

# **Jaarverslag 2016**

**Stichting Zorgorganisatie  
Het Hoge Veer**

## Inhoudsopgave

<b>Uitgangspunten van de verslaggeving</b> .....	4
<b>1 profiel van de organisatie</b> .....	6
1.1 algemene identificatiegegevens .....	6
1.2 missie, visie en doelstellingen van zorgorganisatie het hoge veer .....	7
1.3 structuur van het concern .....	8
1.4 organigram.....	9
1.5 kerngegevens .....	10
1.6 geografische gebieden .....	10
1.7 maatschappelijke relevantie .....	10
<b>2 bestuur, toezicht en medezeggenschap</b> .....	12
2.1 raad van bestuur / directie .....	12
2.2 raad van toezicht .....	12
2.3 mt.....	14
2.4 cliëntenraad .....	16
2.5 ondernemingsraad.....	17
2.6 mic (cliëntveiligheid) .....	18
2.7 kwaliteit .....	20
2.8 hrm.....	23
2.9 bestuurlijk risico profiel .....	25
2.10 samenwerkingsrelaties / belanghebbenden .....	31
2.11 de toekomst .....	33
2.12 kwantitatieve ontwikkeling .....	34
<b>3 jaarrekening</b> .....	36
<b>a digimv profiel van de organisatie</b> .....	37
a.1 kerngegevens .....	37

a.1.1	nadere typering .....	37
a.1.2	productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg .....	37
b	digimv governance .....	39
c	digimv beleid, inspanningen en prestaties .....	41
c.1.1	personeelsbeleid.....	41
c.1.2	financieel beleid .....	42
bijlage	risico's classificeren .....	43

## Uitgangspunten van de verslaggeving

Het totaal document mag jaarverslag heten, maar de toelichting van het bestuur heet bestuursverslag.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer (ZHHV) heeft een WTZI-toelating, aangezien zij zorg biedt op grond van de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg (WLZ) en hiervoor in aanmerking komt voor een vergoeding. Met deze toelating is de organisatie wettelijk verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen waaraan de zorgorganisatie het geld uit de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet besteedt. Deze verantwoording bestaat uit twee onderdelen:

- Aanleveren van verantwoordingsgegevens over onderwerpen op het gebied van bestuur, bedrijfsvoering, personeel, financiën en productie (via vragen en tabellen in DigiMV)
- Opstellen en aanleveren van een jaarrekening met een controle-, beoordelings- of samenstellingsverklaring (inleveren via de deponeerfaciliteit in DigiMV).

Het oorspronkelijke maatschappelijk verslag is voor zorginstellingen als onderdeel van de Jaarverantwoording Zorg met ingang van verslagjaar 2012 vervallen, aldus het ministerie van VWS. Echter om te voldoen aan de Zorgbrede Governancecode en de medezeggenschap-, toezicht-, en beleidsorganen zich tegenover de belangstellenden en rechthebbenden kan verantwoord worden over het gevoerde beleid en de geleverde prestaties zijn de jaarverslagen van de RvT, cliëntenraad, ondernemingsraad en managementteam geplaatst in het maatschappelijk verslag.

Eisen zijn;

- Dat het jaarverslag informatie bevat omtrent de rechtspersoon.
- Het beschrijven van achtergronden en oorzaken van ontwikkelingen in de financiële gegevens die in de jaarrekening zijn opgenomen.
- Het beschrijven van de voornaamste risico's en onzekerheden waarmee de rechtspersoon wordt geconfronteerd.

Ook de Dongemond gemeenten stellen eisen aan het jaarverslag, betreffende een jaarrekening en een beknopt kwaliteitsjaarverslag.

Intern wordt er naast het jaarverslag nog verantwoording afgelegd o.a. door middel van een jaarlijkse:

- beleidsresultatenbijeenkomst;
- kwantitatieve en kwalitatieve beleidsresultatenrapportage;
- HKZ-directiebeoordeling;
- MIC-jaarrapportage;
- auditrapportage HKZ-VVT;
- rapportage rondom vragenlijst risico-indicatoren IGZ.
- rapportage waarderingsonderzoek cliënten;
- rapportage waarderingsonderzoek medewerkers
- rapportage waarderingsonderzoek mantelzorgers

Tweejaarlijks door middel van:

- rapportage externe relaties;

Driejaarlijks door middel van:

- Waarderingsonderzoek vrijwilligers.

Het voornaamste strategische doel van Zorgorganisatie het Hoge Veer is de uitwerking van de missie, visie en doelstellingen. In het verlengde van de interne & externe analyse (strategisch beleidsplan 2016-2020) resulteert dit in de volgende strategische doelen:

1. Het levensloopbestendig Hoge Veer Woonzorgcomplex is in gebruik genomen en de bijbehorende klantgerichte attitude en werkwijze zijn ingevoerd;
2. De tevredenheid (extramuraal en intramuraal) van cliënten, medewerkers en vrijwilligers is gelijk of hoger aan het streefcijfer uit het organisatorisch jaarbeleidsplan;
3. De extra structurele middelen vanuit de regeling Waardigheid en Trots ter verbetering van de kwaliteit van de zorg zijn verkregen en ingezet volgens de doelstellingen (zinnvolle dagbesteding & strategische personeelsplanning) uit de regeling;
4. De resultaat verantwoordelijke teams (extramuraal en intramuraal) kunnen de (klantgerichte) zorg- en werkprocessen zelfstandig organiseren, bewaken en verbeteren;
5. SZHHV heeft na de ingebruikname van de nieuwbouw een steunpunt in het oude Hoge Veer Complex voor de aanleun- en wijkbewoners;
6. De zorgcapaciteit (extramuraal en intramuraal) van SZHHV is (behouden of) uitgebreid;
7. Locatie Hoge Veer Rivierzicht biedt (ook) verpleeghuiszorg;
8. Behoudens een door de rijksoverheid toegestaan percentage van ZZP4 is de verzorgingshuiszorg geëxtramuraliseerd;
9. Het kleinschalige karakter van de stichting is behouden en samenwerking met aanvullende organisaties is gecontinueerd of uitgebreid.

# 1 Profiel van de organisatie

## 1.1 Algemene identificatiegegevens

### *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

## 1.2 Missie, visie en doelstellingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer

### 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\*)
  - o privacy
  - o geen gedwongen scheiding van de partner
- niet behoeven te verhuizen bij toenemende vraag naar zorg
- aangepast aan specifieke eisen
- scheiding van kosten voor woning, zorg en welzijn\*
  - o eigen beheer over inkomen en uitgaven
- niet in een instituut wonen
  - o algemene voorzieningen aanwezig in complex
  - o ook andere leeftijdsgroepen
  - o ook bewoners zonder zorgindicatie
- de levensloopbestendigheid van het gebouw zelf
  - o 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
  - o geen standaardpakketten, maar op basis van behoefte een 'aanbod op maat'
  - o een optimale regie door de cliënt
  - o optimale mogelijkheid tot zelfzorg
- integrale teams, zodat
  - o de zorg door één team wordt geleverd
  - o per cliënt niet meer (verschillende) zorgverleners dan strikt noodzakelijk worden ingezet
  - o er geen sprake is van hiaten en overlappings in de zorgverlening
- integrale zorg, waarbij
  - o meerdere zorgproducten aanwezig zijn
  - o een goede onderlinge afstemming in (multidisciplinair) overleg is gegarandeerd
- flexibiliteit, hetgeen impliceert dat
  - o de zorg wordt geleverd wanneer die op dat specifieke moment nodig is (dus niet uitgegaan wordt van een dagelijks terugkerend standaardzorgplan)
  - o ook de dagelijks terugkerende zorg, 'op afroep' geleverd kan worden
- traploos, zodat

- o bij een toenemende zorgbehoefte sprake is van continuïteit van zorg en zorgverleners in dezelfde eigen woning
- klantvriendelijke attitude, dus
  - o een respectvolle en gelijkwaardige bejegening
- de zorgbehoefte van de cliënt is in principe geen reden tot verhuizing.

### 1.3 Structuur van het concern

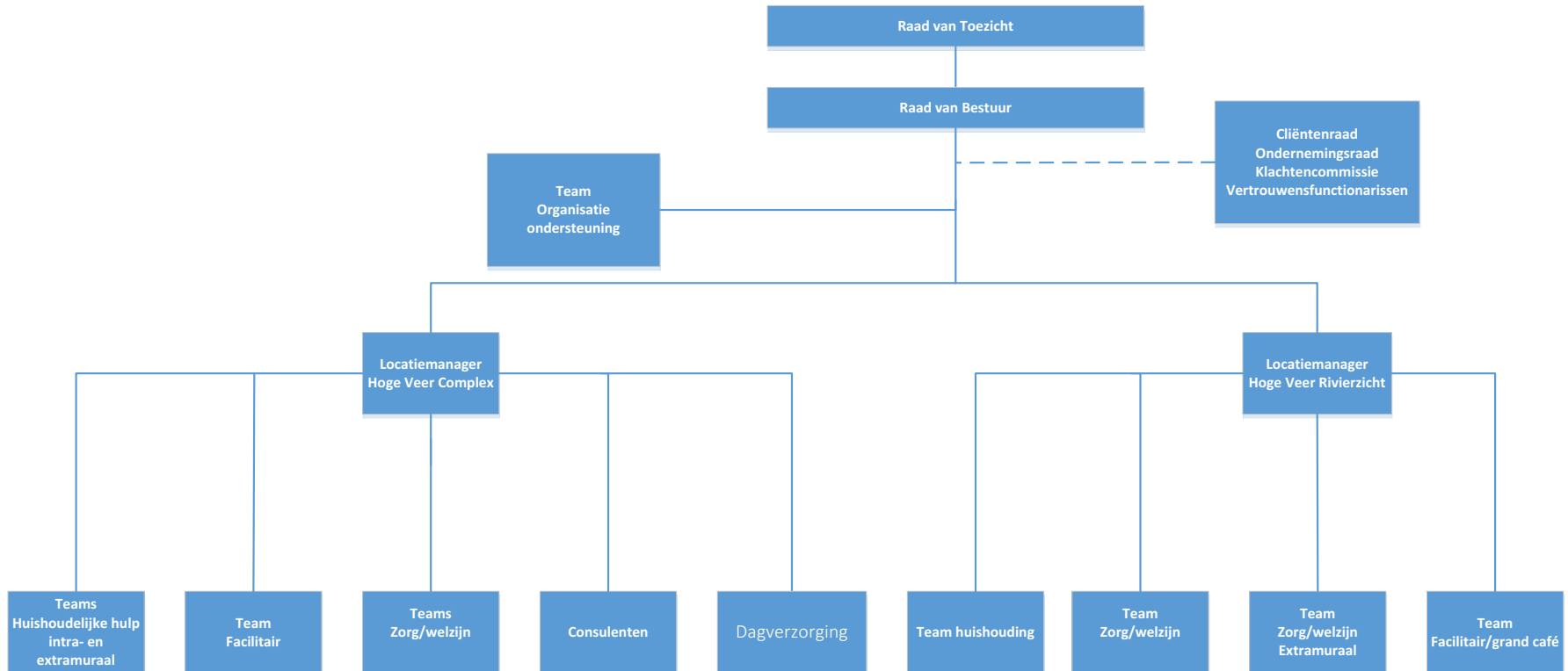
De structuur van het concern is een stichting.

