



Stichting De Keerderberg

Kwaliteitsverslag 2017

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
Wonen en welzijn	8
Veiligheid	11
- Medicatieveiligheid	11
- Decubituspreventie	11
- Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen	12
- Overzicht registraties 2017	12
- Preventie van acute ziekenhuisopnamen	12
- Inbraakpreventie	13
- RI&E	13
Leren en werken aan kwaliteit	14
1. Kwaliteitsmanagementsysteem	14
2. Kwaliteitsplan	15
3. Kwaliteitsverslag	15
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners	15
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk	16
Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)	17
Randvoorwaarden	19
Leiderschap, governance en management	19
Gebruik van hulpbronnen	19
Gebruik van informatie	21

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsverslag van Stichting De Keerderberg. In het kwaliteitsverslag wordt de manier waarop de organisatie en de medewerkers, op een lerende wijze zorgdragen voor optimale zorg en verzorging voor de cliënten bekend gemaakt. 2018 is het eerste jaar dat De Keerderberg een kwaliteitsverslag uitbrengt dat is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan. Andere jaren heeft De Keerderberg een Maatschappelijkverslag gedeponneerd.

Het kwaliteitsverslag is verankerd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit kwaliteitskader is opgenomen in het register van het Zorginstituut en vormt daarmee de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het hoofddoel van de verpleeghuiszorg is om een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van het leven van de cliënt. Voor de hele sector en alle betrokken partijen beschrijft dit kader wat cliënt en naasten mogen verwachten van de zorg. Het is de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven.

De Keerderberg is een kleine zorgorganisatie welke sinds begin 2017 een nieuw gebouw heeft betrokken. Hierdoor is een basis ontstaan voor de toekomst. De kleinschaligheid waarin de zorg wordt verleend heeft voordelen maar ook bedreigingen. De kleinschalige organisatie heeft ertoe geleid dat wij meer personele kosten maken door meer handen aan het bed (in vergelijking NZA-normering) en zal moeten leiden tot een grotere betrokkenheid van de medewerker bij de cliënt. Kleinschaligheid betekent echter ook dat uitval van medewerkers door ziekte of vertrek lastiger is op te vangen en er vanuit de organisatie een groter beroep gedaan wordt op de medewerkers.

Als men naar de ontwikkelingen van de zorg van de afgelopen tien jaar kijkt kan men constateren dat beleid maken binnen de intra- en extramurale zorg voor veel organisaties lastig is geweest. De Keerderberg heeft in kwaliteit van zorg en in financiële resultaten de afgelopen jaren goed gescoord. Ondanks dat het politieke klimaat onzeker blijft kan gesteld worden dat uitbreiding van inkomsten voor de Keerderberg een mogelijkheid is om als zelfstandige organisatie te blijven bestaan. Hierom zal gekeken moeten worden om de dienstverlening intra- en extramuraal uit te breiden. Daar wij een organisatie zijn die intra- en extramuraal zorg levert spreken wij in dit verslag over cliënten ondanks dat wij voor onze intramurale zorgverlening het liefst over bewoners zouden spreken.

Inleiding

De Keerderberg (voorheen Stichting Bejaardenzorg De Keerderberg) is in 1975 als kloosterverzorgingshuis opgericht door de SMA (sociëteit voor Afrikaanse Missiën) met als doel zorg te dragen voor de missionarissen welke terugkwamen uit de Missie en welke zorg behoeften.

Ruim veertig jaar later bestaat De Keerderberg nog steeds als zelfstandig woonzorgcomplex. Daar waar in beginsel veel lichte zorg bij haar cliënten aanwezig was is De Keerderberg nu een organisatie waarin cliënten verblijven met verpleeghuiszorg. Binnen De Keerderberg verblijven WLZ (Wet Langdurige Zorg) geïndiceerde cliënten met een ZZP-indicatie 2 t/m 7 of hoger. De cliënten binnen De Keerderberg hebben allen een indicatie exclusief behandeling. De zorg en ondersteuning wordt geboden aan cliënten met een PG- en een somatische grondslag. Daarnaast biedt De Keerderberg extramurale zorg, zowel verpleging en verzorging vanuit de ZVW (ZorgVerzekeringsWet) en WLZ als hulp bij het huishouden WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

Stichting De Keerderberg exploiteert een kleinschalig woonzorgcentrum (WZC) dat haar oorsprong heeft in het kloosterbejaardenoord van de SMA en heeft een katholieke signatuur. Het klooster van de paters SMA ligt aanpalend aan het WZC. Het WZC levert diensten aan de SMA en beiden maken over en weer gebruik van elkaars faciliteiten. Het gedachtegoed van de SMA leeft voort in de missie en visie van De Keerderberg.

Met dit kwaliteitsverslag (opgesteld vanuit de acht hoofdstukken van het kwaliteitskader) legt De Keerderberg verantwoording af over de zorg en dienstverlening aan de cliënt, hun naasten en de maatschappij over wat zij mogen verwachten en op welke manier er vorm wordt gegeven aan het verbeteren van kwaliteit en het versterken van het lerend vermogen van de organisatie. Met als resultaat dat de geboden zorg ondersteunend is aan de kwaliteit van leven die de cliënt nastreeft.

In het kwaliteitskader wordt eveneens uitgegaan van het belang van transparantie. Voor het lokale leer- en verbeterproces is het belangrijk dat de relevante informatie in alle openheid beschikbaar is voor de betrokkenen. Voor keuze-informatie en externe verantwoording is openbaarheid van het kwaliteitsverslag en vergelijkbaarheid van informatie vereist. Daarom wordt dit kwaliteitsverslag gepubliceerd op de Openbare Database van het Zorginstituut Nederland.

In maart 2017 heeft de organisatie haar nieuwbouw betrokken. Deze verhuizing betekende voor cliënten een grote verandering. Er is gestart met een begeleidingsafdeling en ook de somatische cliënten hebben in groepen van negen de beschikking gekregen over een eigen afdeling. Daarnaast hebben de paters SMA, welke tot dan toe gemeenschappelijk woonden en leefden met de cliënten van het WZC, hun intrek genomen in een eigen gebouw. Daarnaast was de verhuizing de start van een nieuwe werkwijze voor de medewerkers.

In de eerste maanden na de verhuizing is gebleken dat de inregeling van werkprocessen veel tijd en energie vergden. Dit heeft ertoe geleid dat er een aanpassing in de oorspronkelijke personele structuur is door gevoerd.

