



MAATSCHAPPELIJK JAARVERSLAG

2018

STICHTING JOODS BEJAARDENCENTRUM DEN HAAG

1. Uitgangspunten van de verslaglegging en algemeen beleid.

Hierbij bieden wij u het jaardocument maatschappelijke verantwoording van de Stichting Joods Bejaarden Centrum Den Haag, verder het mr. L.E. Visserhuis over het jaar 2018 aan.

Het mr. L.E. Visserhuis is een levensbestendig woonzorgcentrum in Den Haag met de joodse signatuur. Deze signatuur is ons bestaansrecht. Het woonzorgcentrum beschikt over 36 appartementen voor ouderen die kiezen voor wonen in een beschermde omgeving en waar zorg op maat geboden kan worden. In hetzelfde gebouw is een kleinschalig verpleeghuis met verdeeld over 7 woongroepen met 45 verpleegplaatsen, voornamelijk psychogeriatrische plaatsen. Het verpleeghuis heeft een BOPZ-erkenning.

In de appartementen wordt Wlz zorg geleverd in de vorm van Volledig Pakket Thuis (VPT). Tevens wordt in de appartementen in toenemende mate vanuit de zorgverzekeringswet gefinancierde thuiszorg geboden. Voor het leveren van thuiszorg in de appartementen zijn contracten afgesloten met CZ, Menzis, Multizorg en DSW. Verzekerden bij andere verzekeraars ontvangen ook zorg, maar declareren deze zelf bij de verzekeraar.

Het beleid voor de toekomst zal zich toespitsen op kwalitatief uitstekende zorg met tegelijkertijd een efficiënte bedrijfsvoering. We hebben een goede score op patiënttevredenheid (gemiddeld over 2018 een 8,5. We staan op ZorgkaartNederland als beste verpleeg- en verzorgingshuis van Den Haag vermeld per ultimo 2018.

In het verpleeghuis leveren wij veel zware zorg(onze expertise) en leveren wij in de appartementen intensieve zorg in de vorm van VPT's.. Wij zullen ons ook via de media profileren over de mogelijkheden van lang zelfstandig kunnen blijven wonen ook met intensieve zorg.

Met het huidige personeelstekort in de zorg blijven wij inzetten op binden en behouden van ons personeel, onder meer door het bieden van voldoende opleidingsmogelijkheden. In 2018 zijn een aantal medewerkers aangetrokken via bemiddeling door het UWV. Deze medewerkers hadden vaak een afstand tot de arbeidsmarkt.

In 2018 is een aantal keer speciale evenementen georganiseerd in het restaurant. Het ging hierbij om speciale thema avonden. Deze avonden worden goed bezocht en dienen ook als instrument om de bekendheid met het restaurant te vergroten.

In 2018 zijn de contacten in het kader van de in 2017 opgezette “lerende netwerken” geïntensiveerd. Zo hebben de Raden van Toezicht van de vier zorginstellingen een intervisie bijeenkomst gehad over Good Governance.

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatie gegevens

Naam:	Stichting Joods Bejaardencentrum Den Haag
Adres:	Theo Mann-Bouwmeesterlaan 75
Postcode:	2597 GV
Vestigingsplaats:	Den Haag
Kamer van Koophandel:	41155836
Emailadres:	info@jbc-visserhuis.nl
Internetpagina:	www.jbc-visserhuis.nl

2.2 Structuur van de organisatie:

De Stichting JBC Den Haag exploiteert het mr. L.E. Visserhuis en heeft vanuit de joodse identiteit een landelijk opnamebeleid. Het woonzorgcentrum richt zich op levensloopbestendig wonen en vormt zodoende een zorgcontinuüm.

De organisatie is toegelaten voor 45 plaatsen behandeling, zowel psychogeriatric als somatiek en extramurale zorg alsmede het product VPT (Volledig Pakket Thuis), waarmee ouderen zolang mogelijk thuis zelfstandig kunnen blijven wonen, ook wanneer zij intensieve thuiszorg ontvangen.

De organisatie staat onder leiding van een directeur/bestuurder en onder controle van de Raad van Toezicht.

Het organogram:

Het organogram is bijgevoegd als bijlage.

Besturingsmodel:

De organisatie wordt aangestuurd door een directeur/bestuurder. Besluitvorming vindt plaats door de bestuurder na advisering in de vergadering van het managementteam. Dit wordt voorgezeten door de directeur/bestuurder en bestond in 2018 verder uit het hoofd zorg en het hoofd facilitaire dienst. De adviseur kwaliteit neemt periodiek deel aan dit overleg en geeft gevraagd en ongevraagd advies.

Er wordt een jaarplan opgesteld voor iedere discipline en ieder kwartaal worden deze jaarplannen SMART gemonitord.

Medezeggenschapsstructuur:

Er is een actieve ondernemingsraad. Tweemaandelijks is er overleg met de bestuurder.

Het verpleeghuis beschikt over een actieve cliëntenraad, die eens per twee maanden bij elkaar komt en dan overlegt met de bestuurder. De bewoners van de appartementen met een VPT zijn vertegenwoordigd in deze cliëntenraad.

De bewoners van de appartementen hebben zich verenigd in een bewonerscommissie en deze overlegt zo nodig met de bestuurder. In 2018 heeft dit overleg vier maal plaatsgevonden.

Toelatingen:

Het mr L.E. Visserhuis heeft in 2018 een toelating voor de volgende Wlz functies: persoonlijke verzorging, verpleging, verblijf en ondersteunende begeleiding.

2.3 Kerngegevens:

De activiteiten die het mr. L.E. Visserhuis ontplooit vallen, behoudens het leveren van maaltijden aan ouderen in de wijk (op locatie), onder de wetgeving Wlz.

2.3.1 Cliënten, capaciteit productie en medewerkers

Aantal intramurale cliënten per einde verslagjaar: 45

Aantal extramurale cliënten VPT: 17

Aantal extramurale cliënten:9

Aantal toegelaten intramurale plaatsen inclusief VPT: 59

Aantal personeelsleden in loondienst: 103

Aantal Fte personeelsleden in loondienst:64

Totale bedrijfsopbrengsten: € 6.133.889

Wettelijk budget aanvaardbare kosten inclusief zvw en overige zorgprestaties: €4.825.098

Subsidies: € 220.092

Overige bedrijfsopbrengsten: €1.088.699

In het boekjaar heeft het mr. L.E. Visserhuis een positief resultaat gerealiseerd van € 121.530 (2017: € 97.795). Ten opzichte van het voorafgaande jaar is dit een goede verbetering dat

enerzijds het gevolg is van de realisatie van de zeven nieuwe zorgappartementen halverwege 2017, en in 2018 is er een volledig boekjaar aan opbrengsten en door de stijging van de zorgopbrengsten door meer zorg in de appartementen en hogere tarieven in 2018.

