- en reputatieverlies	<b>H</b>	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 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>ZHHV voldoet aan het kwaliteitssysteem HKZ-VVT waar de normen Verantwoorde Zorg onderdeel van zijn</p> <p>Daarnaast heeft ZHHV protocollen rond incidenten en calamiteiten in combinatie met een communicatieprotocol naar de buitenwereld en media</p> <p>Via sociale media bestaat het risico dat betrokkenen de organisatie imagoschade kunnen toebrengen. Intern is er een document m.b.t. het gebruik van sociale media opgesteld waar medewerkers en vrijwilligers zich aan dienen te houden</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 uit te komen. De MIC-commissie is structureel zeer actief om het aantal (bijna)incidenten rond medicatie,</p>	<b>M</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>maar ook rond b.v. vallen, terug te dringen. Hierin wordt uitvoering aangegeven d.m.v. o.a. informatie, maatregelen, begeleiding, analyses, scholing</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' is</p>	

### Risico's interne organisatie

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
Het niet hebben van voldoende slagvaardigheid in de organisatie	<b>H</b>	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	<p>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</p> <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 uitkomsten worden geëvalueerd en verantwoord in het jaardocument en de jaarlijk-</p>	<b>L</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			se directie- /managementbeoordeling	
Het ontbreken van veilige en fraudebestendige processen	<b>H</b>	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	<b>L</b>

### Financiële risico's

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
Over- en onderproductie	<b>H</b>	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. 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  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	ZHHV flexibiliseert - zo veel als mogelijk binnen de missie, visie en doelstellingen en in overeenstemming met de CAO-VVT - het personeelsbestand  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  De locatiemanagers beschikken over een recent HBO-management diploma gericht op	<b>L</b>



Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>de zorg. De externe en interne financieringsystematiek is een belangrijk onderdeel van deze opleiding</p> <p>Het zorgkantoor meet de productie van de zorgaanbieder ten opzichte van de productieafsprake en het regiobudget, 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	<b>H</b>	<p>Sinds de huishoudelijke zorg is ondergebracht in de WMO is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. De gemeente heeft gekozen voor een aanbestedingsprocedure. De gunning is 2 jaar geldig met een verlenging van 2x 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>	<p>Het huidige contract met de gemeente m.b.t. de huishoudelijke hulp loopt af op 31-12-2013. Daarna is er geen verlenging meer mogelijk. Momenteel is het nog onduidelijk of de gemeente weer overgaat tot een aanbestedingstraject of hier een ander beleid in gaat voeren.</p> <p>Indien ZHHV buiten een nieuwe aanbesteding zou vallen, dan is het bij CAO VVT zo geregeld dat een nieuwe zorgaanbieder de medewerkers dient over te nemen. Hier lijkt weinig risico te liggen</p> <p>Het recente regeerakkoord geeft aan dat er sprake zal zijn van een bezuiniging van 75%. Daarnaast zal de huishoudelijke hulp inkomensafhankelijk worden en alleen zijn voor de allerlaagste inkomens. Vanaf 2014 zullen nieuwe cliënten onder de nieuwe regeling gaan vallen. Vanaf 2015 zullen ook bestaande cliënten onder de nieuwe regeling gaan vallen. Voor ZHHV ligt er hier een risico m.b.t. de arbeidsovereenkomsten voor onbepaalde tijd. Het beleid is er nu op gericht alleen nog uit te gaan van contracten voor bepaalde tijd wanneer het</p>	<b>H</b>

Mogelijk risico	Risico impact	Risico kenmerk	Maatregel ZHHV	Risico ZHHV
			<p>huishoudelijke hulp betreft. De verhouding tussen contracten voor bepaalde en onbepaalde tijd wordt periodiek gemeten. Daarnaast wordt er gezocht naar mogelijkheden om medewerkers met een contract voor onbepaalde tijd indien mogelijk om te scholen.</p> <p>ZHHV gaat in 2013 de mogelijkheden onderzoeken/ invoeren tot het vergroten van haar markt rond de pgb's en particuliere huishoudelijke hulp</p>	

Risicoclassificatie:

L = laag

M = middel

H = hoog

### 3.2 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.

#### *Samenstelling cliëntenraadsleden per 31-12-2012*

Naam	Functie
Dhr. P.J.A. Vissers	Voorzitter
Mevr. M.M. Pluym - Wintermans	Lid
Mevr. A.P. Boelaars - de Meijer	Lid
Dhr. J.A. Heijblom	Lid

#### *Cliëntenraad / Raad van Bestuur*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Jaardocument 2011	Geïnformeerd, besproken, positief advies
Accountantsverslag 2011	Geïnformeerd
Kwartaal rapportages beleidsdoelen	Geïnformeerd
Periodieke exploitatiecijfers	Geïnformeerd
Periodiek bespreken en informeren over de ontwikkelingen rond de nieuwbouw, samen-	Geïnformeerd, besproken, betrokken