Zorgvisie en kernwaarden:

Het uitgangspunt in de zorgvisie van Stichting De Keerderberg, is het op een respectvolle en verantwoordelijke wijze leveren van diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan de cliënten van het WZC en cliënten welke thuiszorg ontvangen. De diensten worden geleverd met de waarden gelijkwaardigheid, eenvoud en geduld. Hiermee willen wij komen tot een kwalitatief hoge zorgverlening waarbij zinvolheid en plezier in het wonen en leven voorop staan.

Visie op zorg aan mensen:

De zorgvisie van de Keerderberg geldt voor alle cliënten zowel met een somatische als psychogeriatrische grondslag en haar thuiszorg cliënten. Wij gaan uit dat ieder mens uniek is en dit vraagt om op het individu toegesneden zorg. Een betekenisvolle omgeving en een juiste benadering door de medewerkers zijn nodig om de persoon in staat te stellen maximaal zelfstandig (autonoom) te functioneren en zich fysiek, sociaal (in relatie tot anderen) en psychologisch (ten aanzien van het zelfbeeld) staande te houden. Concreet betekent dit het scheppen van overzicht, veiligheid, vrijheid, begrip van ervaring van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening, oprechte communicatie en begeleiding in het ziekteproces, en het voorzien in de basale behoeften. Voor alle cliënten van ons WZC geldt dat de zorg op een professionele wijze gestalte krijgt door een methodische en multidisciplinaire aanpak.

Specifiek voor mensen met dementie geldt;

Mensen met dementie zijn in de eerste plaats mensen met dementie, met dezelfde ervaringsgebieden en basisbehoeften als ieder ander. Als gevolg van cognitieve en geheugendefecten en de psychologische gevolgen hiervan verdwijnen echter de continuïteit van en de grip op hun leven. Dit heeft grote gevolgen voor de persoon met dementie zelf, maar ook voor de familie en voor alle andere betrokkenen. Specifiek voor cliënten en thuiszorgcliënten met een vorm van dementie is het meer frequent voorkomen van onbegrepen gedrag. Door het cyclisch multidisciplinair analyseren van dit gedrag en door het uitvoeren (en monitoren) van interventies wordt ernaar gestreefd om nadelige effecten van het gedrag voor kwaliteit van leven te voorkomen of te verminderen. Hierbij heeft het inzetten van psychosociale interventies voorkeur boven het gebruik van psychofarmaca.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening met als doel om uiteindelijk de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt zo optimaal mogelijk te laten zijn. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt van organisaties betrokkenheid en deskundigheid om zorgverleners te ondersteunen bij het verstaan van de cliënt. Hiertoe heeft de zorgverlener een stimulerende en veilige werkomgeving nodig in de zorgorganisatie waarin hij werkt, en tijd om dit uit te voeren.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheidt vier thema's als het gaat om kwaliteit van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, te weten:

1. Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt;
3. Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;
4. Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgestelde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.

Uitkomsten op de plannen en acties (beschreven in het kwaliteitsplan)

Cliënttevredenheidsonderzoek

Eind 2017 werd een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door firma DeBok dat deze onderzoeken in het verleden ook heeft gedaan. Dit onderzoek is het eerste cliënttevredenheidsonderzoek na de verhuizing van De Keerderberg naar de nieuwbouw. Wij hopen middels dit onderzoek inzicht te krijgen hoe de verhuizing en implementatie van de nieuwe functies en werkprocessen is verlopen. Het onderzoek is gedaan als zogenaamde nulmeting. Het onderzoek heeft plaatsgevonden ongeveer een half jaar na de verhuizing. De organisatie heeft in de eerste maanden na de verhuizing op reacties van cliënten en medewerkers nog een structuurwijziging doorgemaakt. Voor de aansturing van de teams is in juni een zorgmanager aangesteld, voor de bereiding van de maaltijden is in september een kok aangenomen en voor de schoonmaak is in juli een extern bedrijf ingeschakeld.

Ondanks bovengenoemde structuurwijziging welke voortkwam uit signalen dat werkzaamheden beter zouden kunnen is toch besloten een cliënttevredenheidsonderzoek te laten plaatsvinden. Dit onafhankelijk cliënttevredenheidsonderzoek is gehouden voor de drie groepen (somatische-, begeleidings- en thuiszorggroep) van cliënten van De Keerderberg.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er verbeteringen kunnen plaatsvinden. Deze verbeteringen hebben betrekking op;

- Voeding
- Schoonmaak
- Aanwezigheid/zichtbaarheid van personeel

Een aantal van deze punten zijn voor het onderzoek opgepakt en cliënten merkten bij het onderzoek op dat voeding het merkbaar was dat eraan gewerkt werd. Naar aanleiding van het onderzoek heeft de leidinggevende en het MT acties in het verbeterplan opgenomen zodat er structureel (pdca-cyclus) aan deze punten gewerkt wordt.

Het cliënttevredenheidsonderzoek is met de cliëntenraad, OR en RVT besproken in de vergaderingen van de RvB met genoemde raden.

Processen

'Vanaf 1-7-2017 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over

handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.'

'Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan gelegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).'

Aan deze eis is d.m.v. aanpassing van het protocol zorgplan tegemoetgekomen. Alle andere procedures (protocollen en huisregels) worden via de cyclus geëvalueerd door medewerkers (in het werkoverleg) en MT waarna deze weer worden vastgesteld. Alle actuele protocollen staan om de laptops welke voor medewerkers ter beschikking staan.

Klachtenprocedure

Ieder jaar wordt er een klachtenrapportage uitgebracht. In 2017 is de nieuwe klachtenregeling ingegaan. In een bijeenkomst met cliënten en contactpersonen is deze besproken en heeft de klachtenfunctionaris zich voorgesteld.

In 2017 zijn er geen klachten bij de klachtenfunctionaris binnen gekomen. E.e.a. kan te maken hebben met de kleinschaligheid waardoor opmerkingen direct bij de leidinggevende worden kenbaar gemaakt en/of de halfjaarlijkse evaluatiegesprekken tussen cliënt/contactpersoon en contactverzorgende waarbij er navraag wordt gedaan naar ongenoegens.

Medicatieveiligheid

Na de verhuizing bleek dat een aantal MIC-meldingen (melding incident cliënten) m.b.t. medicatie aandacht behoefde. Er is toen besloten om het medicatieprotocol tussentijds te evalueren en aan te passen aan de nieuwe werkwijzen en gebouwelijke structuur.