*Toelatingsbeschikking CvZ/CIBG voor de functies*

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



## 1.4 Organigram



## 1.5 Kerngegevens

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

- huishoudelijke hulp;
- begeleiding groep en begeleiding.

De functies uit de ZVW en WLZ die Zorgorganisatie Het Hoge Veer levert zijn:

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

De primaire doelgroepen zijn:

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

## 1.6 Geografische gebieden

Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich in eerste instantie op mensen met een zorgvraag in de gemeente Geertruidenberg (de plaatsen Raamsdonksveer, Raamsdonk en Geertruidenberg) en eventueel aangrenzende gedeelten van de direct omliggende gemeenten. Zorgorganisatie Het Hoge Veer richt zich met de zorgverlening op zowel mensen die in haar woonzorgcomplexen (in het verzorgingshuis, het verpleeghuis of in de aanleunwoningen) wonen, als op mensen die buiten de woonzorgcomplexen wonen (zorg-aan-huis).

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

## 1.7 Maatschappelijke relevantie

Het strategisch beleid vindt zijn oorsprong in de missie, visie en doelstellingen van Zorgorganisatie Het Hoge Veer. Aan de missie, visie en doelstellingen liggen de hierna genoemde maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag:

- de ontwikkeling bij de doelgroep van wensen en behoeften met betrekking tot wonen, welzijn en zorg;
- de (dubbele)vergrijzing (meer zorg);
- de ontgroening;
- het zoveel mogelijk in stand houden of herstellen van zelfzorg;
- het zoveel mogelijk in stand houden en stimuleren van informele- en mantelzorg (hetgeen opgevat kan worden als een onderdeel van zelfzorg);
- de verwachting dat het steeds moeilijker wordt om aan voldoende gekwalificeerde vrijwilligers en medewerkers te komen;
- het beleid en de bezuinigingen vanuit de overheid.

De uitwerking van het strategisch beleid maakt het mogelijk dat mensen met een toenemende zorgvraag in principe niet gedwongen behoeven te verhuizen, doordat de zorg naar hen toekomt in plaats van andersom.

Thuiswonenden in de wijk kunnen vergaande vormen van thuiszorg ontvangen en gebruik maken van de faciliteiten in één van de complexen.

Daarnaast zijn er mensen die in één van de complexen wonen. Doordat er in de complexen sprake is van genormaliseerd wonen, is er sprake van een mix van bewoners met geen, weinig of veel zorg. Door deze bewonersmix (burenhulp en onderlinge stimulering), de houding van de medewerkers en vrijwilligers en de fysieke omgeving, zal de zelfzorg van de bewoners, en de mantelzorg die hier een onderdeel van vormt, maximaal vorm worden gegeven en in veel situaties leiden tot een afnemende of een niet verder oplopende zorgvraag. Daarnaast zal de gehele opzet, waarbij het ondersteunen en verbeteren van de zelfzorg en de eigen regie op allerlei manieren centraal staat, bijdragen aan het welzijn van de bewoners van het complex. Een toename van het welbevinden heeft door-

gaans als effect een afnemende zorgconsumptie. De schaalgrootte van het complex, waarbinnen zo nodig sprake is van een opdeling in kleinschalige eenheden, maakt het mogelijk om de zorg efficiënt te kunnen uitvoeren en maakt - tezamen met de bovengenoemde aspecten - de bedrijfsvoering van dit zorg-plus-model haalbaar.

## 2 Bestuur, toezicht en medezeggenschap

### 2.1 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  Directeur / Bestuurder van Stichting Welzijn Ouderen Geertruidenberg (SWOG)

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

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

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

De bezoldiging van de Raad van Bestuur valt binnen de Wet Normering Topinkomens (WNT).

### 2.2 Raad van Toezicht

#### *Samenstelling Raad van Toezicht*

Naam	Functie
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	Voorzitter Raad van Toezicht
Dhr. Drs. A.E.J.M. van den Wijngaard	Lid Raad van Toezicht (secretaris)
Mw. Drs. C.J.M. van den Heijkant	Lid Raad van Toezicht
Mw. Drs. A.J. van der Put- van der Vlucht	Lid Raad van Toezicht

De heer van Geelen is per 31-12-2016 afgetreden als voorzitter van de RvT en per 1-1-2017 is een nieuw lid, de heer drs. H.A.G. Hellegers toegetreden.

#### *Rooster van aftreden*

Naam	1 <sup>e</sup> termijn	2 <sup>e</sup> termijn	3 <sup>e</sup> termijn
Dhr. Drs. P.P.M. van Geelen	01-11-2008	01-11-2012	op verzoek RvT 31-12-2016
Dhr. Drs. A.E.J.M. van den Wijngaard	01-02-2016	01-02-2020	n.v.t.
Mw. Drs. C.J.M. van den Heijkant	01-04-2018	01-04-2022	n.v.t.
Mw. Drs. A.J. van der Put- van der Vlucht	01-07-2018	01-07-2022	n.v.t.

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 10 lid 10 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).*

Hier is twee keer gebruik van gemaakt door de voorzitter een derde termijn (t/m 31-12-2016) en de waarnemend voorzitter een extra jaar (2015) toe te kennen. Gezien de situationele veranderingen zal van deze uitzondering geen gebruik meer worden gemaakt in de toekomst.

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

De Raad van Toezicht geeft onder andere invulling aan haar taken door circa 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 kwaliteitsbeleid, 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, het verslag van de functionaris gegevensbescherming, 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 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 Benchmarks, 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 rapportage rondom vragenlijst risico-indicatoren IGZ, 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. Bij voorkeur met externe begeleiding.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van en de samenwerking binnen de Raad van Toezicht.

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

Jaarlijks wordt de Raad van Toezicht uitgenodigd voor de beleids- en kwaliteitsmiddag. Op deze middag presenteren alle teams, projectgroepen, cliënten- en ondernemingsraad hun ontwikkelingen, knelpunten en de resultaten van het afgelopen jaar. Ook wordt er vooruit gekeken naar het nieuwe jaar.

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.

## 2.3 MT

Het MT-overleg bestaat uit de bestuurder en de twee locatiemanagers. Het MT komt tien keer per jaar bij elkaar voor een officiële vergadering waarin zij zich met name richten op de ontwikkelingen, knelpunten, risico's, voortgang en facilitering rond:

- de tevredenheid van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers;
- het primaire proces;
- de teams en locaties (m.n. cliëntgerichtheid en resultaatverantwoordelijkheid).

Terugrapportages van de projectgroepen, (strategische)beleidsdoelen, MIC-commissie, financiële voortgang, onderzoeken e.d. vinden ook in het MT plaats.

Naast bovengenoemde vergaderingen heeft het MT minimaal drie kwaliteitsvergaderingen per jaar samen met de Staffunctionaris Kwaliteit en vijf HR-vergaderingen samen met de Personeelsconsulent en de HR-medewerkster.

### *Inspanningen, prestaties en evaluatie in 2016*

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Het voorbereiden en in eigen bezit ontwikkelen van de nieuwbouw op de bastion locatie te Geertruidenberg 60 intra- en 12 extramurale eenheden inclusief zorginfrastructuur. Een derde partij gaat 50 extramurale eenheden ontwikkelen.	De voorbereiding en ontwikkeling zijn van start gegaan. Het nieuwbouwplan en de planning zijn geactualiseerd.  De gemeentelijke procedures zijn van start gegaan.  Er is een project organisatie opgericht.	De planning rond de 50 extramurale eenheden is momenteel nog onzeker.  Het voorlopig ontwerp is afgerond.	Volgens de huidige planning zal de oplevering van de bouw van het Hoge Veer gedeelte en de verhuizing er naartoe vanuit de oude locatie in de eerste helft van 2019 plaatsvinden.
Ieder team weet voor welke resulta-	Op locatie Rivierzicht zijn drie teamsessies	Het eerste doel van de sessies was, dat duid-	In 2017 is het volgende doel opgenomen in

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
ten zij verantwoordelijk zijn en iedere medewerker weet wat dit voor haar/hem betekent.	voor het zorgteam en team facilitair door een externe coach over resultaat verantwoordelijke teams geweest.	lijk voor de teams werd wie hun klanten zijn en wat ze hiermee willen bereiken. Dit doel is bereikt.	<p>teambeleidsplannen van 2017.</p> <p>Medewerkers van de teams gaan met elkaar in gesprek over het volgende onderwerp: hoe kunnen we onze doelen met betrekking tot onze klanten bereiken en wat heb je daar dan voor nodig.</p> <p>De doelen worden besproken in de werkoverleggen 2017 van team facilitair/grand-café en de extramurale teams.</p>
	Op locatie Het Hoge Veer Complex is team Muuk onderverdeeld in drie kleine teams. In 2017 worden ook de teams Erf en Hooizolder onderverdeeld in subteams.	In 2016 hebben verschillende teamsessies plaatsgevonden. Met als hoofdthema; de onderlinge communicatie. Tevens is bij team Muuk gestart met zelfroostering. Bij team Erf en team Hooizolder is dit nog in ontwikkeling.	In 2016 is er een forse uitbreiding geweest van aandachtvelders op alle drie de zorgteams. Om de teams verder te ontwikkelen wordt er een traject opgezet learning on the job georganiseerd door de Keerzijde (start januari 2017). In 2017 worden er vier verpleegkundige opgeleid tot kwaliteitsverpleegkundige.
De resultaat verantwoordelijke teams zijn gefaciliteerd met software voor decentrale planning van zorg en diensten/routes en sturingsinformatie.	<p>Presentaties diverse leveranciers van roosterprogramma's.</p> <p>Inrichten nieuwe roosterprogramma.</p>	Keuze gemaakt voor leverancier roosterprogramma.	Start nieuw roosterprogramma 1 april 2017. Implementatietraject is in november 2016 gestart.
In december 2016 wordt binnen de organisatie door alle zorgteams tijdens de palliatieve fase van een chronisch ziekteproces gebruik gemaakt van de zorgmodule Palliatieve zorg	De pilot rondom het gebruik van de zorgpadstervensfase start 2 <sup>de</sup> kwartaal 2016 bij team Hooizolder en bij team Muuk medio juli 2016.	Zorgpad is toegevoegd aan digitaal zorgdossier. Medewerkers kunnen inventariseren welke zorgvragen cliënt en familie hebben en hier de zorgverlening op aanpassen.	De pilot is geëvalueerd en besloten is om zorgpadstervensfase per 1 januari 2017 in te voeren. Tevens zijn in de vragenlijst "enquête afsluitende zorg" enkele vragen toegevoegd om de stervensfase te evalueren.