Onderwerpen/acties	Resultaten
werking met woningbouworganisatie, beleidsplan 'levensloopbestendig wonen Het Hoge Veer: stand van zaken'  Problematiek rond WSG en nieuwbouw	
Diverse ingekomen stukken	Besproken
Uitbreiding 12 intramurale plaatsen Verblijf Zwaar somatisch	Positief advies
Presentatie rond softwareprogramma Caren waarmee cliënt, contactpersonen/mantelzorgers en verzorgenden met elkaar kunnen communiceren op afstand	Heeft plaatsgevonden
Meldcode huiselijk geweld/oudermishandeling	Positief advies
Minimaliseren vrijheid beperkende maatregelen	Besproken
Informatie over en door werkgroep "valveiligheid"	Heeft plaatsgevonden
Overname nieuwbouwproject door nieuwe partner op basis van mondelinge/schriftelijke informatie, schetsontwerp en gefaseerde bouwplan	Positief advies
Samenwerking SWOG	Positief advies
Informatie over en door projectgroep "palliatieve zorg"	Heeft plaatsgevonden
Enquête "afsluiten zorgrelatie"	Is besproken
VVT HKZ/ISO auditrapport 2012 en procedure rond verbeteracties	Geïnformeerd en besproken
Organisatorisch beleidsplan 2013	Positief advies
Begroting 2013	Geïnformeerd en besproken

## 4 Beleid en financiële positie

### 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

### **Strategische en organisatorische beleidsontwikkeling**

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 organisatie zal vier kerntaken hebben welke elk gevormd wordt op integrale basis. De kerntaken zijn:

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

Met betrekking tot deze kerntaken worden er resultaatverantwoordelijke integrale wijkgerichte teams geformeerd, die zowel in de nieuwe woonzorgcomplexen als in de omliggende wijken in (voornamelijk) de gemeente Geertruidenberg werkzaam zullen zijn.

Het huidige oude complex wordt vervangen door complexen op twee 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 strategisch beleidsdocument 'levensloopbestendig wonen', in gang gezet en zal voortduren tot de nieuwbouw en de bijbehorende herziening van de organisatie geheel is gerealiseerd. Op grond van de huidige planning zou de laatste fase van het nieuwbouwproject eind 2018 gereed kunnen zijn.

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 wederom een behoorlijke kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling doorgemaakt. Hierdoor is de organisatie en de bedrijfsvoering stabiel, minder kwetsbaar, kwalitatief hoogwaardiger en toekomstbestendig geworden, met behoudt van de benodigde slagvaardigheid.

De afgelopen jaren hebben voor een groot deel in het teken gestaan van de voorbereiding op en de realisering van (de eerste fase van) het levensloopbestendig wonen. Na het gereedkomen van de eerste fase van dit strategische plan heeft Zorgorganisatie Het Hoge Veer er een tweede locatie bijgekregen op de grens van Raamsdonksveer en Geertruidenberg.

Door financiële problemen van de eigenaar van de oudbouw, WSG, heeft de tweede fase van de nieuwbouw een vertraging opgelopen. Echter, in 2012 is Zorgorganisatie Het Hoge Veer druk doende geweest met een overname kandidaat. Naar verwachting zal in de loop van de eerste helft van 2013 het nieuwbouwproject kunnen worden overgedragen aan een nieuwe partner.

Naast de voorbereidingen op en de realisering van de eerste fase van de nieuwbouw zelf, is er eveneens veel aandacht uitgegaan naar de herziening van de organisatie. Immers, het strategische plan 'levensloopbestendig wonen' bevat niet slechts de nieuwbouw, van doorslaggevend belang voor het succes ervan is een verandering van attitude, werkwijze en inrichting van de organisatie. Het zogenaamde wijkgericht werken, dat tevens haar vertaling vindt binnen de (intra-/extramurale)complexen, is hier een belangrijk onderdeel van. In het verlengde hiervan 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.

Ook de dienstverlening is 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. Maar is er ook een nauwe samenwerking in voorbereiding tussen De Stichting Welzijn Ouderen Geertruidenberg (SWOG) en Zorgorganisatie Het Hoge Veer. Deze samenwerking zal per 1 maart 2013 formeel bekrachtigd worden.

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.