Informatieavonden

Naast de maandelijkse bijeenkomsten van de bestuurder met cliënten en medewerkers is in navolging van de overlegsituatie met cliënten en contactpersonen welke in de oudbouw 2maal per jaar plaatsvond, ook in 2017 een cliënten/familiebijeenkomst geweest. Bij deze avond waren naast de cliënten en contactpersonen ook de cliëntenraad, RvT en klachtenfunctionaris uitgenodigd. De informatieavond wordt eenmaal per jaar georganiseerd en op aangeven van cliënten/contactpersonen en/of medewerkers kan dit vaker gebeuren.

De onderwerpen zijn dus afhankelijk van de actualiteit. Het doel van deze informatieavonden is dat cliënten/contactpersonen, familieleden en medewerkers meer inzicht krijgen in zaken welke binnen de organisatie of het veld van de zorg spelen.

Reanimatie en levenseinde wensen

Tijdens het opnamegesprek zijn de wensen met betrekking tot het levenseinde/reanimatie onderwerp van het gesprek. Dit gesprek vindt plaats met de cliënt, de familie en de EVV-er. Afspraken die hieruit voortvloeien worden vastgelegd in het zorgleefplan. Tijdens de cliëntenbespreking, en indien nodig vaker, worden deze afspraken geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Door het vooropnamegesprek en door de cliëntenbrochure is de cliënt ervan op de hoogte dat De Keerderberg niet meewerkt aan actieve vormen van levensbeëindiging.

Wonen en welzijn

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop de zorgverleners en zorgorganisaties in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naaste(n), en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de cliënt een rol maar is de woon- en leefomgeving, waarin de cliënt die verpleeghuiszorg ontvangt eveneens van groot belang voor zijn kwaliteit van leven.

In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vijf thema's onderscheiden:

1. Zingeving
2. Zinnvolle tijdsbesteding
3. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers
5. Wooncomfort

In maart 2017 heeft de Keerderberg zijn nieuwbouw betrokken. Cliënten zijn van hun appartementen welke 32-37m² groot waren verhuisd naar appartementen van 40m². De loopafstanden tussen de voorzieningen zijn ook aanzienlijk kleiner geworden. De cliënten met een begeleidingsvraag hebben een zit-slaapkamer (20m²) en een grote huiskamer gekregen. Naast hun nieuwe woonruimte hebben de cliënten ook te maken gekregen met een nieuwe organisatiestructuur. De medewerkers zijn in nieuwe teams gaan werken, oude functies zijn te komen vervallen en medewerkers zijn in nieuwe functies begonnen. Een groot aantal zaken behoefde afstemming. Naast klimaatbeheersing waren ook de maaltijdbereiding en schoonmaak items waar veel energie ingestoken moest worden. Deze onderwerpen zien wij ook terug in het cliënttevredenheidsonderzoek.

Uitkomsten op de plannen en acties (beschreven in het kwaliteitsplan)

Intern cliëntwaarderingsonderzoek. Eind 2017 is er een intern cliënttevredenheidsonderzoek gehouden binnen De Keerderberg. In dit onderzoek is er o.a. ook gevraagd naar de ervaringen van cliënten op het gebied van onder andere:

- o Ervaring omtrent de zorgverlening
- o Ervaring met maaltijden
- o Huishouding

Vanuit de 10%-norm bij de vragen komen de volgende zaken naar voren:

- aandacht voor de maaltijden
- aandacht voor 'haastig' te werk gaan van personeel.
- aandacht voor het mentale welbevinden van de cliënt.
- bekijk of informatie over wat het huis voor de cliënt kan doen duidelijk genoeg is,
- aandacht dat er genoeg activiteiten worden georganiseerd.

De uitkomsten zijn in 2018 in de rapportage aangeleverd en genoteerd in het verbeterplan en worden via de PDCA-cyclus ingepland in 2018 in het verbeterplan.

De maaltijdproblematiek is al eind 2017 opgepakt. Er is een extern bureau ingeschakeld welke vanaf oktober de werkprocessen beoordeelt en medewerkers begeleidt. Tevens is een kok aangenomen en is er een menucommissie ingesteld (voorheen maakte de maaltijdbeoordeling deel uit van de onderwerpen die in de cliëntenraad werden besproken).

De cliënten, contactpersonen en cliëntenraad zijn meer tevreden over de maaltijden door middel van de inzet van bovengenoemde maatregelen. De zorgmanager heeft de cliënten en naaste(n) op de hoogte gehouden van de vorderingen en genomen maatregelen op de verbeterpunten uit het extern cliënttevredenheidsonderzoek door middel van de maandelijkse bijeenkomsten.

In 2016 heeft de cliëntenraad een nieuw reglement opgesteld. Dit reglement, dat getoetst werd aan de WMCZ bracht een aantal veranderingen voor de samenstelling van de cliëntenraad met zich mee. In 2017 is de cliëntenraad verder gegaan met groot aantal nieuwe leden welke uit de kiesgroepen kwamen van de nieuwe organisatiestructuur. 1x per zes/acht weken overlegt de cliëntenraad met de bestuurder en zorgmanager. Er wordt gesproken over actuele thema's. De notulen worden met ondersteuning van de organisatie gemaakt en verspreid onder de leden van de cliëntenraad. De cliëntenraad is verantwoordelijk voor de terugkoppeling naar de achterban.

Zingeving

De zorgverleners en geestelijke verzorgers hebben aandacht voor de specifieke levensvragen van de cliënt. Door de nauwe relatie met de SMA en de dagstructuur die wij delen met hen wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld persoonlijk contact voor levensvragen met een geestelijke te bespreken.

Zinvolle tijdsbesteding

Binnen het WZC kan een cliënt deelnemen aan verschillende activiteiten, waarbij er o.a. aandacht is voor bewegen en naar buiten gaan. Eenmaal per week vindt een bewegingsactiviteit met een bewegingsdeskundige plaats. Hierbij kan er ondersteuning geboden worden door vrijwilligers. In de cliëntengesprekken wordt samen met de cliënt of diens vertegenwoordiger afgesproken waar behoefte aan is. Samen met familie en vrijwilligers wordt hier invulling aangegeven. Familie en verwanten wordt gevraagd om informatie over de hobby's en liefhebberijen van de cliënten. Hierdoor worden activiteiten specifiek aangeboden. Dagelijks worden er activiteiten aangeboden in de gezamenlijke ruimten waar eenieder gebruik van kan/mag maken. Dit zijn activiteiten als geheugentraining, creatieve activiteiten, uitstapjes, spelletjes etc. Daarnaast organiseert de activiteitenbegeleidster ook regelmatig externe uitstapjes. De invloed van het kloosterleven brengt met zich mee dat dagelijks de Heilige Mis gezamenlijk kan worden gevierd en dat er stiltemomenten zijn. Bij de verdere implementatie van het elektronisch cliënten/patiënten dossier (ECD/EPD) dit jaar (2018) zal er expliciet aandacht worden besteed aan de rapportage m.b.t. de welzijnscomponent en de dagbesteding.