## 2.4 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 van de cliëntenraad:

dhr K.A.de Boon	voorzitter
mevr T.J.Molewijk-Heinen	vice-voorzitter
mevr M.M.v.d.Pluijm-Wintermans	secretaris
mevr A.P.Boelaars-de Meijer	lid
Dhr J.A. Heijblom	lid

### *Onderwerpen, acties en resultaten Cliëntenraad*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Begroting 2017	Positief advies
Jaarrekening 2015	Positief advies
Jaarverslag 2015	Behandeld
Organisatorisch beleidsplan 2017	Behandeld
Voortgang nieuwbouw	Behandeld
Tussentijdse organisatorische rapportages rond resultaten en voortgang	Behandeld
Verhuizen naar een andere locatie?	Positief advies
Het bespreken en ondertekenen van de inventarisatie van het overzicht rapportage zorgkantoor NZA	Akkoord. De voorzitter van de CR is bij de zorginkoop aanwezig
Meer inspraak van de cliëntenraad	De voorzitter van de cliëntenraad heeft zitting genomen in alle werkgroepen
Waardigheid en trots	Zitting in de werkgroep met 2 leden CR. Aanvraag subsidie ondertekend.
Openbare vergadering	Heeft 1 x plaatsgevonden met een grote opkomst
Rookplaats	Grote vaste parasol geplaatst. Geen rook meer in toegangsportaal.
Andere leverancier warme maaltijden	Akkoord



Onderwerpen/acties	Resultaten
Inkoopbeleid	De voorzitter CR is aanwezig bij afspraken inkoopbureau aangaande zorginkoopprocedure ontwikkelplannen.
Reglement, instellingsbesluit en overeenkomst CR	Aangepast na overleg met LOC
i-pads	De leden hebben een i-pad ontvangen en in gebruik genomen.
Verkiezingen	Vorbereidingen getroffen voor de verkiezingen in maat 2017.
Nieuw tevredenheidsonderzoek	Akkoord
Zorgleveringsovereenkomst aangepast	Akkoord
Klachtenregeling en uitvoering externe klachtencommissie.	Positief advies
Beleidsmiddag 2016	Cliëntenraad heeft er actief aan meegedaan.

## 2.5 Ondernemingsraad

De ondernemingsraad bestaat uit 7 personen; waarvan één voorzitter, één secretaris en 5 leden.

De ondernemingsraad kijkt voortdurend naar de balans tussen het collectieve belang van de medewerkers en het organisatiebelang.

De ondernemingsraad gaat voor een stabiele, toekomstgerichte organisatie met een optimaal fysiek, psychisch en sociaal werkklimaat.

### *Onderwerpen, acties en resultaten Ondernemingsraad*

Onderwerpen/acties	Resultaten
Beleidsplan schrijven	Beleidsplan is in april gepresenteerd.
Begroting 2017	Behandeld
Jaarrekening 2015	Behandeld
Jaarverslag 2015	Behandeld
Organisatorisch beleidsplan 2017	Behandeld
Voortgang nieuwbouw	Behandeld
Tussentijdse organisatorische rapportages rond resultaten en voortgang	Behandeld

Onderwerpen/acties	Resultaten
Vervanging OR lid	In oktober is nieuw lid toegetreden.
Evaluëren vlootshouw	November 2016, doorgeschoven naar januari 2017.
Kanteling werktijden	December 2016 afgerond.
Evaluëren document deskundigheidsbevordering medewerkers	November 2016, doorgeschoven naar jan. 2017
Gesprek ARBO arts	In mei 2016 heeft het gesprek plaatsgevonden.
Gesprek vertrouwenspersoon	In mei 2016 heeft het gesprek plaats gevonden.
Instemmingsverzoek scholing terugbetalen van 1 naar 3 jaar	Instemming verleend augustus 2016
Instemmingsverzoek ziekenverzuim	In juni 2016 is instemming verleend.
Scholing levensfase bewust beleid	Uitgevoerd in mei 2016.
Scholing ARBO beleid en instemmingsrecht bij organisatorische veranderingen	Uitgevoerd in november 2016.
Instemming en verzuim re-integratie beleid	Na aanpassing opgestuurd naar UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen).
Nieuwsbrief	2x per jaar is de achterban schriftelijk geïnformeerd.
Instemmingverzoek betaling voor E-learning	Instemming verleend in oktober 2016.

## 2.6 MIC (cliëntveiligheid)

In 2016 is de MIC commissie ieder kwartaal bij elkaar geweest. Deelnemers zijn locatiemanagers; coördinatoren zorgteams en de personeelsconsulent (notulist). De apotheker; huisarts en coördinator facilitair nemen deel op afroep.

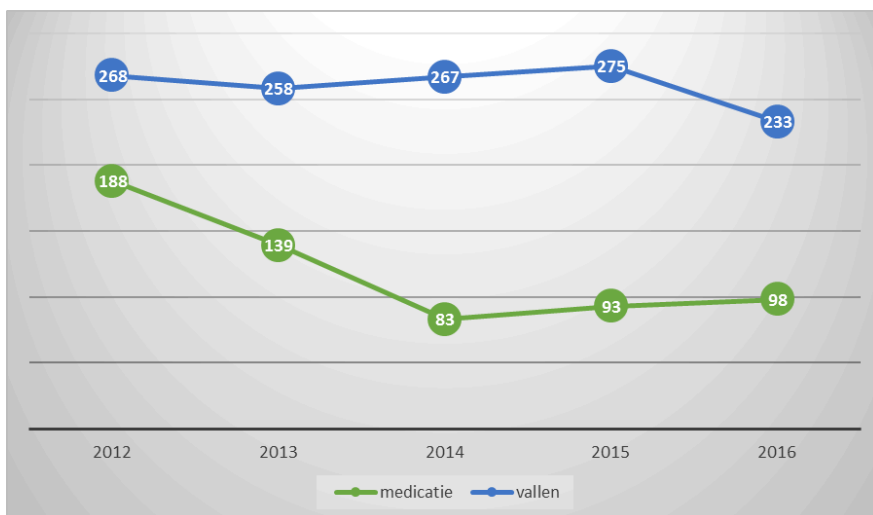
Taken en bevoegdheden MIC commissie:

- Inventariseren en analyseren van incidenten en gevaarlijke situaties;
- Formuleren van adviezen aan directie;
- Verslaglegging van incidenten.

In 2016 was het centrale thema van de MIC commissie; veilig melden. Doel van het veilig melden is het leren van eerdere ervaringen en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren, niet om fouten te achterhalen.

Uitgangspunt voor de MIC commissie is de Praktijkgids veilig incident melden; ontwikkeld door het VMS veiligheidsprogramma; versie 2009. Veilig Incident Melden (VIM) is een methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces.

De MIC commissie heeft geen lijnbevoegdheden of informerende rol naar cliënt, familie of CR.



Ten opzichte van 2015 zijn in 2016 is het aantal valincidenten gedaald en het aantal medicatie incidenten nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal cliënten met complexe zorgvragen groeit nog steeds. Hierdoor neemt het valrisico nog steeds toe; daarnaast gebruiken cliënten vaak meer medicatie waardoor het risico op een medicatie incident toeneemt. Over het geheel genomen is het aantal medicatie incidenten vanaf 2012 met bijna 50% afgenomen. Het aantal valincidenten is met 15% gedaald ondanks de groeiende complexe zorgvragen van cliënten.

### Projectgroep polyfarmacie

In april 2016 is de projectgroep polyfarmacie gestart met de volgende deelnemers: vanuit ieder zorgteam één medewerker, specialist ouderenzorg, huisarts, beide apothekhouders en voorzitter cliëntenraad. De projectleider is verpleegkundige plus.