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. Kwali-

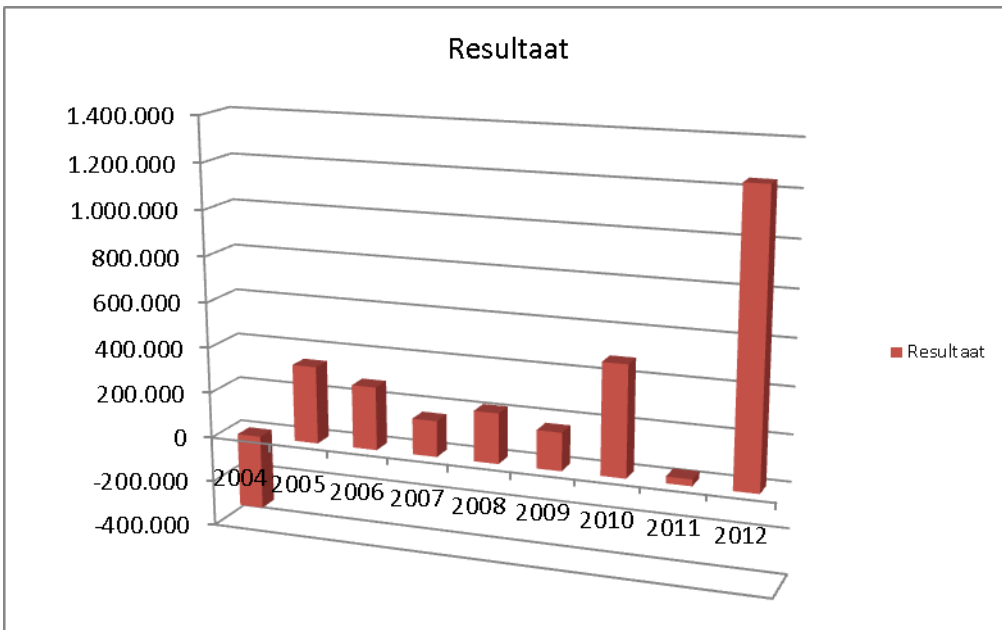
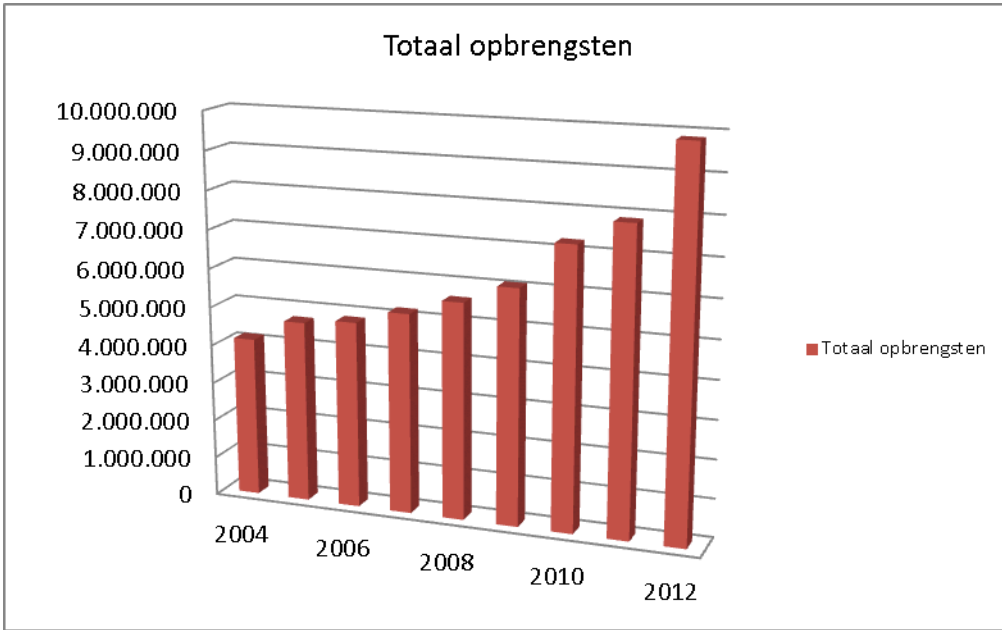
tatief uit het zich o.a. in de resultaten van de waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers en in het VVT HKZ/ISO-kwaliteitscertificaat. Financieel komt dit tot uiting in het ruime eigen vermogen, zie hiervoor de Jaarrekening verderop in dit document. Financieel is er dus sprake van gezonde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

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

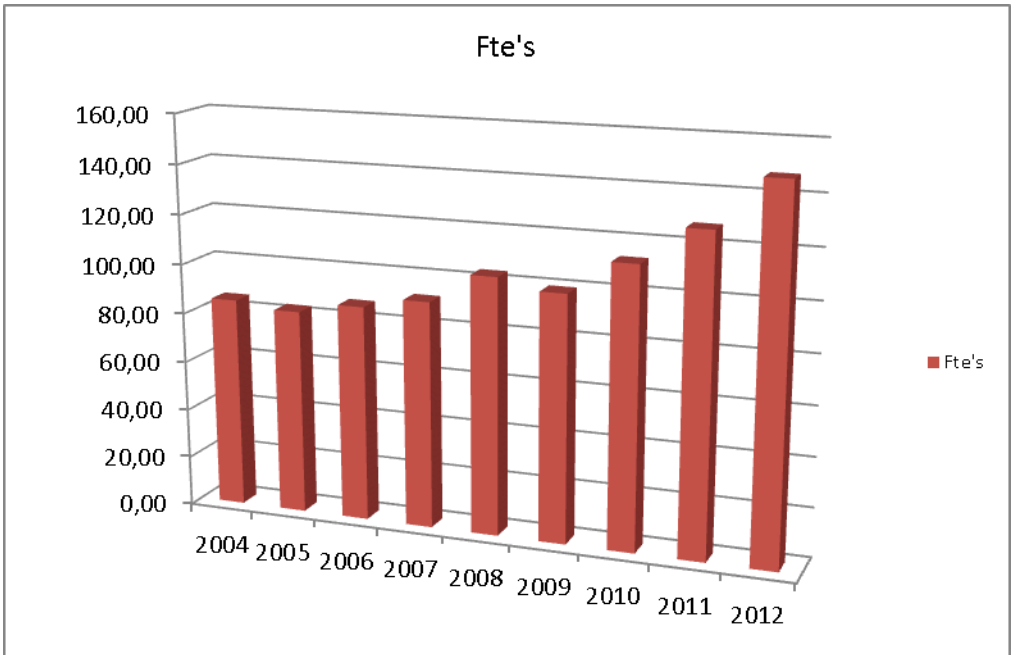
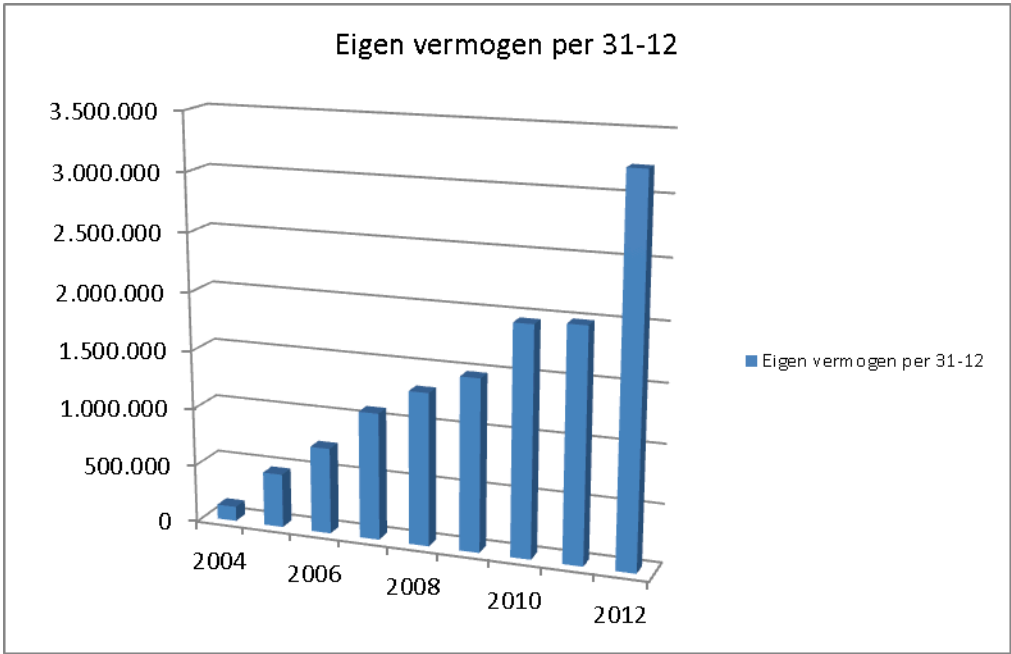
Naast het strategische beleid rond de nieuwbouw (levensloopbestendig wonen) en het bijbehorende concept, werkt Zorgorganisatie Het Hoge Veer tevens aan een belangrijke positie op het gebied van Zorg-aan-Huis (thuiszorg). Op dit gebied is er de afgelopen jaren binnen de Stichting sprake geweest van een 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.