Schoon en verzorgd lichaam en kleding.

De cliënt wordt verzorgd op basis van de geïndiceerde zorg en persoonlijke behoefte van zijn/haar gewoontes. De afspraken worden in het ECD vastgelegd door de EVV-er. Een EVV-er (eerstverantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige) heeft minimaal het niveau 3 IG. De naam van de EVV-er is vastgelegd in het ECD en bekend bij cliënt en familie. De cliënt krijgt naar eigen wens en behoefte of in overleg met naaste(n) persoonlijke verzorging. Ook deze wensen zal de EVV-er in het ECD vastleggen.

De Keerderberg geeft de cliënt de mogelijkheid om gebruik te maken van een externe voorziening voor de persoonlijke was.

Familie participatie en inzet vrijwilligers

Naaste(n) en betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt krijgen de ruimte om in de zorg te participeren.

In 2017 zagen wij dat het moeilijk is mantelzorgers te betrekken bij bijvoorbeeld het opstellen van levensboeken. Medewerkers worden in 2018 getraind in de methodiek Familiezorg. Deze methodiek richt zich op het ondersteunen van de cliënten en hun mantelzorgers, waarbij het met aandacht en

actief luisteren en de juiste vragen stellen centraal staat. Dit sluit aan bij onze doelstelling van het versterken van de eigen regie van de cliënt en zijn netwerk.

Wooncomfort.

De cliënten op de afdelingen hebben een appartement, waarin de organisatie vloerbedekking, gordijnen en een hooglaag bed verstrekt. Het is mogelijk een eigen matras mee te nemen. Verder is de cliënt vrij de ruimte naar eigen smaak in te richten. Voor de cliënten op de etages komt hier nog bij dat zij de beschikking hebben over een eigen een pantry, ijskast. Wekelijks worden de appartementen schoongemaakt. Daar waar dit noodzakelijk is vaker.

Client gerelateerde gegevens 2017 Intramuraal/extramuraal

Doelgroep intramuraal	Leeftijd	Aantal
Somatisch	60- 69 jarig	
	70- 79 jarig	1
	80- 89 jarig	9
	90-100 jarige	8
Begeleiding	60- 69 jarig	
	70- 79 jarig	1
	80- 89 jarig	5
	90-100 jarige	4

Mic meldingen intramuraal	Gegevens vanaf april beschikbaar	
Medicatie	Valincidenten	Overig
21	38	2

Opname intramuraal	Overleden	Uit zorg
14	12	2
In zorg extramuraal		
73		70

ZZP intramuraal	Januari 2017 (29)	December 2017 (28)
2	1	1
3	2	2
4	11	10
5	7	6
6	8	9

Veiligheid

Werken aan zorginhoudelijke kwaliteit gaat uit van professionele standaarden en richtlijnen. Voor veiligheid betekent dit dat zorgorganisaties en zorgverleners vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomen en leren van veiligheidsincidenten.

Streven naar optimale veiligheid moet een hoge prioriteit hebben, maar moet wel gezien worden in balans met andere belangrijke waarden in de verpleeghuiszorg. Daarbij zullen vragen beantwoord moeten worden over de spanning die kan ontstaan tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Net als voor andere inhoudelijke onderwerpen, zijn voor basisveiligheid landelijke professionele standaarden leidend bij het maken van lokale afspraken en protocollen. De afspraken die hieruit voortkomen worden in ieder geval in het kwaliteitsplan van de zorgorganisatie vastgelegd.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vier relevante thema's rondom basisveiligheid benoemd:

1. Medicatieveiligheid
2. Decubituspreventie
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen

De Keerderberg heeft een vijfde item dat de afgelopen jaren speelde bij cliënten en medewerker; inbraakpreventie

Medicatieveiligheid

In 2017 zijn er in totaal 21 medicatie-incidenten gemeld. De MIC-commissie heeft uitgezocht waar deze meldingen betrekking op hadden. De medicatie incidenten speelde vooral in de eerste maanden na de verhuizing. Het volgende beleid heeft De Keerderberg daarop gevoerd:

- aanpassing van het protocol aan de nieuwe gebouwelijke situatie;
- medicatieveiligheid werd in werkoverleg structureel besproken;

Binnen De Keerderberg zijn de veilige principes van de medicatieketen geïmplementeerd. Er wordt halfjaarlijks per cliënt een medicatie-evaluatie uitgevoerd. Zoals aangegeven worden medicatie-incidenten via een MIC gemeld en op cliënt – en/of organisatieniveau worden deze geregistreerd en worden verbetermaatregelen ingezet. Hiernaast worden Anti-psychotica gebruik en Antibiotica gebruik: naar aard en omvang gemonitord en besproken in artsensite en MDO per cliënt

Decubituspreventie

Decubituspreventie is het regelmatig monitoren van huid (letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentie. Tijdens ADL-momenten wordt er altijd zorgvuldig geobserveerd, met name bij bedlegerige cliënten en cliënten in de rolstoel.

Wanneer er een verhoogd risico wordt geconstateerd in de voedingstoestand, mondzorg en/of incontinentie, dan leidt dit tot een aanpassing van of een nieuw gesteld zorgdoel in het zorgleefplan. De Keerderberg monitort de cijfers ten aanzien van cliënten die decubitus hadden in 2017. Alle handeling t.a.v. de decubitus waren preventieve handelingen

Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen

Het beleid van De Keerderberg is gericht op het voorkomen van vrijheidsbeperkende afspraken. Vrijheidsbeperking is ongewenst, maar in sommige gevallen niet te vermijden. De Keerderberg is geen BOPZ- instelling (wel wordt onderzocht de BOPZ-erkenning aan te vragen). Dat wil zeggen dat de Wetgeving zoals de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt nageleefd. Binnen De Keerderberg worden er geen cliënten onvrijwillig opgenomen en De Keerderberg maakt geen gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen. De arts kan alleen in uitzonderlijke gevallen besluiten een zo kort en minst ingrijpende maatregel toe te passen. Deze maatregelen mogen uitsluitend toegepast worden in het kader van de WGBO: goed hulpverlenerschap.