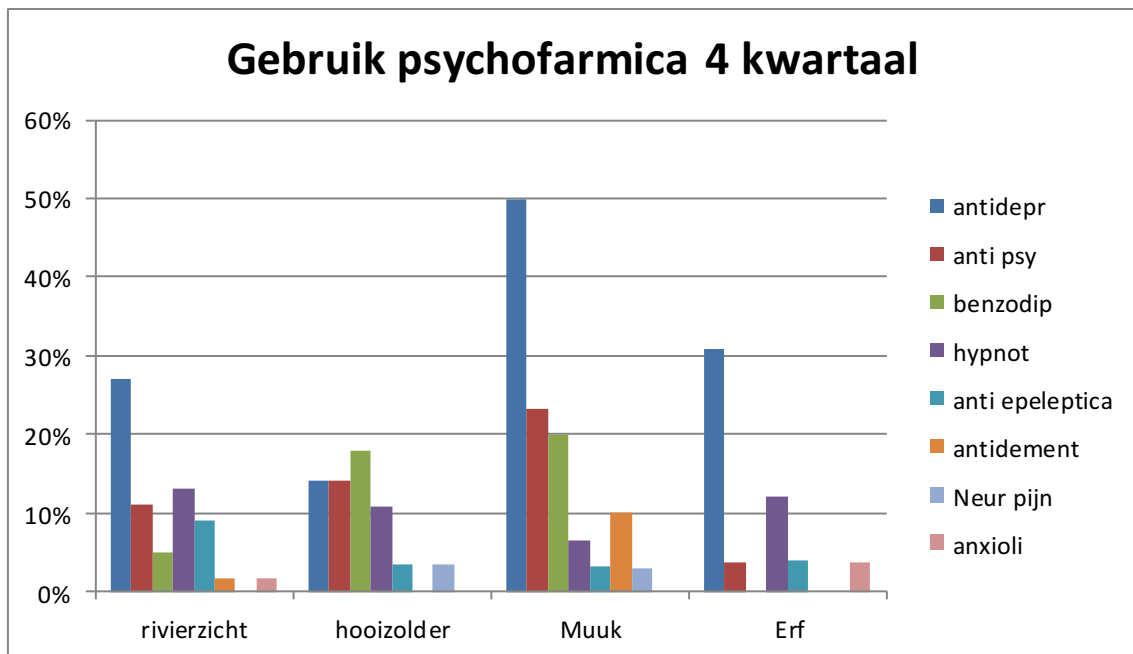
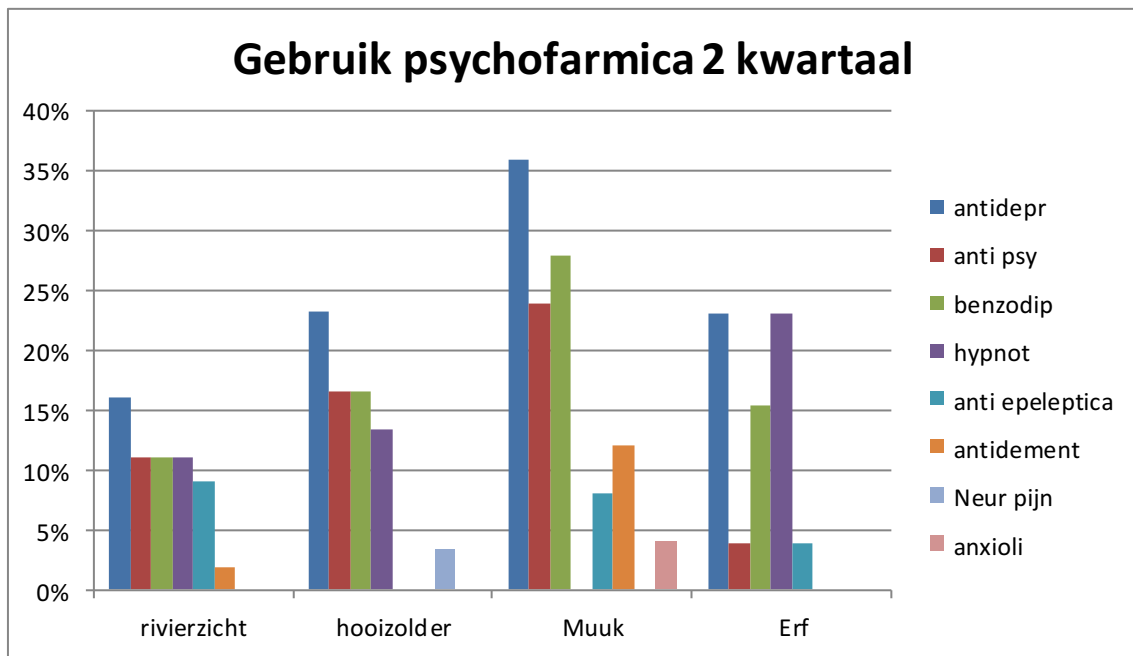
De doelstelling van de projectgroep is:

- De medicamenteuze behandeling optimaliseren.
- Zoveel mogelijk voorkomen van vermijdbare bijwerkingen van medicatie.
- Inzicht krijgen in de mogelijke oorzaken van het hoge aantal cliënten met polyfarmacie.
- Bewustwording van het gebruik van psychofarmaca binnen de gehele organisatie.

Afgelopen jaar heeft de projectgroep 5 maal vergaderd. De volgende punten zijn gerealiseerd:

- Er is een procedure voor medicatiebeoordeling ontwikkeld waarin ook de cliënt/ vertegenwoordiger betrokken wordt door middel van een vragenlijst (start 2017).
- Er is een voorlichtingsfolder ontwikkeld over wat medicatiebeoordeling voor de cliënt inhoudt. Deze ontvangt de cliënt (ongeveer twee weken voor de beoordeling) met de schriftelijke uitnodiging voor het gesprek;
- Er is een richtlijn en visie op onbegrepen gedrag geschreven. Deze is in concept en dient nog goedgekeurd te worden door MT.
- Er wordt in de teams door de aandachtsvelder medicatie structureel een terugkoppeling gegeven van het gebruik van de psychofarmaca per team Er is door de projectleden ingezet op bewustwording van het gebruik van psychofarmaca bij het personeel. Door middel van folder, poster en voorlichting.
- We nemen deel aan het onderzoek van UMC en Radboud Z.H over het gebruik van psychofarmaca en de afbouw. Hiervoor zijn gegevens aangeleverd voor de nulmeting met instemming van de vertegenwoordigers van de cliënten die deelnemen.

Overzichten gebruik psychofarmaca 2016



## 2.7 Kwaliteit

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

Het VVT HKZ/ISO kwaliteits(management)systeem wordt jaarlijks zowel intern als extern geanalyseerd. Minimaal 1x in de twee jaar worden de kwaliteit van de dienstverlening en de waardering van cliënten en medewerkers gemeten. Uitkomsten hiervan worden, indien van toepassing, gebruikt middels plan van aanpakken en de beleidsplannen ter verbetering van de kwaliteit en waardering.

Tevens is het veiligheidsbeleid jaarlijks geëvalueerd door bestuurder, MT en medewerkers.

*Inspanningen, prestaties en evaluatie in 2016*

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Beoordeling Kwaliteitsmanagement-systeem (KMS) met bestuur en MT	Uitvoeren directiebeoordeling in maart 2016.	Zie rapportage over beoordeling KMS	Elk jaar het KMS beoordelen
Verbeteren van de cliëntenwaardering, bij cliënten die vallen onder de WLZ en ZVW.	<p>Meten van de cliëntenwaardering door mondelinge interviews en schriftelijke vragenlijsten.</p> <p><b>Norm:</b> De classificatie moet minimaal <b>goed</b> zijn. Bij een % hoort een classificering (Uitstekend, goed, ruim-voldoende, voldoende of onvoldoende).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gehaald bij intramurale cliënten HVC. Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b></li> <li>Gehaald bij intramurale cliënten HVR. Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b>.</li> <li>Gehaald bij extramurale cliënten PV en V. Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b></li> </ul>	<p>In 2017 worden plannen van aanpak opgesteld en uitgevoerd.</p> <p>Volgende cliëntenwaarderingsonderzoek in mei/juni 2017.</p>
Verbeteren van de cliëntenwaardering, bij cliënten die vallen onder de WMO (extramurale huishouding en dagverzorging)	<p>Meten van de cliëntenwaardering door mondelinge interviews en schriftelijke vragenlijsten.</p> <p><b>Norm:</b> De classificatie moet minimaal <b>goed</b> zijn. Bij een % hoort een classificering (Uitstekend, goed, ruim-voldoende, voldoende of onvoldoende).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gehaald bij extramurale cliënten HV (WMO). Classificatie: <b>uitstekend (90% - 100%)</b></li> <li>Gehaald bij Dagverzorging. Classificatie: <b>uitstekend (90% - 100%)</b></li> </ul>	<p>In 2017 worden plannen van aanpak opgesteld en uitgevoerd.</p> <p>Volgende cliëntenwaarderingsonderzoek in mei/juni 2017.</p>
Verbeteren van de waardering, bij mantelzorgers over Zorgorganisatie het	Meten van de cliëntenwaardering door schriftelijke vragenlijsten.	Gehaald bij mantelzorgers. Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b>	In 2017 worden plannen van aanpak opgesteld en uitgevoerd.

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Hoge Veer	<p><b>Norm:</b> De classificatie moet minimaal <b>goed</b> zijn. Bij een % hoort een classificering (Uitstekend, goed, ruim-voldoende, voldoende of onvoldoende).</p>		Volgende mantelwaarderingsonderzoek in mei/juni 2017.
Verbeteren van de medewerkers waardering	<p>Metten van de cliëntenwaardering door schriftelijke vragenlijsten.</p> <p><b>Norm:</b> De classificatie moet minimaal <b>goed</b> zijn. Bij een % hoort een classificering (Uitstekend, goed, ruim-voldoende, voldoende of onvoldoende).</p>	Gehaald bij medewerkers Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b>	<p>In 2017 worden plannen van aanpak opgesteld en uitgevoerd.</p> <p>Volgende medewerkerswaarderingsonderzoek in mei/juni 2017.</p>
Verbeteren van de vrijwilligerswaardering	<p>Metten van de cliëntenwaardering door schriftelijke vragenlijsten.</p> <p><b>Norm:</b> De classificatie moet minimaal <b>goed</b> zijn. Bij een % hoort een classificering (Uitstekend, goed, ruim-voldoende, voldoende of onvoldoende).</p>	Gehaald bij vrijwilligers. Classificatie: <b>goed (76% - 90%)</b>	<p>In 2017 worden plannen van aanpak opgesteld en uitgevoerd.</p> <p>Volgende vrijwilligerswaarderingsonderzoek in mei/juni 2017.</p>
Meting risico-indicatoren (IGZ)	<p>In november 2016 hebben de zorgmedewerkers bij alle cliënten van zorgorganisatie Het Hoge Veer risico-indicatoren (gebaseerd op voormalige zorginhoudelijke indicatoren (kwaliteitskader 2013)) gemeten.</p> <p><b>Norm:</b> Bij de vragen over risico-signalerings daarvan 80% van de vragen moeten de antwoorden 90% of hoger scoren. Bij de overige vragen moet</p>	In 2015 zijn de normeringen voor V&V en Zorg Thuis gehaald.	De resultaten zijn in februari 2017 geanalyseerd en er is een rapport over de bevindingen geschreven.