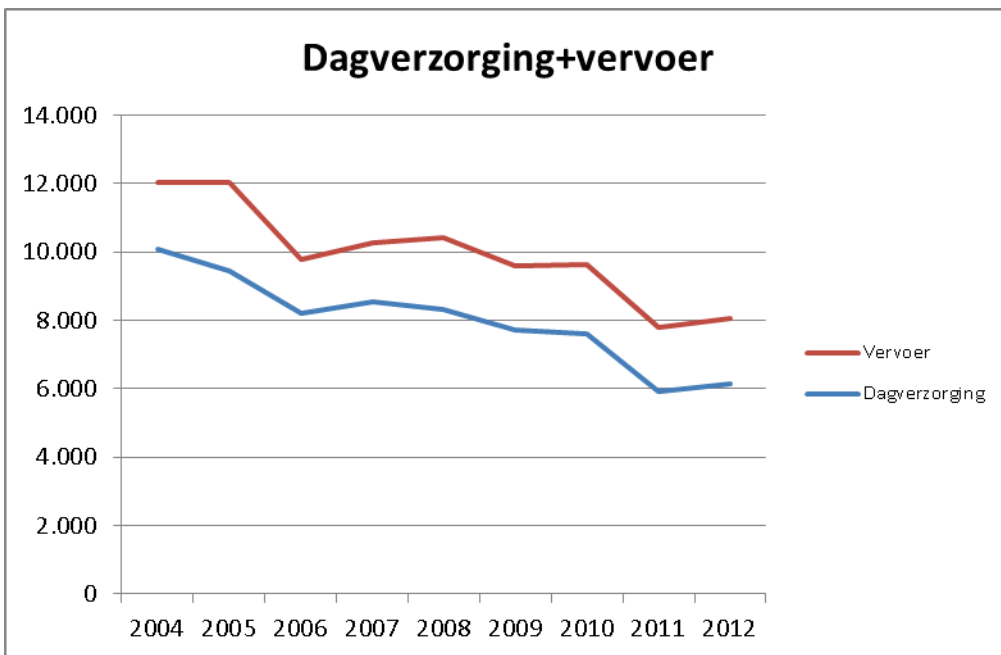
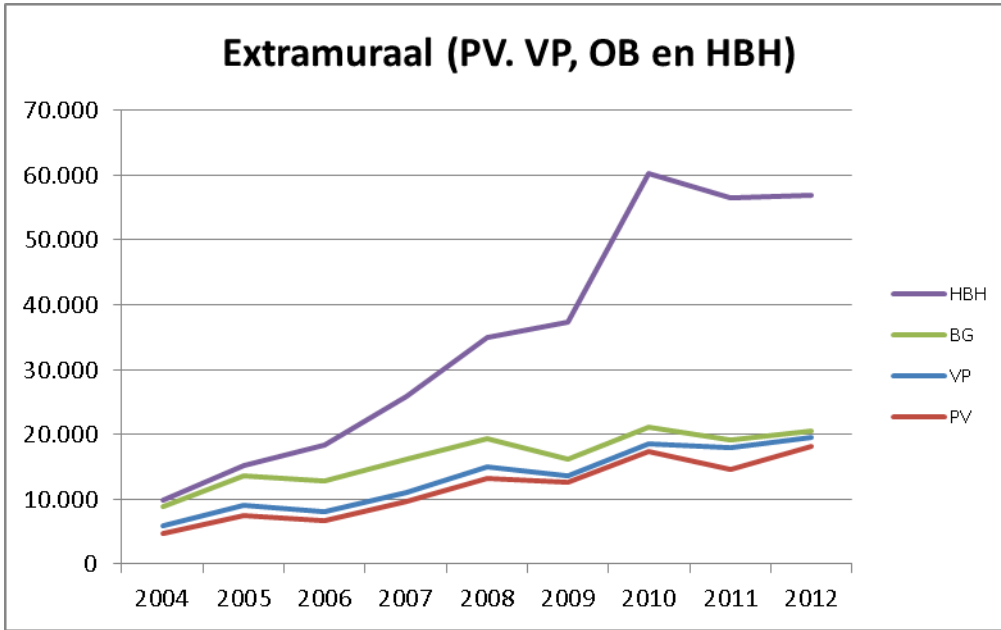
Het strategische thuiszorgconcept en het strategische nieuwbouwconcept 'levensloopbestendig wonen' sluiten naadloos aan bij het huidige overheidsbeleid rond het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van ouderen en het scheiden van wonen en zorg. Naar verwachting zal de vraag naar dergelijke woonzorgcomplexen toenemen naarmate de extramuralisering verder vorm wordt gegeven. Immers, het is heel goed mogelijk om vergaande vormen van thuiszorg te leveren in de wijk, echter de sociale en communicatieve aspecten, de aangepaste omgeving van een complex waarin eigen regie en zelfzorg ondersteuning vinden, als mede zorg op afroep en in de directe nabijheid, zijn nauwelijks te compenseren in de wijk. Eenzaamheid, onveiligheid en een bepaalde vorm van afhankelijkheid in een tijd van bezuinigingen, liggen dan al snel op de loer. Naar verwachting zal dit de vraag naar een complex met genormaliseerd wonen maar waar wel vergaande vormen van zorg - hetgeen mogelijk is omdat dit in complexvorm efficiënt is te organiseren - worden geleverd, doen toenemen.