Naast het resultaat wordt de financiële positie van een zorginstelling ook weergegeven aan de hand van een aantal ratio's. Voor het mr. L.E. Visserhuis is de solvabiliteit herin belangrijk. De solvabiliteit (Eigen vermogen t.o.v. de totale omzet) is in 2018 10,1%, en was in 2017 8,8%. De stijging wordt veroorzaakt door het resultaat in 2018. De balansratio (eigen vermogen t.o.v. balanstotaal) bedraagt per 31 december 2018 25,2% (2017: 19,3%). De stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de afname van het balanstotaal in combinatie met een positief resultaat.

Naast deze solvabiliteits ratio's zijn er ook ratio's voor de liquiditeit. De liquiditeitsratio van het mr. L.E. Visserhuis is gestabiliseerd op 0,9

De 'debt service coverage ratio' geeft aan in hoeverre het JBC haar aflossingsverplichtingen en rentelasten kan voldoen uit haar operationele kasstroom. Per 31 december 2018 bedraagt deze ratio 1,6 en is daarmee ten opzichte van 31 december 2017 verbeterd (was 1,1). Over het algemeen wordt een norm van 1,2 gehanteerd bij vergelijkbare organisaties.

Op basis van de ontwikkeling in de ratio's en de toekomstige verwachtingen op basis van de geactualiseerde (meerjarige) begroting kan gesteld worden dat de financiële situatie goed verbeterd is.

2.3.2. Werkgebieden

Hoewel het mr. L.E. Visserhuis een landelijk opnamebeleid heeft, is het werkgebied alleen op locatie. Sinds 2015 mogen wij het VPT product ook aanbieden in de wijk op loopafstand. In 2018 hebben wij alleen VPT's geleverd aan onze eigen appartementen.

Ook streeft de organisatie ernaar een functie voor de buurt te hebben betreffende maaltijden voor senioren en welzijnsactiviteiten voor de ouderen uit de buurt. Daarnaast staat het mr. L.E. Visserhuis op 'de Joodse Sociale Kaart'. Wij stellen onze godsdienstige en sociale activiteiten ook open voor buiten ons eigen huis wonende joodse Ouderen. Zo zijn er joodse gasten van buitenaf aanwezig geweest op Seideravond (joods paasfeest), Rosh Hashana (joods nieuwjaar), Chanoeka (inwijdingsfeest), de bijeenkomsten van de Joodse Bejaarden Sociëteit en bij diverse optredens van artiesten (zoals Cabaret Kwatsch).

2.3.3 Samenwerkingsrelaties

Het mr. L.E Visserhuis heeft voor de Wlz een contract met het CZ-zorgkantoor. Voor de extramurale zorgverlening heeft het huis contracten met meerdere zorgverzekeraars (CZ, Menzis, DSW, Multizorg).

Achmea en VGZ kiezen ervoor geen contracten af te sluiten met kleinere zorgaanbieders. Wanneer verzekerden van deze twee verzekeraars thuiszorg nodig hebben, declareren wij aan de verzekerde en kan deze zelf declareren bij de verzekeraar. Deze twee verzekeraars zijn ondanks herhaaldelijk aandringen niet bereid met ons een contract af te sluiten. Gegeven onze

specifieke doelgroep en de expertise die nodig is om zorg te verlenen aan mensen van onze doelgroep (onder meer oorlogstrauma's) is dit een, in onze ogen, onbegrijpelijk standpunt.

Er is sinds 1 september 2015 een samenwerking met verpleeghuis NEBO, dat de paramedische behandeldienst integraal levert aan de organisatie. Per januari 2019 is NEBO overgenomen door Zorggroep De Saffier.

De achterwacht voor onze eigen arts, weekenddiensten en diensten buiten kantoor tijd worden geleverd door Gericall.

Tevens is er een structurele samenwerking met Zorggroep De Saffier, waarbij personeelszaken, de cliëntenadministratie, alsmede andere adviestaken worden ingekocht. Daarnaast hebben we een samenwerkingsverband op het gebied van kwaliteitszorg. Onze kwaliteitsmedewerkers wisselen kennis uit.

We zijn aangesloten bij Actiz, de brancheorganisatie voor de verpleging en verzorging.

Wij maken deel uit van Zorgscala, een organisatie van de Haagse ouderenzorgorganisaties. In dit netwerk worden zaken besproken en besloten, die voor alle aanbieders in onze regio van belang zijn. Het kan hierbij gaan om de relatie met de verzekeraars, de gemeente, of om afstemming van het acute zorgaanbod. Sedert december 2018 is de bestuurder van het Visserhuis penningmeester van Zorgscala.

Het mr. L.E Visserhuis maakte tevens deel uit van het Joods Zorgcircuit, een landelijk samenwerkingsverband van de joodse zorg- en welzijnsorganisaties. Dit Joods Zorgcircuit is per 31 december 2017 formeel opgeheven, maar is op inhoudelijke samenwerking in 2018 voortgezet. Hierbij staat onder andere het behoud van de joodse identiteit en de specifieke scholing van de medewerkers op de agenda.

Samen met 3 andere zorginstellingen (Oldael, Van Ommerenpark en CWZ) vormt het mr. L.E.Visserhuis een lerend netwerk. Elke 6 weken komen de bestuurders bijeen om de kwaliteitsthema's te bespreken. De medewerkers kwaliteit maken deel uit van een grotere intervisiegroep. De raden van Toezicht hebben in 2018 een intervisie avond gehad over Good Governance. Besloten is om dit jaarlijks, met een wisselend thema, te herhalen.

3.Bestuur en Toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

De Raad van Bestuur, bestaande uit één bestuurder/directeur heeft gewerkt conform de Statuten van de Stichting en volgens het door de Raad van Toezicht goedgekeurde bestuursreglement. Voor zover aan de orde worden alle principes van Good Governance toegepast. Aan het einde van het jaar heeft een evaluatie van de leden van de Raad van Toezicht onderling plaatsgevonden. De evaluatie met de bestuurder heeft begin 2019 plaats gevonden. Jaarlijks vindt een gesprek plaats tussen een vertegenwoordiging van de Raad van Toezicht en de bestuurder over het functioneren van de bestuurder. Het salaris en de overige arbeidsvoorwaarden van de bestuurder zijn geregeld volgens de WNT.

3.1 Normen van Goed Bestuur

De Raad van Toezicht en de bestuurder/directeur onderschrijven de hoofdlijnen en principes van de zorgbrede Governance code volledig. In het verslagjaar zijn de uitgangspunten van de code regelmatig besproken in het overleg tussen de bestuurder en de toezichthouders.

De Raad van Bestuur

Naam	Functie	Nevenfuncties
Mevrouw drs. S.Sweijd	Bestuurder/ directeur	Lid kascommissie VVE Staetenhof Amstelveen
		Lid kascommissie VVE Suze Amstelveen
		Penningmeester Zorgscala (sedert december 2018)

3.2 Raad van Toezicht

In 2011 is de Raad van Toezicht officieel in werking getreden met begeleiding van een deskundige op gebied van de Governance-code in de zorg.