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	>80% van de LPZ-vragen niet hoger scoren dan 15%.		
ZHHV heeft de HKZ VVT 2010 certificatie behaald bij een HKZ gecertificeerd onderzoeksbureau.	2x per jaar uitvoeren van interne audits.  Veiligheidsbeleid, cliënten- en medewerkerswaardering meten.	In juni 2016 heeft de certificatie-audit plaatsgevonden. Vervolgens zijn er 2 afwijkingen geconstateerd. Deze afwijkingen zijn opgelost. Vervolgens is ZHHV in september 2016 HKZ-gecertificeerd.	In september 2017 vindt wederom de audit plaats op basis van de HKZ VVT 2015 certificatie.

## 2.8 HRM

Het HRM-team bestaat uit de personeelsconsulent en de medewerker HRM. 2016 heeft in het teken gestaan van invoering van een nieuw e-learningstelsel, het uitvoeren van de RI&E, duurzame inzetbaarheid en het digitaliseren van HR-processen.

Het digitaliseren van de personeelsdossiers is een doel uit 2015. Vanwege de complexiteit in de systemen en modules die ZHHV momenteel gebruikt is dit geen eenvoudig uit te voeren doel. Vandaar dat het doel breder is getrokken en naar meerdere HR-processen gekeken moet worden. In 2016 zijn alle bestaande modules en systemen op HR-gebied geëvalueerd en zijn de knelpunten en mogelijke oplossingen bekeken. In 2017 wordt hieraan verder gewerkt.

Verder is er veel aandacht geweest voor de kwaliteit en scholing van medewerkers. Een aantal medewerkers niveau 3 IG zijn aan de opleiding verpleegkundige niveau 4 begonnen en daarnaast zijn een aantal medewerkers gestart met de GVP opleiding of met de verzorgende IG opleiding. Ook is het proces rond scholingen voor de voorbehouden en risicovolle handelingen veranderd en is een e-learningstelsel geïmplementeerd.

Er is gewerkt aan het thema duurzame inzetbaarheid. In samenwerking met het pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) is een presentatie gegeven over het pensioen aan medewerkers van 55+. Daarnaast is er aandacht besteedt aan het thema balans werk-privé van de werkende mantelzorger.

De RI&E is voor de gehele organisatie opnieuw uitgevoerd. Aan de hand van de resultaten zijn plannen van aanpak opgesteld door de coördinatoren en door de preventiemedewerker.

### *Inspanningen, prestaties en evaluatie*

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
Digitaliseren HR-processen( waaronder digitaliseren van de personeelsdossiers)	In 2015 heeft een eerste oriëntatie plaats gevonden op alle stappen die ondernomen moeten worden voor het digitaliseren. In 2016 is de huidige software geëvalueerd en zijn de knelpunten van verschillende systemen en de samenwerking daartussen be-	In 2016 is de huidige software voor HR geëvalueerd en verschillende mogelijkheden onderzocht. Besloten om met de huidige aanbieder door te gaan.	In 2017 loopt het doel door.

Beleid	Inspanning	Prestatie	Evaluatie
	keken.		
Duurzame inzetbaarheid	<p>Samen met het pensioenfonds is er een bijeenkomst georganiseerd over alle regels rondom het pensioen. Betreffende medewerkers hebben hiervoor een uitnodiging gekregen.</p> <p>Thema werk-privé werkende mantelzorger. nulmeting uitvoeren.</p>	<p>Presentatie over het pensioen is op 19 mei 2016 gegeven.</p> <p>Doel loopt door in 2017.</p>	Presentatie pensioen periodiek herhalen (eens in de 2 à 3 jaar), afhankelijk van de veranderingen die er zijn.
Uitvoeren van de RI&E voor de gehele organisatie	In september-oktober 2016 is de beleving met betrekking tot de arbeidsomstandigheden van de medewerkers getoetst. Daarvan is een rapportage gemaakt.	De RI&E is uitgevoerd en getoetst door de bedrijfsarts en is goed bevonden.	De plannen van aanpak zijn opgesteld in het vierde kwartaal van 2016, acties daarvan uitvoeren.
<p>Scholingsbeleid, deskundigheidsbevordering medewerkers.</p> <p>Doelstelling: 100% van de zorgmedewerkers is bevoegd en bekwaam.</p>	In het 1 <sup>ste</sup> kwartaal van 2016 is er gestart met de implementatie van een nieuw e-learningstelsel. Elke zorgmedewerker heeft een eigen e-learningaccount gekregen en bijbehorende afspraken zijn gemaakt.	In 2016 is een e-learningstelsel geïmplementeerd.	Monitoren van de resultaten en gemaakte afspraken evalueren.



## 2.9 Bestuurlijk risico profiel

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
Een onjuiste overeenkomst tussen strategie en organisatiecultuur/-structuur.	3	3	9	Indien de strategie niet voldoende in overeenstemming is met het organisatie- en bestuursmodel kunnen de strategische keuzes onvoldoende (slagvaardig) worden uitgevoerd en geoperationaliseerd.	ZHHV heeft, in overeenstemming de cliënt- en vraaggestuurde visie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus zoveel mogelijk gedelegeerd en gedecentraliseerd, waardoor de benodigde regelruimte en slagvaardigheid ontstaat m.b.t. het primaire proces en de inrichting daarvan. De teams zijn resultaatverantwoordelijk en kennen een hoge mate van zelforganisatie. Ieder team heeft een eigen teambeleidsplan en teambudget. Door o.a. de overlegstructuur van de organisatie en het teamgerelateerde gedeelte van de teambeleidsplannen, is er sprake van participatie en beïnvloeding van het beleid vanuit het primaire proces. De voortgang en uitkomsten worden periodiek geëvalueerd en verantwoord o.a. in het jaardocument, de directie-/managementbeoordeling en op de jaarlijkse beleidsavond.  De cultuur van ZHHV kenmerkt zich o.a. door een hoge veranderingsbereidheid en sterke gerichtheid op het primaire proces bij bestuur, management, coördinatoren en medewerkers. Gezien de relatief platte organisatie zijn de lijnen in de organisatie kort en is de bereikbaarheid en participatie mogelijk groot. Punten ter verbetering worden snel opgepakt door de organisatie en op methodische wijze ingevoerd.	2	2	4	B	Middels de beleids- en scholingsplannen wordt er voor locatie Hoge Veer Complex in aanloop naar het levensloopbestendig wonen, toegewerkt naar het voorbereiden van de medewerkers op de nieuwe organisatie, werkwijze en attitude. Op locatie Hoge Veer Rivierzicht is aan deze voorwaarden voldaan.
Reputatieverlies	3	4	12	Een verlies aan reputatie kan negatieve gevolgen hebben voor de positionering van de	ZHHV houdt periodieke cliënt tevredenheidsonderzoeken. Eventuele verbeterpunten naar aanleiding hiervan vormen basis voor beleid.	2	3	6	A	Omdat uitvoering mensenwerk blijft, kan er per definitie alleen sprake zijn van een maximaal beperken van een

<sup>1</sup> Accepteren/beheersen/eliminieren

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
				organisatie. Reputatieschade kan het gevolg zijn van incidenten en calamiteiten of van een kwalitatief slechte zorgverlening.	<p>ZHHV voldoet aan het kwaliteitssysteem HKZ-VVT waar de normen Verantwoorde Zorg onderdeel van zijn.</p> <p>Er zijn procedures rond incidenten en calamiteiten in combinatie met een communicatieprotocol naar de buitenwereld en media.</p> <p>Er is een document voor medewerkers m.b.t. het gebruik van sociale media opgesteld.</p> <p>ZHHV heeft een drie sterren certificaat als fixatievrije instelling.</p> <p>ZHHV is structureel doende om het aantal (bijna)incidenten rond medicatie en vallen terug te dringen middels o.a. MIC-commissie en projectgroepen. Hier wordt uitvoering aangegeven d.m.v. o.a. informatie, maatregelen, begeleiding, analyses, scholing, actieve betrokkenheid apotheker.</p> <p>Alle klachten worden serieus genomen en de klachtenafhandeling is goed georganiseerd.</p>					risico op een incident, ook al is aan alle inperkende voorwaarden voldaan.
Een onjuiste afstemming van de organisatie op de zorgvraag (korte en lange termijn).  Over- en onderproductie.	3	3	9	Een onjuiste inschatting van de zorgvraag waardoor verkeerde beslissingen met betrekking tot inzet (teveel of te weinig) van personeel en middelen op korte of langere termijn.  Het niet (snel) genoeg aansluiten van aanbod	ZHHV maakt een begroting op basis van de realisatie en ontwikkelingen van het afgelopen jaar, de afspraken met het zorgkantoor de zorgverzekeraars en de gemeente en de te verwachte zorg- en personeelsinzet in het aankomende jaar per team. Ieder team krijgt financiële middelen op basis van de begroting. Iedere maand vindt door middel van een rapportage een evaluatie plaats over de prestaties van de teams. De teambudgetten worden op basis van de prestaties zo nodig	2	2	4	B	Budgettering op teamniveau.  In 2017 vindt uitbreiding plaats van ondersteunende software voor de teams m.b.t. o.a. zorginventarisatie, planning, inzet, zorgleverantie en opbrengst, ten einde de zelforganisatie verder te facilite-

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
				<p>en voorzieningen op de zorgvraag.</p> <p>Over- en onderproductie kunnen tot financiële tekorten leiden. Enerzijds door een te hoge inzet van personeel en anderzijds doordat er geen gegarandeerde vergoeding tegenover staat vanuit het zorgkantoor, zorgverzekeraars of gemeente.</p>	<p>maandelijks aangepast. De teams passen de inzet van personeel en middelen aan naar aanleiding hiervan. Hierdoor hebben de teams en het management zicht op de bezettingsgraden en inkomsten van de teams en kunnen er zo nodig tijdig corrigerende maatregelen nemen.</p> <p>ZHHV flexibiliseert - zo veel als mogelijk binnen de missie, visie en doelstellingen en in overeenstemming met de wet- en regelgeving en CAO-VVT - het personeelsbestand.</p> <p>Het zorgkantoor en de zorgverzekeraars meten de productie (en doelmatigheid) van de zorgaanbieder ten opzichte van de productieafspraken 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 per 1-1-2016 van 77% voor met name het kunnen opvangen van risico's, tegenslagen, voorfinanciering en extra uitgaven. Door het aangaan van een lening in 2016, zal het percentage zakken naar iets meer dan 40% op 1-1-2017.</p> <p>Het strategische (nieuwbouw) beleid van ZHHV is op basis van onderzoek kwantitatief en kwalitatief afgestemd op de huidige en toekomstige (verwachte) ontwikkelingen binnen het werkgebied. Daarnaast is er rekening gehouden met het scheiden van wonen en zorg.</p>					<p>ren.</p> <p>Er is continu aandacht om de organisatie en de attitude van de medewerkers verder te ontwikkelen opdat er sprake blijft van een vraaggestuurde organisatie. De vraaggestuurde organisatie ZHHV past zich in intentie aan, aan de (veranderende) vraag en niet andersom.</p>