Hieronder de kwantitatieve ontwikkeling van de organisatie vanaf 2004 met betrekking tot opbrengsten, resultaat, eigen vermogen, fte's en productie.

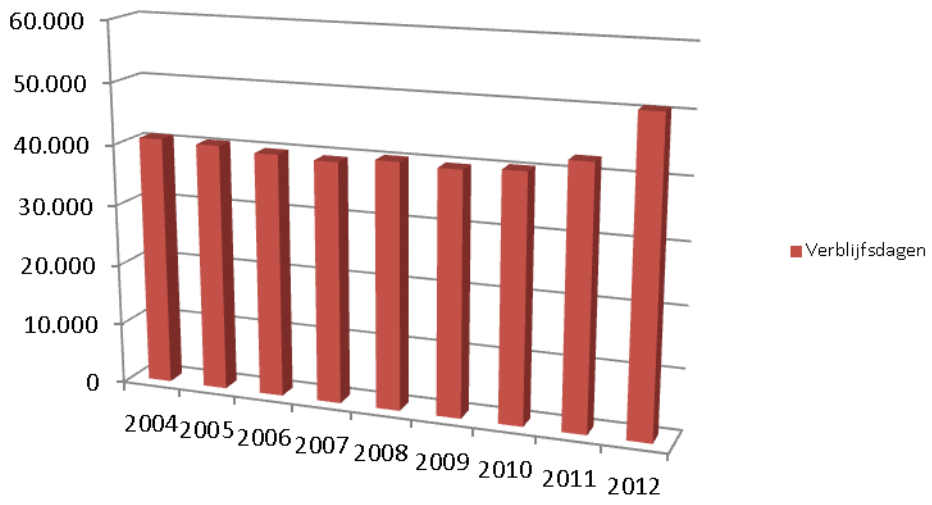




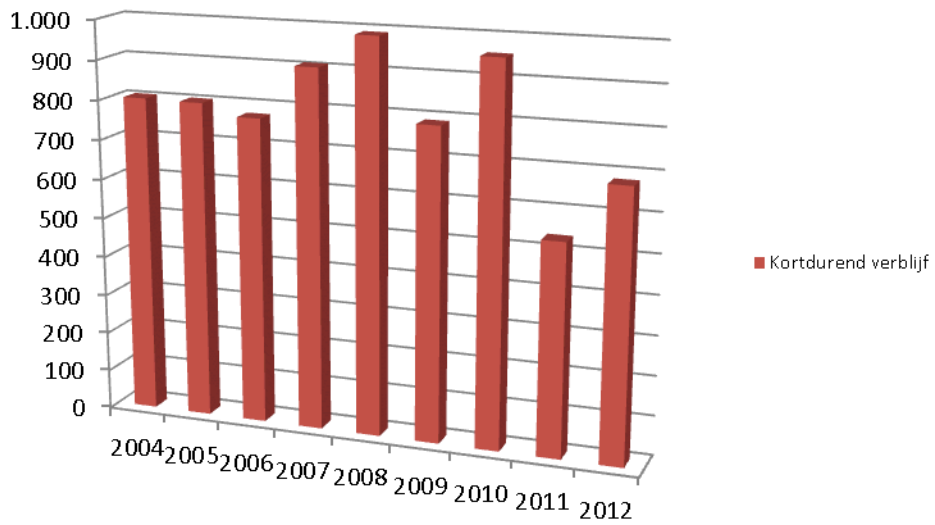




### Verblijfsdagen (licht/zwaar)



### Kortdurend verblijf



## 4.2 Algemeen beleid verslagjaar

In onderstaande tabel zijn niet de resultaten opgenomen van de kwaliteitsindicatoren die verderop in het jaarverslag zijn verwerkt.