In de WGBO staat de algemene norm: zorg van een goed hulpverlener. Deze norm verplicht De Keerderberg bijvoorbeeld, in afwachting van een meer definitieve oplossing, mensen niet ongebeleid naar buiten te laten gaan, indien zij daar een duidelijk gevaar voor zichzelf zouden zijn. In noodgevallen mag dit toegepast worden in overleg met de Specialist Ouderengeneeskunde en huisarts als eindbehandelaar.

In De Keerderberg worden geen banden, tafelbladen, verdiepte stoelen, gedwongen medicatie ed. toegepast. Maatregelen welke worden genomen worden altijd in samenspraak met cliënten dan wel de wettelijk vertegenwoordigers genomen. Daar waar de cliënt alsnog bezwaar laat zien wordt de maatregel gestopt.

Hierbij wordt steeds de afweging tussen kwaliteit van leven en veiligheid gemaakt. De vrijheidsbeperkende maatregel wordt in het zorgleefplan vastgelegd. Tevens wordt het proces van afweging en alternatieven in het zorgleefplan vastgelegd. De maatregelen worden op afgesproken momenten minimaal 2 maal per jaar in het MDO geëvalueerd.

Alle in 2017 geregistreerde Middelen en Maatregelen waren met instemming van de bewoner/ wettelijk vertegenwoordiger.

Overzicht registraties 2017

Decubitus (preventie)	Begeleidingsafdeling 6x, Somatiek afdeling 5x
Evaluatie niet sociaal gedrag	Via MIC
Depressie	Vastgesteld bij 1 persoon door HA
Lijst van ongenoegens	BG 0, Somatiek 21 (17 voeding) zie cliënttevredenheidsonderzoek
Middelen/maatregelen	Bedhekken BG 3 (in terminale fase) Bedhekken Somatiek 5 (2 in terminale fase) Polshorloge BG 3 Deuralarm BG 1
MIC Meldingen	38 Valincidenten 21 Medicatie incidenten 2 Anders

Preventie van acute ziekenhuisopnamen

In 2017 zijn er 9 gevallen gemeld waarbij er sprake is geweest van een acute ziekenhuisopname. De redenen waren: 6 maal cerebraal incident, 1 maal nierfalen en 2 valincidenten. De valincidenten waren verklaarbaar doordat cliënt of uit bed gevallen was of zonder hulpmiddel is gaan lopen, zonder dat er sprake was van indicatie tot middel of maatregel.

Hoewel letsel bij cliënten met een acute ziekenhuisopnamen niet te vermijden is, is De Keerderberg op de volgende manier bezig om een acute ziekenhuisopname te voorkomen:

- * Actueel houden van de zorgdoelen in het zorgleefplan; daarmee is altijd inzichtelijk welke zorg de cliënt nodig heeft en welke afspraken er gemaakt zijn over bijvoorbeeld omhoog doen van beddekken, aantrekken van de juiste schoeisel, en welk hulpmiddel de cliënt gebruikt om zich te verplaatsen;
- * Actueel houden van het zorgleefplan; door regelmatig te evalueren en het zorgleefplan minstens twee keer per jaar te laten ondertekenen door de cliënt/vertegenwoordiger;
- * Scholing en training van medewerkers.
- * Bij alle cliënten (met valgevaar) wordt de valmonitor ingevuld.

Inbraakpreventie

In het gebouw van De Keerderberg is 24 uur per dag personeel aanwezig. In de nieuwbouw situatie is ervoor gekozen om zonder een receptiefunctie te werken. Het is voor medewerkers, cliënten en contactpersonen mogelijk om via een intercominstallatie toegang te krijgen of te geven tot het gebouw. Samen met de cliëntenraad is ervoor gekozen om de openheid van de organisatie te behouden en de centrale toegangsdeur enkel tussen 23.00 uur en 07.30 uur van het slot te zetten. I.v.m. de beveiliging in de nacht is met de SMA de afspraak gemaakt dat er voor 2017 gedurende de nacht 2x een ronde door een beveiligingsfirma gelopen wordt. De Keerderberg heeft voor de nieuwbouw geïnvesteerd in beveiligingscamera's rondom het gebouw. Deze camera's zijn gekoppeld aan een beveiligingsfirma welke op afroep beschikbaar is voor calamiteiten.

RI&E

De veiligheidsrisico's welke medewerkers lopen dienen volgens de wet in kaart gebracht te worden door middel van een RI&E (risico-inventarisatie & -evaluatie). Daar het WZC in maart 2017 in een nieuw gebouw is getrokken is er eind 2017 een RI&E uitgevoerd. De resultaten welke in begin 2018 worden verwacht, worden met de OR, cliëntenraad, RvB en medewerkers besproken.

Leren en werken aan kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop zorgverleners en zorgorganisaties in de verpleeghuiszorg op een lerende wijze zorgdragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie. Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen vanuit dit kwaliteitskader de verantwoordelijkheid én het vertrouwen om in de lokale context van de dagelijkse praktijk samen continu aan de verbetering van kwaliteit van zorg en ondersteuning te werken.

Leren en verbeteren is niet vrijblijvend; continu werken aan het verbeteren van kwaliteit is de norm voor een goede zorgorganisatie en voor professionele zorgverleners. De wijze van verantwoording van kwaliteit door de zorgorganisatie moet passend zijn bij dit proces van samen leren en verbeteren, hetgeen ook van belang is vanwege het beperken van administratieve lasten. Zo levert elke zorgorganisatie door middel van één document (het kwaliteitsverslag) interne en via gestandaardiseerde aanlevering externe verantwoording af. Aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording zijn dan in principe niet meer nodig. In dit kwaliteitskader wordt eveneens uitgegaan van het belang van transparantie. Voor het lokale leer- en verbeterproces is het belangrijk dat de relevante informatie in alle openheid beschikbaar is voor de betrokkenen. Voor keuze-informatie en externe verantwoording is openbaarheid van het kwaliteitsverslag en vergelijkbaarheid van informatie vereist, bijvoorbeeld door publicatie op de eigen website en overzichtssites. Om vertrouwen en ruimte te creëren voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen te leren en te verbeteren zijn kaders nodig. In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden hierin vijf elementen onderscheiden:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

1. Kwaliteitsmanagementsysteem

De Keerderberg heeft een kwaliteitssysteem gericht op de zorgverlening en de processen hieromheen. Het kwaliteitssysteem wordt jaarlijks getest door Stichting Perspekt, keurmerk in de zorg. Met het Perspekt keurmerk toont een organisatie, conform branchespecifieke eisen, verantwoorde zorg en ondersteuning te bieden en een verantwoord ondernemer te zijn die aan relevante wet- en regelgeving voldoet en duurzaam aan verbetering en borging van resultaten werkt. Perspekt is door de Raad voor Accreditatie geaccrediteerd voor het PREZO VV&T zilveren en gouden keurmerk in de zorg onder registratienummer C566. Deze accreditatie geeft aan dat Perspekt, naar internationale maatstaven, deskundig is en onafhankelijk en onpartijdig werkt.