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
De vastgoedlasten zijn niet terug te verdienen doordat leegstand ontstaat.	3	4	12	Door een veranderende vraag kunnen gebouwen in onbruik raken. De zorginstellingen dragen het risico voor leegstand en vastgoedlasten. Hierdoor kunnen grote financiële lasten ontstaan.	Er is een meerjaren-prognose-vastgoedexploitatie t/m 2040 die een structureel positief resultaat laat zien.	2	1	2	B	<p>ZHHV heeft een samenwerkingsovereenkomst en huurcontracten met een woningbouwcoöperatie. De woningbouwcoöperatie neemt hierin het gebouw gebonden risico met betrekking tot leegstand d.m.v. een bezettingsafhandelijke huur.</p> <p>Ten aanzien van de nog te realiseren nieuwbouw ligt dit anders. ZHHV zal het intramurale gedeelte in eigen bezit exploiteren en loopt hiermee leegstandsrisico. Op basis van onderzoek blijkt dit een beheersbaar risico. ZHHV heeft verder voldoende reserve om eventuele onverwachte tegenslagen op te vangen. De nieuwbouw zal volgens huidige planning (februari 2017) in de eerste helft van 2019 worden betrokken.</p> <p>Het leegstandsrisico bij de nieuwbouw wordt beperkt doordat het complex aanpasbaar is en de appartementen geschikt zijn voor intra- en extramurale bewoning, waarbij het scheiden van wonen en zorg mogelijk is. Tevens is het aantal lager dan de verwachte vraagontwikkeling binnen het werkgebied. Indien de nieuwbouw betrok-</p>

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
										ken wordt, zal dit risico profiel van Zeer Laag verschuiven naar Laag.
Het ontbreken van een fraudebestendige cultuur en richtlijnen.	2	3	6	Het ontbreken van een alerte en open cultuur vergroot de kans op fraude.	<p>ZHHV voldoet, in verband met transparantie van bestuur en toezicht, aan de Zorgbrede Governance Code.</p> <p>In de dagelijkse uitvoering en binnen het MT en coördinatorenoverleg is er een lage drempel m.b.t. het bespreken van het aspect fraude.</p> <p>Er is een gedragscode voor medewerkers.</p> <p>ZHHV heeft verscheidene procedures zoals AO&amp;IC, klokkenluidersregeling, VOG.</p> <p>Dienstlijsten, declaraties en betalingen worden gecontroleerd.</p> <p>Bij de jaarlijkse accountantscontrole wordt eventuele fraude gemeld.</p> <p>Fraude, diefstal e.d. worden vermeld in het jaarverslag en gemeld aan de RvT.</p>	2	3	6	A	Geen specifieke acties.
Data lekken	3	3	9	In kader van gebrekkige informatiebeveiliging kan vanuit de Avg en de Wbp inclusief meldplicht datalekken hoge boetes worden opgelegd in geval van een data lek. Daarnaast kunnen er hoge kosten ontstaan	<p>Vanaf 2016 projectgroep datalekken actief inclusief betrokkenheid van de automatiseerder bij dit project.</p> <p>Aanstellen Functionaris Gegevensbescherming (FG) (interne toezichthouder die toeziet dat ZHHV de verplichtingen vanuit de Avg en de Wbp nakomt).</p> <p>Policy Framework opgesteld waarin de wetten, standaarden etc. zijn opgenomen waar-</p>	2	3	6	E	Een e-learning (awareness raising) voor medewerkers om deze meer privacy bewust te maken. Ook zij moeten zich aan de verplichtingen vanuit de Avg/Wbp houden

RISICO	K	E	R	Oorzaak/gevolg	Beheersmaatregelen	K	E	R	A/B/E <sup>1</sup>	Effectiviteit bepalen, uitvoeren acties
	(K x E = R)									
				(juridisch en claims) vanuit de ketenaansprakelijkheid.	<p>aan ZHHV moet maar ook wil voldoen. Het bestuur heeft de expliciete ambitie uitgesproken om tegen het eind van 2016 Maturity Level 3 van het Privacy Seal van MYOBI te bereiken. Quickscan uitgevoerd om na te gaan waar onze risico's liggen. Vanuit de bevindingen zijn er maatregelen benoemd en een aantal is inmiddels al getroffen.</p> <p>ZHHV is betrokken bij het privacyproject van het REN (o.a. SecureMail oplossing vanuit het REN afgenomen).</p> <p>Aangesloten bij MYOBI, een TTP gericht op vertrouwde uitwisseling van bedrijfsgegevens en bescherming van persoonsgegevens. Bewerkerovereenkomsten afgesloten met onze bewerkers.</p>					<p>In 2017 gebruik gaan maken van de gedeelde FG vanuit het REN</p> <p>Permanente controle op het systeem en uitvoeren nieuwe risicoanalyses.</p>

Bijlage

Risico's classificeren

## **2.10 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 ketenpartners (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 stakeholders.

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

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

## Stakeholdersanalyse

		Betrokkenheid/interesse	
		Laag	Hoog
Invloed/macht	Hoog	<p><b>Tevreden houden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vrijwilligers</li> <li>Cliënten</li> <li>Medewerkers</li> <li>Mantelzorgers</li> <li>Gemeente Geertruidenberg</li> <li>Zorgkantoor Westbrabant</li> <li>Zorgverzekeraars</li> <li>SWOG</li> <li>WSG</li> <li>Deloitte</li> <li>Inspectie voor de gezondheidszorg</li> </ul>	<p><b>Strak op sturen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntenraad</li> <li>Ondernemingsraad</li> <li>Huisartsencoöperatie Brandenpoort</li> <li>Toezichthoudende apotheker t Veer</li> <li>Mondzorg voor Zorginstellingen</li> <li>DRS ((para) medische zorg)</li> <li>Foodfocus (voeding)</li> <li>Heijligers (HCA-groep)</li> <li>Surplus (arbo-arts)</li> <li>Rabobank</li> <li>Wfz</li> </ul>
	Laag	<p><b>Minimaal Monitoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgservice NL</li> <li>Vitalis college</li> <li>NVTZ</li> <li>NVZD</li> <li>NVWA</li> <li>Arbeidsinspectie</li> <li>Actiz</li> </ul>	<p><b>Geïnformeerd houden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HEVO</li> <li>SDB (financiële administratie)</li> <li>SDB (salaris administratie)</li> <li>Nedap</li> </ul>



Score	Richtlijnen voor het bepalen van acties
<b>Strak op sturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partners van de organisatie</li> <li>• Continu betrekken en raadplegen, intensief contact onderhouden m.b.t. activiteiten</li> </ul>
<b>Tevreden houden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentie om partner te worden, streven naar partnerschap</li> <li>• Inspelen op eisen, verwachtingen en belangen, tevreden houden</li> </ul>
<b>Geïnformeerd houden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geïnformeerd houden en interesses en belangen blijven monitoren</li> </ul>
<b>Minimaal monitoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen actie richting stakeholder vereist.</li> </ul>

## 2.11 De toekomst

In 2019 wordt locatie Hoge Veer Complex in gebruik genomen op de Bastion-locatie aan de rivier de Donge te Geertruidenberg. Het traditioneel opgezette verzorgings- en verpleeghuis wordt vervangen door een levensloopbestendig wooncomplex op de Bastion-locatie in Geertruidenberg. Hiermee houdt de intramurale verzorgingshuisvoorziening van het Hoge Veer Complex nagenoeg op te bestaan en wordt de organisatie verder omgevormd tot een wijkgerichte organisatie waarbij de intramurale verpleeghuiszorg een kleinschalig en genormaliseerd karakter krijgt waar mens, welzijn en leefwereld centraal staan.

Het complex zal qua uitstraling geen overeenkomst vertonen met een traditioneel zorgcomplex, maar zal als een 'normaal' gebouw ogen. Door de typische bastion-achtige kapstructuur en de afwisseling hierin doet het qua aanzicht eerder aan als meerdere kleinschalige eenheden.

De opzet van het genormaliseerd en levensloopbestendig wonen is dat de zorg, weliswaar gegarandeerd en altijd beschikbaar, op de achtergrond aanwezig is. Het wonen en de leefwereld van de bewoners staan centraal. De zorgorganisatie, de zorg en alles wat daarbij komt kijken zijn zoveel mogelijk uit het zicht in de openbare ruimten. Het gaat om het welzijn van de bewoners en de zorg is één van de middelen om dat te bereiken.

Het een en ander komt tot uiting in een bescheiden zorginfrastructuur daar waar het gaat om b.v. kantoren (alleen locatie gebonden kantoren). Maar ook doordat zorgmaterieel, zoals tilliften, schoonmaakkarren e.d., zoveel mogelijk uit het zicht blijven.

Er wordt niet gewerkt volgens een afdelingsstructuur. Het betreft één wooncomplex waar de zorgwelzijn-medewerkers volgens het thuiszorgconcept te werk gaan. Dit uit zich o.a. in de houding van de medewerkers, maar ook in de werkwijze zoals het werken met looproutes.

Een kans voor Zorgorganisatie Het Hoge Veer is, dat binnen de gemeente Geertruidenberg er sprake is van een toenemend tekort aan diverse woningen geschikt voor mensen met een zorgvraag (zie WoonZorgVisie Geertruidenberg). Het nieuwbouwplan van Zorgorganisatie Het Hoge Veer zal bijdragen in het verkleinen van dit tekort en mensen in de gelegenheid stellen, ook bij een toenemende zorgvraag, hun leven zoveel mogelijk voort te zetten zoals zij dat gewend waren of wensen te doen.