Doelstelling	Inspanning	Resultaat / evaluatie
VVT HKZ/ISO Kwaliteitscertificaat	Onderzoek door TÜV	Het kwaliteitscertificaat is opnieuw uitgegeven. Hiermee voldoet de volledige organisatie wederom aan de VVT HKZ/ISO Kwaliteitsnormen
Uitbreiding 24 plaatsen Verblijf Zwaar (soma-tisch)	Gefaseerde invoering loca-tie Hoge Veer Complex	Gerealiseerd
Capaciteitswijziging: uitbreiding toelating 12 plaatsen Verblijf Zwaar (soma-tisch)	Wijziging toelating aanvr-agen  Budget afspraken met Zorgkantoor	Uitbreiding van toelating met 12 plaatsen Verblijf Zwaar (soma-tisch) per 01-01-2013 toegekend door VWS/CIBG  Versteviging strategische intramurale positie door accent verlegging van lichtere naar zwaardere intramurale zorg  Voordat er met de gefaseerde invoering van start kan worden gegaan dienen er eerst: 1. budgetafspraken met het Zorgkan-toor te worden gemaakt. Het slagen hiervan is afhankelijk van de ruimte in het regiobudget, aanvragen van andere instellingen, maatregelen vanuit de overheid en de verwachte zorgvraag. 2. goedkeuring van de investerings-aanvraag voor de aanpassing van de appartementen en de aanvraag van verpleeghuisbedden bij WSG (of de nieuwe eigenaar)  15-03-2013 ontvingen wij bericht van het Zorgkantoor dat het verzoek tot budgettering van de capaciteitsuitbreiding is afgewezen. ZHHV heeft hiertegen een klacht ingediend
Samenwerking SWOG	Intentieverklaring SWOG	Per 01-03-2013 wordt de samenwer-king geformaliseerd
Ziekteverzuim niet ho-ger dan 5%	Intensieve ziekteverzuim en re-integratie begeleiding	Doelstelling is met 6,89% niet ge-haald  Evaluatie Arboarts: dit heeft met na-me te maken met een hoog aantal niet arbeid gerelateerde langdurig

Doelstelling	Inspanning	Resultaat / evaluatie
		zieken
<p>Uitgaven binnen de interne budgetten</p> <p>Productie volgens begroting realiseren</p> <p>Loonkosten en productie volgen en bijsturen, teneinde financiële risico's tengevolge van met name marktwerking te beperken</p> <p>Risicoreserve van de organisatie vergroten</p>	<p>Interne budgetteringsysteem (met onder andere periodieke rapportages rond kosten/loonkosten/productie)</p> <p>Continu aandacht voor voldoende flexibele arbeidsovereenkomsten en een op de vraag afgestemde personeelsinzet</p> <p>Continu aandacht voor een goede en brede naamsbekendheid door onder andere adverteren, consulente diensten, hoge kwaliteit van dienst- en zorgverlening, streven naar hoge tevredenheid</p>	<p>In 2012 was er sprake van een zeer hoog positief exploitatieresultaat (zie Jaarrekening). Hoewel er verschillende factoren zijn, heeft o.a. de opbrengst van de strategische uitbreiding van de zwaardere intramurale zorg in combinatie met een efficiënt ingerichte organisatie, bijgedragen aan het positieve exploitatieresultaat</p> <p>Met name de extramurale productie lag lager dan de begrote productie. De begrote productie bleek te ambitieus. Echter, er was wel sprake van groei (zie staafdiagrammen in vorige paragraaf). Ten aanzien van de huishoudelijke hulp en dagverzorging is er eveneens sprake van beïnvloeding van het resultaat door het overheidsbeleid. Voor 2013 wordt er met de begrote productie meer aangesloten bij de gerealiseerde productie.</p>
<p>Uitwerking notitie en plan van aanpak 'levensloopbestendig wonen'</p>	<p>Vorbereiden, formeren en (gedeeltelijk) invoeren van wijkgerichte intra-/extramurale integrale zorg/welzijn teams op beide locaties en in de wijk</p> <p>Onderhandelingen met WSG en beoogde nieuwe partner voor overname nieuwbouwproject</p>	<p>Het als afgeleide van het strategisch beleid herstructureren van de teams verloopt volgens plan en zal doorlopen in 2013</p> <p>Naar verwachting zal in de loop van eerste helft 2013 het nieuwbouwproject kunnen worden overgedragen aan een nieuwe partner. Anderhalf jaar daarna zal van start kunnen worden gegaan met de nieuwbouw in drie fasen van het Hoge Veer Complex, de laatste fase van de bouw zou eind 2018 gerealiseerd kunnen zijn</p>
<p>Het invoeren van een levensfase bewust personeelsbeleid.</p> <p>Een verantwoorde balans qua leeftijd van medewerkers en aantal leerlingen:</p> <p>3% zorgpersoneel in opleiding BBL, BOL, HBO</p> <p>Nieuwe medewerkers werven onder 40 jaar</p>	<p>Document levensfase bewust personeelsbeleid</p> <p>PvA m.b.t. zorginkoop Zorgkantoor</p> <p>Werkgroep</p> <p>Opleidingsplan</p> <p>Adverteren via brabant-zorg.net</p> <p>Gestart met opleiden huidige medewerkers tot MBO-</p>	<p>De doelstelling wordt voor 2013 (deels) herschreven, het doel en de werkgroep lopen door in 2013/2014</p> <p>3% zorgpersoneel volgt één van de genoemde opleidingen</p>

Doelstelling	Inspanning	Resultaat / evaluatie
	verpleegkundigen	
Invoering BV voor huishoudelijke hulp en oprichting bemiddelingsbureau rond PGB huishoudelijke hulp	Advies Deloitte Werkgroep Plan van aanpak	Geen BV voor huishoudelijke hulp Invoering bemiddelingsbureau PGB huishoudelijke hulp tweede helft 2013

### 4.3 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.

## **4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten**

### **4.4.1 Klachten**

Zorgorganisatie Het Hoge Veer is aangesloten bij 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.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een klacht kenbaar te maken, namelijk:

- gesprek met de betrokken medewerker/leidinggevende en/of directie;
- begeleiding en/of bemiddeling door de vertrouwenspersoon;
- behandeling door de klachtencommissie.