In 2016 heeft er een audit plaatsgevonden waarbij De Keerderberg het Zilveren keurmerk voor de intramurale zorgverlening en het Gouden Keurmerk voor de extramurale zorgverlening heeft behaald. In 2017 heeft er een jaarlijkse (her) audit plaatsgevonden. Op basis van de bevindingen en resultaten tijdens deze audit door de auditor van Stichting Perspekt is er geconcludeerd dat De Keerderberg nog steeds voldoet aan de eisen waarop de keurmerken zijn verleend.

Binnen De Keerderberg vindt verbetering van de kwaliteit van de zorg - en dienstverlening plaats aan de hand van de cirkel van Deming (PDCA). Deze werkwijze krijgt vorm door de onderwerpen van het kwaliteitsplan te halen uit;

- cliënt -, medewerkerstevredenheidsonderzoek en RI&E,
- signalen vanuit de cliënt en cliëntenraad,
- signalen uit werkoverleggen, OR vergaderingen en vergaderingen RvT,

- de resultaten van de externe audits,
- professionele richtlijnen en
- standaarden en wet- en regelgeving.

Het kwaliteitsplan wordt samen met de medewerkers en cliënten (OR en Cliëntenraad) besproken en geëvalueerd. Op deze manier willen wij als organisatie samen met de medewerkers en cliënten invulling geven aan het samen leren en verbeteren.

2. Kwaliteitsplan

Het kwaliteitsplan is in 2017 opgezet en periodiek geëvalueerd in MT, RvT, Cliëntenraad en OR. Het plan omvat de elementen zoals aangegeven in het kwaliteitskader. In december 2017 is een nieuw (aangepast) kwaliteitsplan opgesteld voor het jaar 2018. Ook het nieuwe kwaliteitsplan wordt vervolgens goedgekeurd door het bestuur, de cliëntenraad en de Raad van toezicht.

3. Kwaliteitsverslag

Ieder jaar bracht De Keerderberg een maatschappelijk verslag uit dat samen met de jaarrekening werd gedeponneerd. Vanaf verslagjaar 2017 wordt dit kwaliteitsverslag uitgebracht welke is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan. Dit document is opgesteld door de bestuurder. Het cliënttevredenheidsonderzoek, het medewerkerstevredenheidsonderzoek en de RI&E zijn vaste informatiebronnen voor verschillende evaluatiepunten. Ook worden punten vanuit de overleggen met medewerkers, (werkoverleg), cliëntenraad, ondernemingsraad en managementteam ingeschreven in het kwaliteitsplan. De vaststelling van het kwaliteitsverslag zal gebeuren door de RvT, cliëntenraad, en ondernemingsraad.

4. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

De directie en de zorgmanager zijn dagelijks op de locatie aanwezig. Er wordt met medewerkers, cliënten en familie gesproken, overlegd en er vinden controlemomenten plaats. De medewerkers hebben de mogelijkheid/ de kans om vragen te stellen. Dit gebeurt zowel op de werkvloer, tijdens koffiepauzes als wanneer de directie aanschuift bij een werkoverleg. Op deze manier worden medewerkers op de hoogte gehouden van beleidsvoering en krijgt de directie feedback. Binnen De Keerderberg worden de medewerkers betrokken bij de invulling en organisatie van het werk. Enerzijds d.m.v. het werkoverleg anderzijds door werkgroepjes en betrokkenheid van de OR. Gezien de omvang van de organisatie (25fte en 38 medewerkers) wordt dit als voldoende ervaren. Daarnaast zijn er verschillende medewerkers met een speciale rol met betrekking tot kwaliteit. Denk hierbij aan de zorgmanager, Evv-ers, ergo-coachen, praktijkopleider (deze dient samen met de Evv-ers in 2018 aangesteld te worden) maar ook incontinentiespecialisten. Deze hebben een duidelijke rol in het samen met het team leren en verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening op afdelings- en organisatieniveau.

Daarnaast is De Keerderberg een leerorganisatie waarbij er samen wordt gewerkt met het ROC Leeuwenborgh. Hetgeen resulteert in de aanwezigheid van een docent op locatie en in de opleiding van alle verzorgende IG en verpleegkundigen tot werkbegeleider. In het verleden is besloten om niet te werken met verzorgende maar enkel met verzorgende IG. Hiervoor is een opleidingsprogramma geweest. Ook is bij de reorganisatie besloten de functie van helpende in de toekomst niet meer in te vullen.

Met betrekking tot de verpleegkundigen is besloten hen per 2018 in te schrijven in het kwaliteitskader van V&VN (beroepsvereniging verzorgenden verpleegkundigen). Dit geeft voor hen richtlijnen aangaande de kwaliteitseisen van deze vereniging.

De Keerderberg heeft een scholingsplan. Dit plan behelst de jaarlijkse scholingen zoals de verpleegtechnische handelingen, brandoefeningen en BHV. In 2017 is ook extra aandacht besteed aan belevingsgerichte zorg (deze cursus loopt een drietal jaren) en het EPD (elektronische patiëntendossier).

Het opstellen van het zorgleefplan wordt in de toekomst gedaan door de eerstverantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige (EVV-er). De functie EVV-er wordt ingevoerd om de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen en de Keerderberg als werkgever aantrekkelijker te maken (loopbaanperspectief). De kosten welke hiermee gepaard gaan komen uit de structurele budgetverhoging en de gelden van het project "Waardigheid en Trots"

5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

In 2017 heeft De Keerderberg gezocht naar lerende netwerken voor medewerkers en de organisatie. De Keerderberg heeft tijd en ruimte vrijgemaakt om de medewerkers en managers mee te laten lopen bij collega-organisaties uit het leren netwerk. Er zijn een tweetal lerende netwerken. Een met Stichting Bejaardenoorden Zusters onder de Bogen en een met organisaties welke eenzelfde cliëntenpopulatie hebben als De Keerderberg (Cor-kring: Stichting Sint Anna, Stichting Sint Jozefoord, Stichting Maria-Oord, Stichting Sint Anna-Klooster, Stichting Woonzorgcentrum St. Elisabeth en Stichting Zorgcentrum Vincent.

Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

Zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde zorg worden geleverd. De personeelssamenstelling van een zorgeenheid is geen statisch gegeven en de personele behoefte kan van dag tot dag verschillen. Het efficiënt omgaan met de benodigde en beschikbare zorgverleners vereist het proactief organiseren van een adequaat personeelsbestand dat voldoende zorgverleners omvat met het noodzakelijke aantal vaardigheden en competenties. Alleen zo kan tegemoet worden gekomen aan de wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning levert.

Door de veranderingen in de zorgzwaarte, de toenemende complexiteit van zorg, de daling van de verblijfsduur van cliënten in de verpleeghuiszorg en het moeilijk invullen van vacatures is er spanning ontstaan tussen het competentieniveau van de individuele zorgverleners en de eisen die daaraan gesteld worden. Ook het werken in het nieuwe gebouw met daaraan gekoppeld een nieuwe organisatiestructuur stelt andere eisen aan medewerkers.

Gezien de geschetste veranderingen en het belang van het juiste competentieniveau, dient er voldoende aandacht te zijn voor adequate scholing en nascholing van individuele zorgverleners. Het is hierom dat De Keerderberg in 2016 is gestart met het project Leerhuis. Hierdoor moet De Keerderberg een lerende organisatie worden waarin scholing een vast onderdeel is van het werk.

Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Op de afdelingen van De Keerderberg is voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig voor de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten. Regelmatig wordt de NZA-norm vergeleken met de aanwezige formatie. Deze vergelijking laat altijd zien dat er meer Fte wordt ingezet dan in de NZA-norm wordt aangegeven. Hiermee is de benodigde aandacht en nabijheid bieden en het houden van toezicht ook gewaarborgd. In de nachturen is er één medewerker aanwezig die de verpleegkundige achterwacht kan benaderen indien dit wenselijk is. Deze verpleegkundige achterwacht is een BIG-geregistreeerde verpleegkundige en welke binnen 20 minuten ter plaatse kan zijn.

Op de intensieve zorgmomenten (7.30 tot 12.00 uur en 17.00 tot 22.00 uur) wordt er extra personeel ingezet (zie bijlage 1). Tevens is er een procedure met betrekking tot de bereikbaarheid van verpleegkundigen en bereikbaarheid van leidinggevenden zodat een medewerker altijd terug kan vallen op een eindverantwoordelijke.

Naast het uitvoeren van de zorgtaken besteden de activiteitenbegeleider en medewerkers/ stagiaires tijd aan een zinvolle daginvulling van de cliënten. Naast gezamenlijke activiteiten worden er regelmatig medewerkers, stagiaires en vrijwilligers ingezet voor individuele activiteiten met de cliënten.

Er is altijd iemand fysiek aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden (niveau 3) aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Tijdens de nachturen kan de verpleegkundige achterwacht gebeld worden voor overleg en/of ondersteuning.

Voor cliënten met een indicatie verblijf is de huisartsenpost 24/7 bereikbaar en oproepbaar. De dienstdoende arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse. Tevens is er een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar voor complexe zorgvragen. Deze kan andere disciplines in roepen.

Voor organisatorische vragen is altijd 24/7 de bestuurder bereikbaar of diens vervanger (zorgmanager).

Het aantal medewerkers en vrijwilligers en verdeling functies per december 2017 zijn:

- Niveau 2; bestaande uit gastvrouwen en helpende 4,86 fte (gastvrouwen zijn belast met de verzorging van maaltijden, zorgondersteuning en huishoudelijke werkzaamheden)
- Niveau 3; bestaande uit verzorgende IG 6,41 fte (fulltime-equivalent)
- Niveau 4; bestaande uit verpleegkundige 2,78 fte
- Niveau 4; bestaande uit activiteitenbegeleiding 0,5 fte
- Niveau 5; bestaande uit verpleegkundige ingehuurd via Thuiszorg Groot Limburg
- BBL Leerlingen in opleiding voor niveau 3 en 4; 3,89 fte
- BOL-stagiaires worden gemiddeld 4 per schooljaar ingezet op opleidingsniveau 3 en 4
- Het totaal aantal Fte's in de directe zorg buiten de BOL-stagiaires is; 16,95 fte
- Vacature ruimte is 1,83 fte

Functie	Aantal
Zorgmanager	1
Verpleegkundige	2
Verzorgende IG (individuele gezondheidszorg)	9
Helpende	1
Leerling verzorgende	3
Leerling verpleegkundige	3
Gastvrouw	10
Huismeester	1
Kok	1
Activiteitenbegeleiding	1
Oproepkrachten zorg	3
Vrijwilligers	30
Managementondersteuner	1
Bestuurder	1

Leeftijdscategorie	Aantal
19-29	9
30-49	11
50-65	17

In dienst	Uit dienst
15	15

Verzuim totaal Exclusief zwangerschap	Kort	Middel	Lang	frequentie
5,18%	0,66%	0,41%	4,11%	0,84

Verzuim totaal inclusief zwangerschap	Kort	Middel	Lang	frequentie
9,41%	0,66%	0,41%	8,34	0,84

Randvoorwaarden.

Leiderschap, governance en management

Dit thema gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomangement, en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

De Keerderberg kent een eenhoofdige Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht, bestaande uit 7 leden, houdt toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken van de organisatie. De bestuursverantwoordelijkheden zijn georganiseerd volgens de zorgbrede governance code. De statuten en reglementen zijn in lijn met deze zorgbrede governance code.

De organisatiestructuur van De Keerderberg kan het best getypeerd worden als een organisatie waarin de verantwoordelijkheid zo laag mogelijk wordt gelegd. Eigen verantwoordelijkheid en eigen regie worden gestimuleerd. Afgelopen jaren is ingezet op de verdere invoering van het stimuleren van zelforganisatie. Er wordt meer gestuurd op output, met als gevolg dat de organisatie servicegericht kan handelen en de medewerkers en vrijwilligers een grote betrokkenheid hebben bij de organisatie en het werk en dus bij de cliënt en het cliëntproces. Het MT is dusdanig ingericht dat er maandelijks het item kwaliteit wordt besproken. Hierbij is de bestuurder altijd aanwezig. Aan dit overleg neemt tevens de zorgmanager, managementondersteuner, en op afroep een HRM-functionaris deel. De bestuurder is door de grote van de organisatie nauw betrokken bij de zorg en dienstverlening en heeft een taak in de bereikbaarheid binnen de directe zorgverlening. De bestuurder heeft dagelijks contact met de cliënten.