In het jaar 2014 is de Balanced Score Card volledig geïmplementeerd om de kritische succesfactoren alsmede de risicofactoren in kaart te brengen en zo inzichtelijk te maken voor de Raad van Toezicht, waarmee een instrument is gecreëerd om de organisatie ‘in control’ te hebben. Gedurende het jaar 2018 is de Balanced Score Card het hele jaar gemonitord en waar nodig bijgesteld.

In het verslagjaar is zes keer vergaderd. De leden zijn onbezoldigd. De leden van de Raad van Toezicht zijn volgens de Statuten halachisch joods en worden dus ook via relevante media geworven.

Er zijn maandelijks besprekingen tussen de voorzitter van de Raad van Toezicht en de bestuurder aangaande de financiële ontwikkelingen.

De agenda van de reguliere vergaderingen wordt voorbereid door de bestuurder in gezamenlijkheid met de voorzitter. Op de agenda hebben onder meer de verbetering van het persoonsgericht werken, implicaties van de invoering van het Kwaliteitskader, de ontwikkeling van het informatieprotocol gestaan. Elke vergadering staan de Balanced Score Card, de financiële ontwikkelingen alsmede de bezetting van het verpleeghuis en de appartementen op de agenda.

De Raad van Toezicht heeft een aantal te onderscheiden taken, te weten:

- Integraal toezicht houden op het reilen en zeilen van het mr. L.E. Visserhuis

- Het vervullen van een klankbordfunctie voor de bestuurder
- Samen met de bestuurder de risicofactoren evalueren en zo nodig hierin bijsturen
- De strategie voor de komende jaren samen met de bestuurder bepalen.

De samenstelling van de Raad van Toezicht in 2018 als volgt:

Naam	Functie RvT	Maatschappelijke achtergrond	Functie en nevenfuncties
De heer M. Cohen	Voorzitter	Bedrijfsleven	Directeur Xelion (hoofdfunctie) Penningmeester van Stichting Beth Hachaim Lid bestuur Stichting Vrienden van het Joods Bejaardencentrum Den Haag Voorzitter Stichting Maror (tot 1juni 2018) Directeur Am Chai Investments Bestuurslid David Roos Weijl Stichting
De heer F. Leijdesdorff	lid	Jurist	Advocaat (partner) Loyens & Loeff N.V. (hoofdfunctie) Nevenfuncties: Stichting Van Zadel de Rooij (bestuurslid), American Chamber of Commerce in the Netherlands (lid diversity committee)
De heer R. Baumgarten	lid		Algemeen directeur Reinier Haga MDC te Delft Nevenfuncties: Lid Auditcommissie Federatie Medisch specialisten Lid RvT Vivium Zorggroep Lid RvT Vecht en IJssel Lid RvT Primair Huisartsenposten Lid Raad van Advies SKML Lead-Assessor ISO 15189 bij de Raad voor Accreditatie
De heer A. Dreese	lid	Jurist	Advocaat (hoofdfunctie) Nevenfuncties: Bestuurslid NIG Den Haag Voorzitter Belangenvereniging woonbooteigenaren Vennemeer e.o. Bestuurslid Vereniging Woonarken Vennemeer Bestuurslid Stichting tot instandhouding Joodse begraafplaats te s'Gravenhage Commissie lid adviescommissie eerherstel erfpachtgelden Gemeente Den Haag Bestuurslid stichting Kerem Hakillah Directeur Dreese B.V.

			lid College van afgevaardigden VVE Else Mauhsiaan/Th. Bouwmeesterlaan Den Haag
Mevrouw E. Zegwaard	lid	Zelfstandig beëdigd vertaler	Vertaler (hoofdfunctie) Nevenfuncties: Penningmeester Stichting Studiefonds Frenkel Serphos Penningmeester Maurits Zilversmit Stichting.
Mevrouw T. Post-Bos	lid	Bestuurlijk Overheid (gepensioneerd)	Secretaris Genootschap van Oud Wethouders Westland Bestuurscoach bij Vitis Westland

Risico's

- De grootste risicofactoren, 25 in totaal, zijn in de Balanced Score Card opgenomen en worden zo gemonitord en zo nodig met een Plan van Aanpak bijgestuurd.
- De voornaamste risico's worden hier genoemd: ziekteverzuim en agressie tegen medewerkers.

Bezetting:

De bezetting van de appartementen is één van de kritische succes factoren. De appartementen waren het gehele jaar voor 100% bezet en vormden dus geen financieel risico.

De bezetting in het verpleeghuis was 95%.

Formatie en ziekteverzuim:

Ultimo 2018 waren er 112 werknemers in dienst. Hiervan werkten er 94 in de zorg, 13 in de ondersteunende diensten (facilitair/restaurant), 3 als activiteitenbegeleiding/joods welzijn en 2 in de staf.

Daarnaast worden 3 medewerkers in de paramedische dienst ingehuurd van een andere zorgorganisatie.

In het jaar 2018 zijn 2 vaste werknemers uit dienst gegaan naar een betrekking elders. Van 1 werknemer is eind 2018 duidelijk geworden dat hij begin 2019 zal uitstromen in de WIA. In de paragraaf kwaliteit staat de verdeling van het personeel naar kwalificatieniveau toegelicht.

In het jaar 2018 bedroeg het ziekteverzuim 9%. Het percentage is negatief beïnvloed door vier langdurig zieken (waarvan 1 begin 2019 uitgestroomd is in de WIA) en door een aantal langdurig zieken als gevolg van onder andere twee verkeersongevallen, en 2 ernstige lichamelijke zieken.

Het ziekteverzuim loopt al een aantal jaren op. Deels heeft dit te maken met het ouder worden van het personeel en de daarmee ontstane fysieke problemen.

Restaurant:

- Het restaurant zorgt voor een financieel tekort, maar is een absoluut noodzakelijke voorziening om de bewoners voor recreatieve activiteiten, maaltijden, informatiebijeenkomsten etc. afleiding te bieden en tevens in contact te brengen met mensen van buiten, terwijl de mensen van buiten naar binnen komen met dezelfde redenen. Deze instroom zorgt ook voor klantenbinding. In 2018 is de omzet licht gedaald, echter de drukte wel toegenomen, doordat er meer bewoners met een VPT zijn, voor wie de maaltijd inbegrepen is in het zorgarrangement. Verder zijn alle appartementen verhuurd, maar is het aantal bewoners afgenomen, doordat bij enkele appartementen een van de twee bewoners is overleden.

-

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Algemeen en Meerjarenbeleid

De visie en het meerjarenbeleidsplan geven de koers aan voor de komende jaren. De afgelopen jaren is het kabinetsbeleid niet stabiel geweest. Het mr. L.E. Visserhuis is tot op heden altijd in staat geweest om zich flexibel aan te passen aan de veranderingen. De in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg genoemde ontwikkelingen zijn in lijn met ons reeds geformuleerde beleid. Wij hopen dat de ingeslagen weg wordt vervolgd.