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

In 2012 zijn er geen klachten ingediend bij de klachtencommissie.

### **4.4.2 Veiligheid**

## **Melding (bijna) incidenten cliënten**

Doel van het (bijna) incidentenregistratiesysteem:

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

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

Iedere medewerker heeft de plicht een (bijna) incident waarvan hij/zij getuige is, de gevolgen aantreft of waarover hij/zij wordt ingelicht door cliënt, familie of bezoek, te melden via het registratieformulier. Dit geldt ook voor gevaarlijke situaties. 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.

## **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.

De medewerkers verzorging en verpleging worden periodiek geschoold ten aanzien van onder andere de voorbehouden handelingen, wondverzorging, voeding, 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).

#### 4.5.1 Personeelsbeleid

##### *Verloop personeel*

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream 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

#### 4.6 Financieel beleid

##### *Resultaatratio*

Resultaatratio	2011	2012
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	/	/
Resultaatratio: AWBZ-gefinancierde resultaten	0,004	0,14
Resultaatratio: niet-Zvw- en niet-AWBZ-gefinancierde resultaten	/	/

##### *Liquiditeit*

Liquiditeit	2011	2012
-------------	------	------

	2,81	3,17
--	------	------

**Solvabiliteit**

Solvabiliteit	2011	2012
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	55,45%	62,60%
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	25,26%	32,77%

## 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 2012 zorg of diensten verleend die zijn gefinancierd vanuit niet-publieke middelen?	Nee

Onderaanneming	Antwoordcategorie
Hebt u in 2012 WTZI-zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2012 WTZI-zorg verleend als onderaannemer?	Nee

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

#### Kerngegevens VVT exclusief Wmo jeugdgezondheidszorg en kraamzorg

Kerngegeven	Aantal/bedrag
<b>Cliënten</b>	<b>Aantal</b>
Aantal cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	143
Waarvan ZZP-cliënten met zorg en verblijf per einde verslagjaar	143
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	26
Aantal extramurale cliënten (exclusief cliënten dagactiviteiten en Wmo-zorg) per einde verslagjaar	106
<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg per einde verslagjaar	143

<b>Productie</b>	<b>Aantal</b>
Aantal dagen met zorg en verblijf in verslagjaar	50.668
<i>Waarvan ZZP-dagen met zorg en verblijf in verslagjaar</i>	49.495
Aantal dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	6.140
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten en Wmo-zorg)	20.473
<b>Personeel</b>	<b>Aantal</b>
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	307
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	156,42
Kosten ingehuurd personeel en zelfstandigen	316.474
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	<b>Bedrag in euro's</b>
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	9.852.579
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	9.006.473
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	846.106

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

*Kerngegevens huishoudelijke hulp (Wmo), facultatief*

<b>Kerngegevens</b>	<b>Aantal/bedrag</b>
<b>Patiënten/cliënten huishoudelijke hulp</b>	
Aantal patiënten/cliënten per einde verslagjaar	240
Aantal patiënten/cliënten over het gehele verslagjaar (afgesloten trajecten plus patiënten/cliënten die per einde verslagjaar nog hulp ontvangen)	260
<b>Productie huishoudelijke hulp</b>	
Aantal uren productie in verslagjaar	36.507
- Waarvan in natura	36.400
- Waarvan via persoonsgebonden budget	107
<b>Personeel huishoudelijke hulp</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	78
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	25,43
Kosten personeel niet in loondienst en zelfstandigen in verslagjaar	-
<b>Bedrijfsopbrengsten huishoudelijke hulp</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	775.847
- waarvan Wmo-opbrengsten	775.847
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	-

### A.1.3 Werkgebieden

*Zorgkantoorregio's*

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

14	Kennemerland	Nee	30	Zuidoost-Brabant	Nee
15	Zaanstreek/Waterland	Nee	31	Noord- en Midden-Limburg	Nee
16	Amsterdam	Nee	32	Zuid-Limburg	Nee

## A.2 Personeelsinformatie

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

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

A) Personeel in loondienst	Code rekening-schema	Salarissen van personeel in loondienst in verslagjaar, in euro's	Aantal werkzame personen per einde verslagjaar	Aantal fte's per einde verslagjaar
<i>1) Personeel patiënt-/cliëntgebonden functies in loondienst</i>				
Management en staf patiënt/cliëntgebonden functies	413100			
Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	413200 + 413300			
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	413400			
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	413500			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners (niveau 5)				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers (niveau 4)				
Verzorgenden Individuele- en Algemene Gezondheidszorg (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers (niveau 3)				
Helpenden (niveau 2)				
Zorghulpen (niveau 1)				
Overig verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel				
<b>Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel</b>	<b>413600</b>			
Medisch en sociaal-	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				
<b>Subtotaal personeel patiënt/cliëntgebonden functies in loondienst</b>	<b>413000</b>	2.890.009	166	88,00
<i>2) Leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst</i>				
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners in opleiding (niveau 5)	414100			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 4)	414110			
Verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 3)	414200 + 414400			
Helpenden in opleiding (niveau 2)	414500			
Zorghulpen in opleiding (niveau 1)	414700			
Overig leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	414800			
<b>Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst</b>	<b>414000</b>	269.064	17	12,21
<i>3) Management en ondersteunend personeel in loondienst</i>				
Personeel algemene en administratieve functies	411000			
Personeel hotelfuncties	412000			
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	415000			
<b>Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst</b>	<b>411+412 +415000</b>	1.456.587	116	54,21
<i>4) Overig personeel in loondienst</i>				
<b>Totaal personeel in</b>		4.650.500	299	154,42