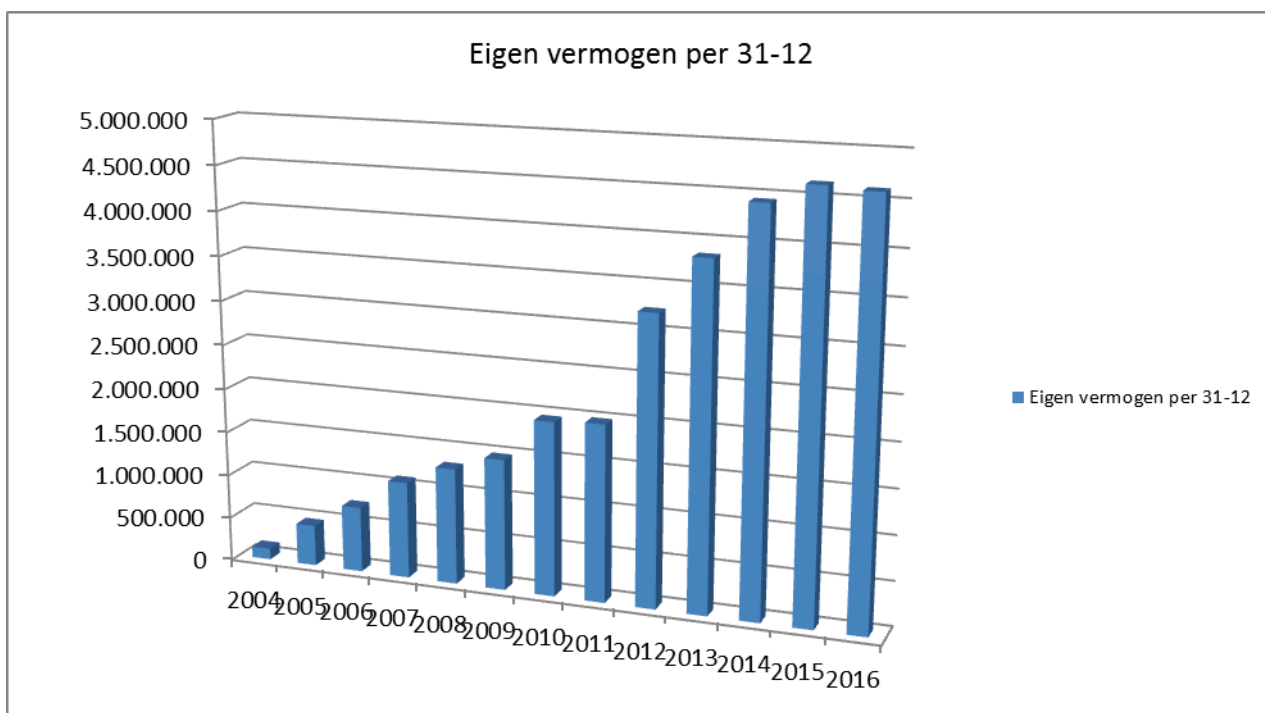
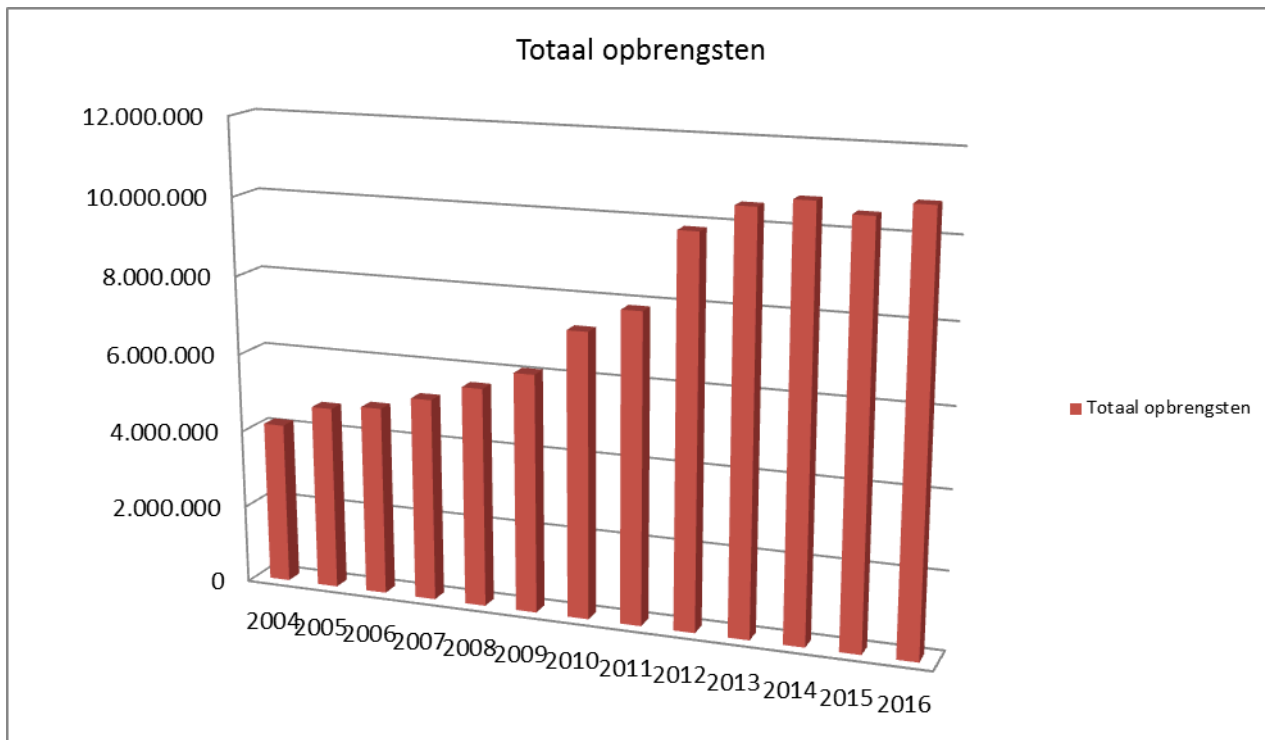
Een risico is dat competenties en werkwijze passend bij toenemende zorgcomplexiteit en levensloopbestendig wonen nog niet overal op gewenst niveau bij de medewerkers aanwezig zijn.

De komende tijd is Zorgorganisatie Het Hoge Veer erop gericht om medewerkers op een hoger niveau te scholen (e-learningen) en door het bieden van opleidings- en doorgroeimogelijkheden. Ook wordt er gebruik gemaakt met coaching on the job en via de teambeleidsplannen aan de doelstelling rond resultaat verantwoordelijke teams gewerkt.

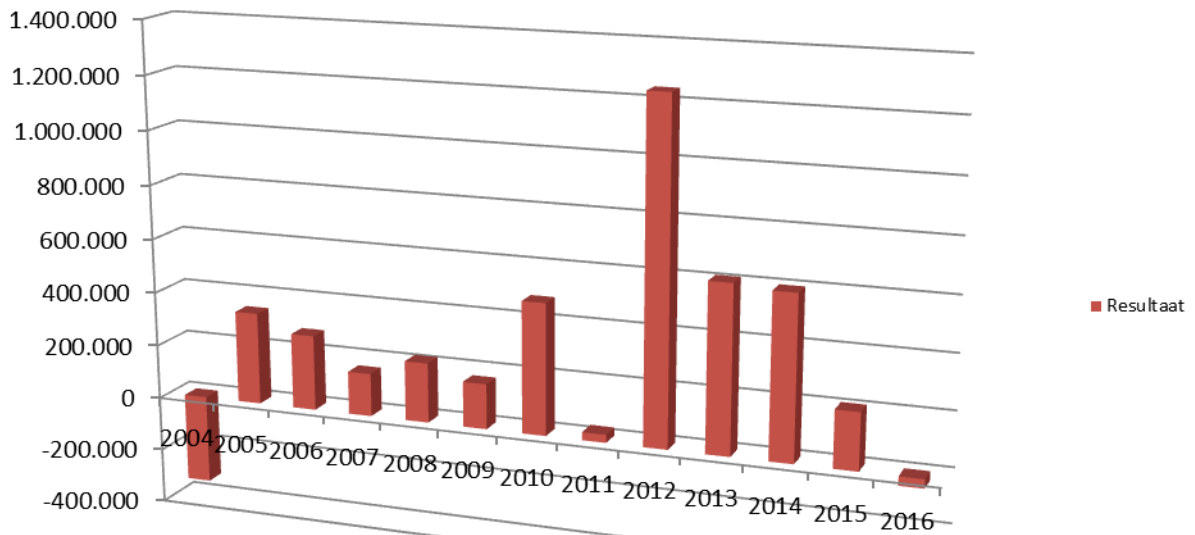
Een risico is dat momenteel de procedure met betrekking tot de wijziging van het bestemmingsplan en de omgevingsvergunning nog loopt. De afgifte van de vergunningen wordt verwacht rond februari 2018. Na afgifte van de vergunningen kan de bouw van start gaan.