4.2. Financieel beleid

De koers die voor 2019 moet worden aangehouden:

- Een optimale bezetting van de appartementen.
- Ten minste 14 bewoners met VPT in de appartementen en /of aan de overkant van de straat, omdat VPT's zorgen voor een stabiele financiële situatie en de zorg hiervoor zeer efficiënt te leveren is vanuit de infrastructuur.
- Een optimale productie en honorering van overproductie door het zorgkantoor van de intramurale zorg gepaard met efficiënte operationele exploitatie moeten leiden tot een stabiele financiële situatie voor de komende jaren.
- Het Wlz-deel moet kostendekkend worden.
- De Zvw-zorg (thuiszorg) in de appartementen moet strak worden gemonitord en bij enig blijk van overproductie moet meteen met de desbetreffende zorgverzekeraar onderhandeld worden voor verruiming van budget.
- De Zvw cliënten die een zorgverzekeraar hebben met wie wij geen contract hebben, krijgen zelf de factuur en moeten deze declareren bij hun zorgverzekeraar. Afhankelijk van de verzekeraar en het soort polis (natura of restitutie) wordt deze nota geheel of gedeeltelijk aan de verzekerde vergoed. Wanneer verzekerden dit ingewikkeld vinden, kunnen ze per 1 januari van elk jaar overstappen naar een andere verzekeraar, met wie wij wel een contract hebben.
- De plannen van de overheid ten aanzien van het ouderenzorgbeleid moeten nauwlettend in de gaten gehouden worden en onmiddellijk op worden geageerd ten einde financiële problemen te voorkomen.

5. Medezeggenschap en klachten

5.1 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Het verpleeghuis beschikt over een goede, actieve cliëntenraad, die periodiek bij elkaar is gekomen. Alle woongroepen en de bewoners met VPT hebben een vertegenwoordiger in de cliëntenraad. De cliëntenraad heeft telkens met de bestuurder vergaderd. Het overleg heeft het afgelopen jaar zes keer plaats gevonden.

In alle vergaderingen zijn o.a. de volgende zaken aan de orde geweest

- Rapport Inspectie
- Traject Persoonsgerichte zorg
- De zorg
- De maaltijden
- Schoonmaak
- De veiligheid
- Communicatie
- Beleidsplan

5.2. Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen

Het mr. L.E. Visserhuis heeft een klachtenregeling en een apart BOPZ-klachtenreglement.

Deze regels staan expliciet in de informatiemap, die bewoners van het verpleeghuis bij binnenkomst ontvangen. Tevens wordt er via het huisblad aandacht aan geschonken en ook is er een klachtenfunctionaris, die laagdrempelig benaderd kan worden via haar emailadres maar ook via een klachtenformulier en via de website. Over het jaar 2017 is er géén officiële klacht ontvangen, Tevens behandelen wij “” ‘informele’ klachten ook serieus, daar wij op die wijze voortdurend aan verbetering van onze kwaliteit van zorg kunnen blijven werken. Wij ontvingen 2 informele klachten gedurende het jaar 2018. De klachtencommissie is gedurende het jaar niet bijeen geweest. Er heeft tweemaal overleg plaats gevonden tussen de bestuurder en de klachtenfunctionaris.

6. Personeelsbeleid

Het behoud van gekwalificeerd personeel vormt een grote uitdaging en daarom is het afgelopen jaar veel tijd geïnvesteerd in opleiding en bijscholing van medewerkers. Het op peil houden van voldoende gekwalificeerde medewerkers is voor de organisatie een structureel speerpunt.

Wij investeren in het opleiden van onze medewerkers. Met de uitbreiding met een extra verpleeggroep en de structurele inzet van meer (extra) personeel, heeft het Visserhuis in 2018 te maken gehad met een tekort aan personeel in de vakantieperiodes. Dit is incidenteel opgevuld met inhuurkrachten. Daarnaast hebben wij actief nieuw personeel geworven. Er zijn 7 personeelsleden uit dienst getreden. Er zijn 14 nieuwe personeelsleden in dienst getreden. In totaal volgen 8 medewerkers een opleiding om ze naar een hoger niveau van kwalificatie te brengen.

Interne audits zijn uitgevoerd zoals afgesproken en hieruit kwamen aandachtspunten, waar ook op is geageerd. Er wordt actief gemeld bij incidenten (zowel met gevolgen voor cliënten als voor medewerkers). We staan voor een cultuur waar we proberen foutloos te werken, maar

omdat het mensenwerk is, accepteren we ook dat er af en toe een fout gemaakt wordt. We melden deze fouten en leren ervan. Alleen dan blijven we continu verbeteren.

7. De Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad heeft vier maal met de bestuurder vergaderd en één maal met de Raad van Toezicht. De bestuurder constateert dat er een goede werkrelatie was tussen de OR en het managementteam.

8. Risicomanagement

De organisatie kent een tool om de risico's van de organisatie in kaart te brengen, gekoppeld aan kwaliteitskenmerken. De risico's zijn onze kritische succesfactoren wanneer wij 'in control' zijn en worden risico's, wanneer wij als organisatie niet 'in control' zijn. Dit instrument is de Balanced Score Card, dat tevens dient als middel om de Raad van Toezicht te informeren over de risico's van de organisatie. De opvallendste uitkomsten worden ook besproken in de afdelingsoverleggen. In 2018 bestonden de belangrijkste risico's uit ziekteverzuim en agressie van bewoners en verwanten. Op beide risico's zijn maatregelen getroffen (personeelsbeleid en cursus).

9. Kwaliteitsbeleid

Net als vorig jaar, blikken wij aan het einde van dit kalenderjaar weer terug op de belangrijkste onderdelen van ons kwaliteitsbeleid. Hoe hebben we in 2018 de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening geborgd en, waar nodig en mogelijk, verbeterd? Wij hebben het afgelopen jaar veel activiteiten ontplooid om deze doelen te bereiken. Wat was het resultaat van deze inspanningen? De begrippen 'compassie', 'uniek zijn', 'autonomie' en 'werken met zorgdoelen' uit het Kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 stonden ook bij ons in 2018 centraal. Soms gebruikten we hiervoor vanuit het verleden onze eigen kernwoorden, zoals 'eigen regie' en 'belevings- of persoonsgericht' maar de betekenis is in grote lijnen identiek. Alle zorg- en facilitaire medewerkers droegen hun steentje bij aan het kwaliteitsbeleid. Het was via de kwaliteitskringloop PDCA¹ zoveel mogelijk ingebed in de reguliere, dagelijkse werkzaamheden, teveel om hier allemaal opnieuw op te sommen. In het algemene gedeelte van het jaarverslag 2018 van het Visserhuis is dit al beschreven. De belangrijkste expliciete activiteiten om de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening te borgen en te verbeteren staan hieronder. De indeling is conform de indeling (acht peilers) van het Kwaliteitskader en van het Kwaliteitsplan dat we begin 2018 hadden vastgesteld.

- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning**

¹ **Plan- do- check – act**, d.w.z. afspreken wat je doet - doen wat je afspreekt - controleren of het goed gaat - ingrijpen als het fout gaat

- a. De zorg- en ondersteuning die wij bieden was - vanuit onze **belevingsgerichte visie en werkwijze** en met behulp van het digitale cliëntendossier PlanCare net als in voorgaande jaren optimaal persoonsgericht. M.b.v. regelmatige evaluaties, teambesprekingen en (opfris) trainingen hebben wij geborgd dat dit een leidend beginsel bleef in onze zorg- en dienstverlening. Naar aanleiding van enkele kritische opmerkingen van de IGJ die in het voorjaar bij ons op bezoek is geweest, hebben we in de loop van het verslagjaar extra aandacht geschonken aan de volgende onderwerpen: nog meer aandacht belevingsgerichte zorg, grotere nadruk op scholing en rapportage op zorgdoelen. Dit loopt door in 2019².
- b. **Cliëntenonderzoek:** Het CQ-systeem voor cliëntenraadpleging (enquêtes) is enkele jaren geleden afgeschaft. Het was teveel een momentopname. We werken nu alweer drie jaar met een landelijk systeem voor de zorgsector: Zorgkaart-NL. Daarbij wordt continu een beroep gedaan op bewoners en familie om positieve en negatieve ervaringen op internet te delen en cijfers te geven voor onze zorg- en dienstverlening. De respons in 2018 was 45 personen. Hun waardering, uitgedrukt in een schoolcijfer, was gemiddeld 8,4. Daar zijn we trots op. Ongeveer de helft van de respondenten kreeg bij het geven van een waardering hulp van de NPCF³. Die organisatie heeft op vertrouwelijke basis zelfstandig wonende bewoners van onze appartementen (Beth Residence) vertegenwoordigers van de bewoners van de woongroepen geïnterviewd. Die extra ondersteuning door de NPCF was erg nuttig, want het is voor deze generatie niet zo gemakkelijk en vanzelfsprekend om hun ervaringen op internet te beschrijven en verbeterpunten te noemen. Daarom zullen we volgend jaar de ondersteuning van de NPCF opnieuw regelen. De meeste respondenten gaven, al dan niet geholpen door de NPCF, op de website van Zorgkaart NL in een toelichting aan wat er volgens hen bij ons verbeterd kon worden. Dat werd samengevat en teruggekoppeld naar het management. De respondenten noemden o.a. de soms wat slordige communicatie met de familie en tussen medewerkers onderling, verder afspraken die met familie waren gemaakt en af en toe niet waren nagekomen en ook de volgens sommigen matige kwaliteit van de maaltijden in de woongroepen. Daarmee is het management aan de slag gegaan. We hebben een enkele keer gebruik gemaakt van de mogelijkheid om op vrijwillige basis via de redactie van ZorgkaartNL contact op te nemen met de anonieme respondenten. Daardoor konden we concreet achterhalen wat hun verbeterpunten behelsden. We gaan in 2019 onverminderd door met deze werkwijze en blijven ZorgkaartNL actief promoten in al onze (digitale) publicaties.

² Resultaatverslag n.a.v. inspectiebezoek IGJ

³ Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

- **Wonen en welzijn**

- Wij hebben veel energie gestoken in de kwaliteit van het **woon- en leefklimaat** van de bewoners van de woongroepen en de appartementen. Mede dankzij de extra middelen voor Waardigheid & trots uit 2017 en de extra middelen n.a.v. het Kwaliteitskader in 2018 konden wij het activiteitenprogramma (in het Grand Café en de woongroepen) en het vrijwilligerswerk verder versterken en een extra activiteitenbegeleider inzetten.
- Het Visserhuis streeft ernaar om de bewoners schoon en veilig te huisvesten en zo goed mogelijk te ondersteunen in hun (Joodse) zingeving en streeft ernaar een zinvolle dagbesteding te realiseren, afgestemd op hun unieke wensen en mogelijkheden. Dat doen we in nauwe samenwerking met familie en vrijwilligers.
- In het kader van presentiebenadering zijn wij in 2018 gestart met scholing Persoonsgerichte zorg bij de Stichting Presentie. In het mr. L.E. Visserhuis zijn zogenoemde ‘koplopers’ (10 zorgverleners met verschillende functies in huis) aangewezen voor dit professionaliserings-traject. Het betreft hier een traject waarin ontwikkeling en bewustwording centraal staan. De ‘koplopers’ zullen hun ervaringen delen met hun collega zorgverleners, als voorbeeld fungeren en hun collega zorgverleners inspireren tot persoonsgerichte zorg. Het belangrijkste uitgangspunt is dat medewerkers zich meer en meer bewust worden en kunnen uitleggen waarom ze in het zorgverlenen doen zoals zij doen. En daardoor in de dagelijkse praktijk de cliënt centraal stellen. De organisatie brede uitrol van de persoonsgerichte zorg staat gepland voor het eerste kwartaal van 2019. Ook volgt er, in het kader van persoonsgerichte zorg voor de leidinggevenden in de zorg en de bestuurder de scholing ‘leergang leidinggeven presentiegerichte zorg’ eveneens bij de stichting Presentie.
Dit alles omdat wooncomfort (huiselijkheid, geborgenheid, welbevinden) van onze bewoners is een belangrijk aandachtspunt is.

9.3 Veiligheid

- We hebben in 2017 en 2018 ons **digitale handboek MazzelTopics** verder verbeterd (leesbaar, volledig, vindbaar). Alle nieuwe medewerkers zijn geschoold in het gebruik (slim zoeken). De verpleegtechnische protocollen van Vilans (Kick) zijn m.b.v. een ‘webshare’ applicatie automatisch gekoppeld aan ons systeem. De bouw- en introductiefase van het digitale handboek is dus afgesloten. We zitten nu in de beheer- en onderhoudsfase. Het zal ongetwijfeld nog een tijd duren voordat we geheel digitaal werken. Maar met MazzelTopics is een belangrijke stap gezet in die richting. De medewerkers zijn er steeds meer aan gewend dat betrouwbare informatie over hun werk vrijwel uitsluitend in dit systeem is te vinden. Dat bevordert de veiligheid:

actuele informatie, minder misverstanden, state of the art. Andere informatie die medewerkers nodig hebben voor hun dagelijkse werk is opgeslagen in het elektronische zorgdossier (PlanCare, alle bewonergebonden informatie) en in het digitale systeem voor beheer, distributie en toedienen van geneesmiddelen (Medimo). We zijn momenteel aan het onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om deze systemen onderling te koppelen en transparant te maken en, waar nodig, verder te beveiligen tegen ongeoorloofd gebruik (AVG). Dat doen we in combinatie met een nieuwe versie van PlanCare, versie 2.0., die begin 2019 geïmplementeerd wordt.