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
<b>loondienst</b>				

*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		8.330	8.330
Inhuur van management en staf; algemeen en administratief		149.701	149.701
Zelfstandige specialisten in vrij beroep en inhuur specialisten in loondienst elders		148.956	148.956
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel			
<b>Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen</b>			

C) Onbetaald personeel	Gemiddeld aantal werkzame personen in verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	
Overige stagiaires	4
Vrijwilligers	100
<b>Totaal stagiaires en vrijwilligers</b>	



## B DigiMV Governance

### Governance Code

Code	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governance Code 2010?	Ja

### Bestuursstructuur

Structuur	
Welke bestuursstructuur is op uw concern van toepassing?	Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met toezicht door Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van de Raad van Bestuur of directie?	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?	141
Aan hoeveel cliënten verstrekte de organisatorische eenheid op 31 december zorg zonder verblijf (exclusief cliënten die alleen huishoudelijke verzorging ontvingen)?	120

### 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	3
ZZP 2:	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	11

ZZP 3:	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	27
ZZP 4:	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	32
ZZP 5:	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	21
ZZP 6:	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	14
ZZP 7:	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding	7
ZZP 8:	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging	1
ZZP 9:	Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging	1
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.	94
Functie verpleging	Medische hulp thuis. Bijvoorbeeld wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.	7

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

			Zorg Thuis	Verpleging en Verzorging	
<b>Kwaliteit van leven</b>					
<b>1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid</b>					
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)
<b>2. Woon en leefsituatie</b>					
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)
<b>3. Participatie</b>					
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	-
<b>4. Mentaal welbevinden</b>					
4.1	CQ	Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	☆☆☆ (N = 40)	VV	☆☆☆ (N = 30)
				PG	☆☆☆ (N = 15)
<b>Kwaliteit van de zorgverleners</b>					
<b>5. Kwaliteit van de zorgverleners</b>					
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)
<b>Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>					
<b>6. Kwaliteit van de zorgorganisatie</b>					
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)

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

### Meting zorginhoudelijke indicatoren intramuraal en zorg thuis (maart 2012)

			Zorg thuis		Verpleging & verzorging	
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid						
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid			Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde	Gecorrigeerde Score	Landelijk gemiddelde
<b>4.1</b>	<b>ZI</b>	Vrijheidsbeperkende maatregelen: prevalentie	-	-	0,23%	4,25%
<b>4.2</b>	<b>ZI</b>	Antipsychotica	-	-	10,03%	10,04%
<b>4.4</b>	<b>ZI</b>	Effect van zorg op iemands leven: Depressieve symptomen	-	-	22,57%	19,20%
<b>5.2</b>	<b>ZI</b>	Beschikbaarheid verpleegkundige	-	-	-	Ja
<b>5.3</b>	<b>ZI</b>	Beschikbaarheid arts	-	-	-	Ja
<b>7.1a</b>	<b>ZI</b>	Risicosignalering zorgproblemen: uitvoering	0,00%	63,93%	33,87%	68,68%
<b>7.1b</b>	<b>ZI</b>	Risicosignalering zorgproblemen: opvolging	68,82%	91,52%	82,85%	93,49%
<b>7.2</b>	<b>ZI</b>	Valincidenten	5,98%	9,40%	15,37%	10,71%
<b>7.3</b>	<b>ZI</b>	Medicijnincidenten			12,87%	5,33%
<b>7.4</b>	<b>ZI</b>	Probleemgedrag			20,33%	21,78%

### Meting huishoudelijke hulp (2011)

Thema	1. Klantgerichtheid	CQ
Indicator	1.1 Ervaren 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 gecasemixt.	Ja

### C.2 Klachten

#### Klachtenfunctionaris

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

#### Aantallen klachten in het verslagjaar.

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

### C.3 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

#### C.3.1 Personeelsbeleid

##### Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	81	71,82
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	73	50,30

##### Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, volgens de definitie van Vernet in percentages

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	6,89%

### Vacatures

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

### C.3.2 Kwaliteit van het werk

#### Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

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

Indien ja bij 1:

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

Indien nee bij 1:

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

Indien ja bij 2:

Omschrijving van de gehanteerde norm	De eigen score van 2011 moet hoger zijn dan de eigen score van 2009
--------------------------------------	---

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
---	--

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>	29.297	1.242.923
<i>Totale opbrengsten boekjaar</i>	7.863.090	9.852.579
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>	3.534.909	5.080.196
<i>Vlottende activa (exclusief liquide middelen)</i>	701.931	347.881
<i>Totaal kortlopende schulden</i>	1.258.367	1.604.517

### Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)		
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.986.037	3.228.960
<i>Balanstotaal</i>	3.581.560	5.157.981
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)		
<i>Totaal eigen vermogen</i>	1.986.037	3.228.960
<i>Totaal opbrengsten</i>	7.863.090	9.852.579