## 2.12 Kwantitatieve ontwikkeling

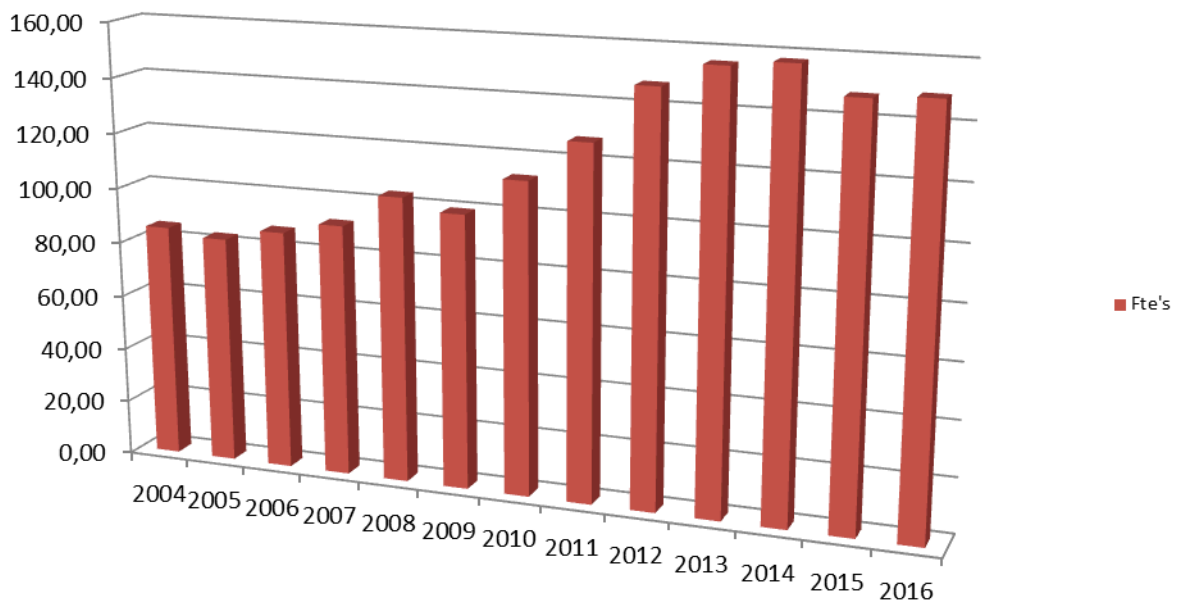
Hieronder de kwantitatieve ontwikkeling van de organisatie vanaf 2004 met betrekking tot opbrengsten, resultaat, eigen vermogen en fte's.



Resultaat



Fte's



### **3 Jaarrekening**

De jaarrekening is aan het eind van het jaarverslag toegevoegd.

## A DigiMV Profiel van de organisatie

### A.1 Kerngegevens

#### A.1.1 Nadere typering

*Doelgroepen cliënten WLZ-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

Onderaanneming	Antwoordcategorie
Hebt u in 2015 WTZi-zorgverlening uitbesteed aan een onderaannemer?	Nee
Hebt u in 2015 WTZi-zorg verleend als onderaannemer?	Nee

#### A.1.2 Productie, personeel en opbrengsten verpleging, verzorging en thuiszorg

*Kerngegevens VVT exclusief Wmo jeugdgezondheidszorg en kraamzorg*

Kerngegevens	Aantal/bedrag
Aantal cliënten in een instelling op basis van een ZZP/zorgprofiel	137 cliënten
Aantal cliënten met verblijf op basis van volledig pakket thuis (VPT)	0 cliënten
Aantal cliënten op basis van Modulair Pakket Thuis	9 cliënten
Aantal cliënten dat zorg bij u inkoop o.b.v. persoonsgebonden budget	1 cliënten
Aantal cliënten eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	1 cliënten
Aantal cliënten extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling)	0 cliënten
Aantal cliënten op basis van wijkverpleging, inclusief intensieve kindzorg	99 cliënten
Aantal cliënten op basis van geriatrische revalidatiezorg	0 cliënten
Aantal beschikbare bedden/plaatsen geriatrische revalidatiezorg (verblijf op basis van DBC)	0 bedden/plaatsen
Aantal overige beschikbare bedden/plaatsen met verblijfszorg	153 bedden/plaatsen
Aantal dagen zorg met verblijf	50.134 dagen
Aantal dagen zorg op basis van Volledig Pakket Thuis	0 dagen
Omzet zorg op basis van Modulair Pakket Thuis	85.500 euro
Omzet zorg op basis van Persoonsgebonden budget	3.410 euro
Omzet zorg op basis van eerstelijnsverblijf (tijdelijke subsidieregeling)	143.840 euro
Omzet zorg op basis van extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling)	0 euro
Aantal in verslagjaar geopende DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	0
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	0
Omzet zorg op basis van DBC's / DBC-zorgproducten geriatrische revalidatiezorg	0
Omzet wijkverpleging	635.260 euro
Omzet onderlinge dienstverlening	0 euro
Omzet MSVT	0 euro
Omzet Ketenzorg dementie	0 euro
Omzet regiefunctie complexe wondzorg	0 euro

Personeel	Aantal
Aantal Wlz-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (a)	123 personen
Aantal Wlz-patiëntgebonden personeel in FTE per einde verslagjaar (b)	82,82 FTE's
Aantal Zvw-patiëntgebonden personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (c)	31 personen
Aantal Zvw-patiëntgebonden personeel in FTE per einde verslagjaar (d)	16,39 FTE's
Aantal niet-patiëntgebonden (overige) personeelsleden per einde verslagjaar (e)	121 personen
Aantal niet-patiëntgebonden (overige) personeel in FTE per einde verslagjaar (f)	58,93 FTE's
Totaal aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (a+c+e)	275 personen
Totaal aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar (b+d+f)	158,14 FTE's

## B DigiMV Governance

### Governance Code

Code	
Hanteert uw concern de zorgbrede Governance Code?	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

### Toezichthoudend orgaan

Toezichthoudend orgaan	Ja/nee
Zijn nieuwe leden op openbare wijze geworven?	Ja
Zo ja, op welke manier precies?	Middels een advertentie in Volkskrant, op Intermediair en NVTZ.
Zo nee, hoe zijn de nieuwe toezichthouders geworven?	
Beschikt de raad over ten minste één lid met voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring?	Ja
Zijn er besluiten van het bestuur waaraan het toezichthoudend orgaan dit verslagjaar goedkeuring heeft verleend?	Ja
Zo ja, welke?	Jaarrekening, Jaarverslag, Begroting, nieuwbouw, overeenkomsten met HEVO, woningbouwcoöperatie, hypotheek
Heeft u gewaarborgd dat de leden van het toezichthoudend orgaan onafhankelijk zijn?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Niemand heeft enige binding met leveranciers of andere betrokkenen zoals personeel, bestuurder, cliënten, gemeente. 60% van de leden komt niet uit de gemeente
Heeft het toezichthoudend orgaan haar eigen functioneren ge-evalueerd?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Is door omstandigheden verplaatst naar begin 2017 met extern begeleider (NVTZ)
Hoeveel vergaderingen heeft het toezichthoudend orgaan gehouden in het verslagjaar?	5
Bij hoeveel van deze vergaderingen was de raad van bestuur aanwezig?	5
Bestaat er regulier overleg met de externe accountant?	Ja
Zo ja: hoe is dit ingericht?	Tijdens de bespreking van de jaarrekening en het accountantsverslag
Zo nee: op welke manier is het contact met de externe accountant ingericht?	
Laat het toezichthoudend orgaan zich door verschillende bronnen (OR/CR) voorzien van informatie?	Ja
Zo ja, op welke manier?	Jaarlijks bezoeken 2 leden van de RvT de vergadering van de OR en de CR. Tevens is de RvT aanwezig bij de jaarlijkse beleidsmiddag waar ook OR en

*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)?	Ja
Zo ja, zijn er meer dan 50 personen werkzaam? (artikel 2 WOR)	Ja

*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)?	
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

### Cliëntenraad

Wordt de cliëntenraad financieel ondersteund?	Ja
Zijn er het afgelopen jaar door de cliëntenraad gevraagde adviezen uitgebracht?	Ja
Aantal gevraagde adviezen uitgebracht door de cliëntenraad in verslagjaar.	6
Zijn er het afgelopen jaar door de cliëntenraad ongevraagde adviezen uitgebracht?	Ja
Aantal ongevraagde adviezen uitgebracht door de cliëntenraad in verslagjaar.	1
Welk percentage van de adviezen van de cliëntenraad heeft tot maatregelen geleid in de instelling?	100%
Heeft uw concern een commissie van vertrouwenslieden ingesteld?	Nee
Heeft uw concern zich aangesloten bij een landelijke commissie?	Nee, wel bij de regionale klachtencommissie

### Leveringsvoorwaarden

Gegeven	Antwoordcategorie
Hanteert u de Algemene Voorwaarden voor zorg (met verblijf en/of zonder verblijf) van Actiz en BTN?	Ja

### Klachten zorginstellingen

Gegeven	Antwoordcategorie
Kunnen cliënten in uw concern terecht bij een klachtenfunctionaris conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg?	Ja
Beschikt u over een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten jegens de cliënt van uw instelling conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg?	Ja
Bent u aangesloten bij een onafhankelijke geschilleninstantie conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg?	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
Was er in 2016 een vertrouwenspersoon beschikbaar?	Ja
Zo ja, hoe vaak is deze geraadpleegd/contact mee geweest?	1x

### C.1.1 Personeelsbeleid

#### Verloop personeel

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	59	29,5
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	48	21,1

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

Personeelsformatie (alle sectoren behalve UMC's)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	5,31

#### Vacatures

Vacatures	Totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	51	16
Personeel met patiënt-/cliëntgebonden functies	45	16

## C.1.2 Financieel beleid

### Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: WLZ/ZVW/WMO-gefinancierde resultaten	0,019	-0,003
Resultaat boekjaar	208.829	-33.071
Totale opbrengsten boekjaar	10.472.753	10.804.265

### Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
Quick ratio (vlottende activa inclusief liquide middelen)	5,54	9,97
Current ratio (vlottende activa exclusief liquide middelen)	0,46	0,37
Vlottende activa (inclusief liquide middelen)	5.677.588	11.106.073
Vlottende activa (exclusief liquide middelen)	467.241	408.389
Totaal kortlopende schulden	1.023.949	1.113.466

### Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	0,77	0,39
Totaal eigen vermogen	4.648.038	4.614.967
Balanstotaal	6.045.864	11.944.971
Solvabiliteit (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	0,44	0,43
Totaal eigen vermogen	4.648.038	4.614.967
Totaal opbrengsten	10.472.753	10.804.265

Bijlage

Risico's classificeren

FREQUENTIE	ERNST				
		Catastrofaal 4	Groot 3	Matig 2	Klein 1
	Wekelijks 4	Zeer Hoog 16	Zeer Hoog 12	Hoog 8	Laag 4
	Maandelijks 3	Zeer Hoog 12	Hoog 9	Laag 6	Zeer Laag 3
	Jaarlijks 2	Hoog 8	Laag 6	Laag 4	Zeer Laag 2
	Minder dan 1x/jaar 1	Laag 4	Zeer Laag 3	Zeer Laag 2	Zeer Laag 1