- **Zorginhoudelijke indicatoren:** We hebben in het voor- en najaar weer tweemaal, net als in 2017, via incidentie- en prevalentie metingen 11 veel voorkomende zorgproblemen en indicatoren voor veiligheid in kaart gebracht. Er werd o.a. nagegaan hoeveel en hoe vaak in ons centrum sprake was van decubitus, val- en medicatie-incidenten, incontinentie, ondervoeding, polifarmacie, vrijheidsbeperking, psychofarmaca en symptomen die wijzen op depressie. Dat zijn indicatoren waarvan het Zorginstituut graag wil dat wij ze monitoren (landelijke uitvraag). Op die manier konden we leren en verbeteren m.b.v. objectieve gegevens (harde cijfers). Echter, landelijke normen (absolute waarden) voor deze indicatoren ontbreken. Daarom hanteren we onze eigen normen en volgen trends. Welke problemen nemen toe? Welke nemen af? Waarom? Waar? Wanneer? Het afgelopen jaar was dit bijvoorbeeld aanleiding om extra te focussen op het aantal VBM, het aantal bewoners met ondergewicht en het aantal bewoners met psychofarmaca. Daarover gingen we indringend in gesprek met onze specialist ouderengeneeskunde en met de apothekers, de psycholoog, de diëtist en natuurlijk de EVV-ers.
- In 2019 gaan wij ook het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames monitoren. Net als de andere thema's van basisveiligheid (medicatie veiligheid, decubituspreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen) worden de uitkomsten daarvan worden opgenomen in de Balanced Score Card en de monitor Zorgproblemen/ risico's. Uitkomsten van monitoring vermijdbare ziekenhuisopnames worden geëvalueerd in de commissie Kwaliteit met als doel te komen tot verbeteringen.

9.4 Leren en verbeteren van kwaliteit

- **Interne audits:** In 2018 hebben we weer goede ervaring opgedaan met onderlinge, collegiale toetsing op de werkvloer. Het uitvoeren van interne audits (organiseren, interviews afnemen, verslagen maken) was voor veel medewerkers naast hun reguliere werkzaamheden echter tamelijk belastend. Daarom hebben we tegenwoordig een selecte poule (speciaal opgeleide) interne auditors en enkele in- en externe deskundigen (kwaliteitsmedewerker, HCN, BOPZ-arts, hygiënist, collega's van Saffier). Dit systeem bevalt goed. Het doel van de interne audits was steeds om verbeterpunten op te sporen en effecten van eerdere verbeteracties te beoordelen,

uiteraard met een schuine blik op de onderwerpen die in het Visserhuis in het verslagjaar speerpunt van beleid waren. Onze interne auditors werkten met (doorgaans gestandaardiseerde) vragenlijsten en stuurden hun bevindingen aan het management. Dat was o.a. aanleiding om het systeem van interne mededelingen te verbeteren, extra klinische lessen te verzorgen over infectiepreventie, introductie van de SOEP-methode bij het rapporteren (subjectief, objectief, evaluatie, plan), een medicatieverantwoordelijke in de flat aan te wijzen en meer aandacht te geven in het correct naleven van joodse tradities en hoogtijdagen. We hebben n.a.v. de interne audits ook besloten om de inrichting van de nieuwe versie van PlanCare (digitaal zorgdossier) in overleg met Saffier⁴ sterk te vereenvoudigen. In het algemeen kunnen we stellen dat onze ervaringen met interne audits positief zijn. De medewerkers zijn eraan gewend dat hun werkzaamheden af en toe tegen het licht worden gehouden, niet om hun persoonlijk functioneren te beoordelen maar om zwakke punten op te sporen in onze bedrijfsprocessen. Het geeft het management houvast bij het monitoren van ingezette verbeteracties en bij het in kaart brengen van blinde vlekken.

- Ons **kwaliteitscertificaat** (NEN 15224) is weer voor een jaar verlengd. We zijn in het najaar van 2018 wederom bezocht (tussentijdse surveillance) door een team van Lloyds. De auditors concludeerden dat wij nog steeds in grote lijnen voldoen aan de normen voor het certificaat en dat wij over een goed functionerend kwaliteitssysteem beschikken. De minor nonconformities (NC's) die sinds hun vorige bezoek nog open stonden (onvoldoende medicatieveiligheid in de flat, te weinig rapporteren op zorgdoelen, geen aantoonbare databeveiliging door externe partijen) werden geschrapt, omdat Lloyds constateerde dat ze waren opgelost of omdat er voldoende aanwijzingen waren dat dit op korte termijn zou gebeuren. Er kwam echter één nieuwe minor NC bij. Lloyds was van mening dat wij onze leveranciersbeoordelingen onvoldoende hadden geborgd. Afgesproken is dat Lloyds in het najaar van 2019, tijdens de volgende volledige certificatie, zal controleren of die tekortkoming afdoende is opgelost. Daarmee zijn we meteen aan de slag gegaan. Het volgende bezoek van Lloyds zien wij dan ook met vertrouwen tegemoet.
- Eind 2017 zijn we conform het Kwaliteitskader enthousiast begonnen met het opzetten en gebruiken van **lerende netwerken**. Dit doen we op uitvoerend niveau (werkvloer) en op managementniveau met collega-organisaties uit Den Haag en omstreken. De ervaringen en resultaten van deze netwerken zullen in het volgende kwaliteitsverslag aan de orde komen.

9.5 Leiderschap, governance en management

- Het Visserhuis kende ook in 2018 enkele vaste **adviescommissies**. Deze adviseerden het management op basis van een protocol in MazzelTopics over welomschreven

⁴ PlanCare draait op de server van Saffier

beleidsterreinen. Het betreft: de commissie kwaliteit en BOPZ, de commissie hygiëne en infectiepreventie (CIP), de commissie incidenten cliëntenzorg (MIC), de geneesmiddelen commissie. Andere beleidsterreinen zoals interne audits, klachten, arbeidsomstandigheden (ARBO), veiligheid en milieu (VAM) en bedrijfsongevallen (MIM) werden vanwege de geringe omvang niet besproken in commissieverband, maar in direct overleg tussen bestuurder en medewerker kwaliteit. De vier genoemde commissies zijn in 2018 volgens planning drie- of viermaal bijeengekomen. Hun verslagen staan op intranet en zijn voor iedereen toegankelijk. De commissies bespraken o.a. nieuwe wet- en regelgeving en beoordeelden interne bedrijfsprocessen en kansen voor verbetering. Zo nodig gaven zij beleidsadviezen aan het MT. Die werden door de leidinggevendenden doorgaans overgenomen en omgezet in corrigerende en preventieve maatregelen, bijv. ondersteuning van medewerkers bij de omgang met agressie, extra aandacht voor het probleem van ‘vergeten’ in het werkproces, medicatiereviews en betere hygiënische opslag van hulpmiddelen. Dit kwam de kwaliteit en veiligheid van onze zorg- en dienstverlening aantoonbaar ten goede.

- **Kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 en jaarplan kwaliteit 2019:** Begin 2017 is door het Zorginstituut Nederland een nieuw Kwaliteitskader gepubliceerd. Het bevat oude en nieuwe richtlijnen en regels voor verpleeghuizen en heeft kracht van wet. De inspectie (IGJ) is erop gaan handhaven, zoals we in het voorjaar hebben kunnen constateren (zie hierboven). Samen met collega's (kwaliteitsmedewerkers en bestuurders) van andere zorgcentra is geïnventariseerd op welke wijze wij het beste aan de nieuwe eisen kunnen voldoen. Dit bracht aan het licht dat wij nog een flinke inhaalslag moeten maken. In een tussentijds resultaatverslag voor de IGJ hebben wij dit beschreven. Het zal in 2019 een vervolg krijgen. Het heeft er ook toe geleid dat we ons Kwaliteitsplan 2019 geheel hebben gestructureerd volgens de voorschriften van het Kwaliteitskader. Onze Raad van toezicht volgt dit nauwlettend.
- Een ander kwaliteitsinstrument dat in dit verslag moet worden genoemd, is de **Balanced Scorecard (BSC)**. Dit instrument bevat onze belangrijkste succes- en risicofactoren op het gebied van personeel, organisatie, financiën en zorg. Wij verzamelden elke drie maanden (bij benadering) actuele data over deze risicofactoren. Dankzij de BSC kon het management goed zien ‘hoe de vlag erbij staat’ en konden directie en hoofden, waar nodig, bijsturen. De normen zijn in de loop van het verslagjaar hier en daar nog iets aangescherpt en aangevuld, o.a. het percentage medewerkers dat aantoonbaar bevoegd en bekwaam is en een realistischer norm voor ziekteverzuim (4% was niet haalbaar). Maar in grote lijnen bleef het systeem ongewijzigd. We hebben besloten om volgend jaar wel enkele belangrijke wijzigingen door te voeren. We zullen een graadmeter opnemen voor de mate van persoonsgerichtheid in de zorg en een graadmeter voor de kwaliteit van de rapportage in PlanCare. In de loop van 2019 moet blijken of die graadmeters voldoende onderscheidend zijn. Behalve om bij te kunnen sturen, had de BSC nog een andere belangrijke functie. Dit instrument stelde de bestuurder in staat om aan de RvT in

vogelvlucht te laten zien wat de actuele stand van zaken in het centrum was (in control). Dat blijft een onmisbare functie.

- Aan het einde van 2018 is er door de bestuurder, net als ieder jaar de directiebeoordeling gemaakt. De directie beoordeling is een evaluatie instrument voor het afgelopen jaar.
- De Cliëntenraad was in 2018 samengesteld uit familie en vertegenwoordigers van cliënten. Daarvoor gekozen omdat het merendeel van de cliënten vanwege gezondheid niet in de gelegenheid is deel te nemen in de cliëntenraad. De cliëntenraad kwam 6 keer bijeen. Het overleg met de cliëntenraad vindt plaats onder leiding van de bestuurder en aan de hand van agendapunten en verslaglegging.

9.6 Personeelssamenstelling

- De **kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het personeelsbestand**, met name in de zorg, was net als in voorgaande jaren een voortdurend aandachtspunt. Wij zijn erin geslaagd om 80 procent van onze formatie in de directe zorg- en dienstverlening (primair proces) in te zetten. De administratieve functies en managementfuncties besloegen slechts 20 procent van de totale formatie. We zijn dus een “platte” organisatie. Ons streven was ook in 2018 om via rekrutering en opleiding zoveel mogelijk gediplomeerde medewerkers (vanaf niveau 3) in te kunnen zetten. Ook daarin zijn wij voor een groot deel geslaagd, hoewel dit beleid in 2019 met dubbele energie moet worden voortgezet.

Samenstelling personeelsbestand

WO	Bestuurder	1
	Specialist ouderenzorg	1
	Psycholoog (inhuur)	1
	Rabijn	2
	Vertrouwenspersoon (vrijwilliger)	1
Hbo – niveau 5	Verpleegkundigen	1
	Coördinator Welzijn	1
	Maatschappelijk werker	1
	Fysiotherapeut (inhuur)	1
	Diëtist (inhuur)	1
	Deskundige infectie preventie (inhuur)	1
Mbo – niveau 4	Hoofd Zorg	1
	Verpleegkundige/ ass hfd zorg	1
	Coördinator Welzijn	1
	Praktijkbegeleider	1
	Hoofd facilitaire dienst	1

	Koks	2
	Kwaliteitsfunctionaris	1
	Verpleegkundigen	2
	Verpleegkundigen in opleiding	3
	Administratieve dienst	1
	Stagiaire (niveau 4 in opleiding)	2
Mbo – niveau 3	Assistent hoofd zorg/ io niveau 4	1
	Activiteiten begeleider	1
	Vaste nachtdienst	1
	Woonzorg begeleider	16
	Stagiaire (niveau 3 in opleiding)	5
	Technische dienst	2
	Restauratieve dienst	7
Niveau 2	Vaste nachtdienst	3
	Woonondersteuner/ assistent	24
	Stagiaire (niveau 2 in opleiding)	1
Niveau 1	Huiskamer medewerker	32
	Keuken assistent	1
Vrijwilligers		75

Totaal 112 medewerkers in vaste dienst

Totaal 8 stagiaires (niet in dienst)

Totaal 75 vrijwilligers

- Het Visserhuis heeft halverwege het verslagjaar kenbaar gemaakt dat de organisatie in aanmerking wilde komen voor de **extra middelen** die i.v.m. het Kwaliteitskader beschikbaar zijn gekomen in de ouderenzorg. Deze middelen zullen vanaf volgend jaar worden ingezet voor meer activiteitenbegeleiding, een extra bezetting tussen 16.00 en 20.00 uur. De ‘extra’ bezetting wordt ingezet in de zogenoemde A2 dienst; dat is een avonddienst van 14.00 – 21.00 uur. Die A2 dienst is aangesteld ter ondersteuning op de woongroepen, ten behoeve van dagelijkse activiteiten zoals de kracht lezen, wandelen, boodschappen, spelletjes etc.
- Kwaliteit kan niet zonder een regelmatige **raadpleging van medewerkers en vrijwilligers**. In het verslagjaar is door Effectory het tweejaarlijks medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De uitkomsten van het medewerkers tevredenheid onderzoek zijn verzameld en uitgewerkt. De uitkomsten zijn overgedragen aan de bestuurder en de hoofden van dienst. In 2019 worden de verbeterpunten verder opgepakt.

9.7 Gebruik van hulpbronnen

- In het mr. Visserhuis is in 2018 zonwering in de serre en aan de glaszijde op het zuiden aangebracht. Dat is gebeurd vanwege de ARBO en n.a.v. het

medewerkerstevredenheid onderzoek dat in 2017 is gedaan. Verder is er aan het gebouw en in de directe omgeving in 2018 niets veranderd.

- Voor wat betreft technologische hulpbronnen als ict, domotica, wearables, telemonitoring en e-health is er in 2018 niets veranderd. Het mr. Visserhuis werkt nog niet met e-health.
- Onderhoud aan middelen en materialen is als ieder jaar uitgevoerd door de leveranciers. Denk hierbij aan bedden, tilliften en zusteroproepsysteem bijvoorbeeld. En in de zorg is het hulpmiddel voor het aantrekken van steunkousen geïntroduceerd (Doff n Donner).
- De receptie/ balie heeft een kleine verbouwing ondergaan om de receptie een minder formele uitstraling te geven. We hopen dat bewoners en bezoekers zich zo meer welkom voelen.
- Over het financiële resultaat wordt maandelijks door de bestuurder gerapporteerd. En per kwartaal vindt een controle (AO/DC) plaats op de op de geleverde productie.
- In 2018 is Pharmabition gefuseerd met Talent-Care. De samenwerking met de apothekers verloopt nu dus via Talent-Care.
De samenwerking met de apotheek De Volharding is geëvalueerd. En naar aanleiding van leveringsproblemen is aan het eind van 2018 besloten om in 2019 de samenwerking te beëindigen. Een nieuwe apotheek is gevonden. En in het voorjaar van 2019 gaat het mr. Visserhuis dus over op een andere apotheek. Er is rekening gehouden met het opzegtermijn van 3 maanden.
Het mr. Visserhuis heeft een samenwerking met andere verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio. De samenwerking betreft het project Lerend samenwerken. Met dat project willen de vier verpleeg- en verzorgingshuizen samenwerken met als doel kennis delen en samen werken aan veiligheid.

9.8 Gebruik van informatie

- **Verzamelen en delen van informatie.**

Clïënttevredenheid werd gemonitord aan de hand van Zorgkaart NL. De reviews zijn in kaart gebracht. In het mr. Visserhuis zijn klachten gemeld via de ideeënbuss maar ook rechtstreeks gemeld aan de bestuurder of het hoofd zorg. Alle klachten werden geregistreerd, besproken en teruggekoppeld.

En zoals eerder vermeld heeft er in 2018 het medewerkerstevredenheid onderzoek plaatsgevonden. Zie daarvoor ook punt 6c.

- **Corrigerende en preventieve maatregelen (CPM):** Alle kwaliteitsgegevens (klachten, zorgproblemen, afwijkingen, tekortkomingen, verbeterpunten, etc.) die

dankzij bovengenoemde instrumenten bij directie en hoofden (MT) in beeld kwamen, werden viermaal per jaar besproken en beoordeeld op urgentie. Probleem was dat we net als vorig jaar meer verbeterpunten verzamelden dan we redelijkerwijs aankonden. In 2016 is daarom op advies van Lloyds een methode geïntroduceerd om alle verbeterpunten te wegen. Dit gaat impliciet. Alleen problemen die grote nadelige gevolgen (risico's) hebben voor de bewoners, de medewerkers of de organisatie als geheel en problemen die dikwijls voorkomen, kregen een hoge urgentie en werden op de CPM-lijst gezet. Ook dit gaat impliciet. Verder werkten we op dezelfde wijze als vorig jaar. Er werden probleemeigenaars benoemd en genoteerd, er werden SMART-afspraken gemaakt over de te nemen acties en de eigenaars werden door de bestuurder aangesproken op de voortgang.

- **Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen**

Een automatiseringsslag wordt gemaakt met een nieuwe versie van het cliëntendossier, Plancare versie 2 welke in het eerste kwartaal van 2019 uitgerold en geïmplementeerd wordt. Al in 2018 zijn wij begonnen met de voorbereidingen die nodig zijn voor de implementatie van de nieuwe versie; ordenen van de patiëntendossiers, projectgroep, plan van aanpak verbeterpunten. Dit alles met het doel om beter op doelen te kunnen rapporteren. En daarmee meer methodisch te kunnen werken.

Een volgende **automatiseringsslag** kan gemaakt worden met inzage voor familie en/ of vertegenwoordiger in het **elektronisch cliëntendossier**. Dat staat gepland na een succesvolle implementatie van PlanCare2.

Monitoring en sturing van de organisatie vindt plaats aan de hand van de Balanced Score Card, de monitor zorgproblemen/ risico's en de monitor Corrigerende preventie maatregelen. Maar ook de Geneesmiddelen cie, de cie Meldingen incidenten en de cie Kwaliteit zijn hiervoor van belang. Evenals de overleggen tussen de bestuurder en administratieve dienstverlening (financiën, verzuim, verzekeraars en zorgkantoor).

10. De joodse identiteit

Onze joodse identiteit is en blijft ons bestaansrecht en om deze hoog in het vaandel te kunnen blijven houden, is zelfstandigheid een absolute “”must”.

In praktische uitwerking is onze identiteit zichtbaar zodra je het woon- zorg centrum binnen komt. Er staan joodse voorwerpen als een menorah, en er zijn afbeeldingen die verwijzen naar het Oude Testament. De shabbat en de joodse feestdagen worden (uitbundig) gevierd.

Bewoners eten of kosher style (d.w.z. geen ongeoorloofde diersoorten en geen melk en vlees in een gerecht samen) of kosher. Het koshere eten wordt bij een leverancier uit de regio Amsterdam betrokken.

Een trouwe groep vrijwilligers ondersteunt om shabbat en de joodse feestdagen te kunnen vieren. In 2018 is er elke week een viering van de shabbat geweest, is Poeriem gevierd met een playback show, er heeft een seideravond plaats gevonden op Pesach, Rosh Hashana kende een nieuwjaarsbuffet, er is gezamenlijk aangebeten na Jom Kippoer, en elke avond zijn met Chanoeka de kaarsen feestelijk aangestoken (met muziek) en heeft er een feestelijke avond plaatsgevonden.

11. Uitdagingen die blijven

De komende jaren zullen komen er uitdagingen op financiële- en andere terreinen op ons af.

- Tekorten op de arbeidsmarkt, waarbij de inzet van dure inhuurkrachten nodig zal zijn
- In 2018 100% doorvoering NHC-component
- Uiteindelijk verlies van de joodse opslag
- Wegvallen subsidie zorginfrastructuur
- Verzwaring intramurale zorg die leidt tot intensievere zorg; daarom is beter/hoger geschoold personeel nodig, dat ook structureel moet worden bijgeschoold.

Het mr. L.E. Visser sluit het boekjaar 2018 niet alleen af met een positief financieel resultaat, maar ook inhoudelijk is er in 2018 veel bereikt. Dit is alleen mogelijk geweest door de inzet en het enthousiasme van onze medewerkers. Wij hebben het volste vertrouwen dat zij ook de komende jaren zullen meebouwen aan een gezonde toekomst van ons zorgcentrum.