De Keerderberg heeft een bestuurder die tevens ook de directeur is. De Raad van Toezicht heeft een controlerende en adviserende rol naar de bestuurder toe. De bestuurder is dagelijks aanwezig. Aan de hand van de gesprekken met bewoners/cliëntenraad, medewerkers en familie en het format van het kwaliteitsplan toetst hij de kwaliteit van zorg op de werkvloer en of deze wordt verleend volgens de missie en visie van de organisatie. De resultaten van de bevindingen worden teruggekoppeld in de diverse overleggen; huisoverleg, MT, individuele werkoverleggen, de werkoverleggen met de teams en de vergaderingen met RvT, OR en cliëntenraad. In deze overleggen wordt besproken op welke manier er verbetering dient plaats te vinden. De afspraken hierover worden vastgelegd in de verslagen. Maandelijks komen de bestuurder en de zorgmanager op de resultaten en verbetermaatregelen terug. De bestuurder stelt ieder kwartaal de verbeterparagraaf uit het kwaliteitsplan bij. Tweemaal per jaar bespreekt de bestuurder het verbeterplan met de Raad van Toezicht, de OR en de cliëntenraad. De RvT is tweemaal per jaar aanwezig bij een vergadering van de bestuurder met de OR en de cliëntenraad. Indien de Raad van Toezicht het nodig acht om zelf te beoordelen kunnen zij zelf initiatief nemen om met cliënten en medewerkers te spreken en mee te lopen.

De bestuurder houdt zichzelf op de hoogte van ontwikkeling(en) op het gebied van interne en externe klachten, incidentenmeldingen, het cliënttevredenheidsonderzoek, medewerkerstevredenheidsonderzoek, voorbereidingen op interne en externe audits en scholingen.

De bestuurder vergaderde achtmaal met de RvT (zie bijlage 2 RvT)

Gebruik van hulpbronnen

Vakmanschap en deskundigheidsbevordering

De Keerderberg heeft contacten met ROC Leeuwenborgh door het hebben van een leerhuis en profiteert daarmee van de databank van dit ROC. Daarnaast wordt er gewerkt met de protocollen van

Vilans welke door een opleidingsinstituut dat de scholingen voorbehouden en risicovolle handelingen verzorgd, gehanteerd wordt. Protocollen van Vilans zijn voor alle zorgmedewerkers toegankelijk via dit opleidingsinstituut en via een abonnement bereikbaar voor de medewerkers.

Sinds 2017 neemt De Keerderberg diensten af bij de firma NEDAP. Hierdoor is het elektronische cliëntendossier/ elektronisch patiëntendossier (ECD/EPD) bereikbaar voor de medewerkers. In 2017 is dit systeem geïmplementeerd.

ICT-en domotica

De Keerderberg werkt per 1-12-2017 met een digitaal zorgdossier , het ECD. Dit zorgdossier heeft een cliëntenportaal, waardoor de intramurale cliënten en cliënten van de thuiszorg zelf toegang zouden kunnen hebben tot het zorgdossier. Op deze manier kunnen cliënt en cliënten zelf het zorgleefplan inzien. De cliënt kan zelf contact onderhouden met het zorgteam en de planning inzien. Met toestemming van de cliënt kunnen ook naasten of mantelzorg hierin inzage krijgen. Nadat het ECD is ingevoerd zal deze functie op termijn voor de cliënt beschikbaar worden gesteld.

Het programma van eisen voor nieuwe domotica is tot stand gekomen door in de bouwfase nauwkeurig te kijken op welke wijze een kleine organisatie hier ondersteuning in kan vinden. Dwaaldetectie, personenbeveiliging van zowel medewerkers als cliënten en gebruikersvriendelijke gebouwbetreding, zijn de belangrijkste onderdelen die hierin zijn meegenomen. De uitrol hiervan heeft plaatsgevonden.

Professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten.

Binnen De Keerderberg zijn er diverse ketenpartners waarmee wordt samengewerkt.

De Keerderberg onderhoudt contacten met de volgende externe samenwerkingspartners;

- Stichting Envida;
- Fysiotherapiepraktijk Cadier en Keer;
- Huisartsengroep Heuvelland;
- Apotheek Eijsden-Eijsden-Margraten;
- Apotheek Straver;
- Vrijwilligerscentrale Eijsden-Eijsden-Margraten;
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden;
- Zorgkantoor Zuid-Limburg;
- Centrum Indicatiestelling Zorg;
- Gemeente Eijsden-Margraten;
- Ernst&Young accountancy;
- ROC Leeuwenborgh;
- Stichting Kloosterbejaardenoorden Zusters onder de Bogen, Maastricht;
- Stichting Sint Anna, Boxmeer;
- Stichting Sint Jozefoord, Nuland;
- Stichting Maria-Oord, Dongen
- Stichting Sint Anna-Klooster, Eindhoven;
- Stichting Woonzorgcentrum St. Elisabeth, Roosendaal
- Stichting Zorgcentrum Vincent de Paul, Panningen;
- Stichting Woonzorgcentrum De Beyart, Maastricht;
- KNR/ COR (commissie ouderen religieuzen);
- Firma Geelen (inclusief onderaannemers);
- Rabobank Zuid-Limburg;

- KplusV organisatieadvies;
- MTB;

Daarnaast neemt De Keerderberg deel aan het eerdergenoemde overlegorgaan.

Gebruik van informatie

Cliëntervaringen worden verzameld door cliënttevredenheidsonderzoeken en tweejaarlijkse evaluaties. Voor de medewerkers is er een tevredenheidsonderzoek (de benchmark) en een RI&E. Deze cijfers worden door het De Keerderberg voor cliëntenraad, OR, RvT en medewerkers beschikbaar gesteld en gebruikt om verbeteringen te realiseren. Jaarlijks vinden er POP-gesprekken met medewerkers om hen ook de mogelijkheid te geven zich individueel te ontwikkelen

Bijlage 1; Bezetting zorgmomenten

bezetting aantal uren zorg

SOMATIEK				
	nivo	SOM	per dag	fte
Vroege dienst	4	1	8	2,04
Zwerfdienst	3	1	5	1,27
Gastvrouw	1	1	8	2,04
Avonddienst	4	1	8	2,04
Zwerfdienst*	2	1	6,3	1,61
Nachtdienst	4	1	8	2,04
				11,03
Samenvattend				
Gastvrouw				2,04
nivo 2				1,61
nivo 3				1,27
nivo 4				6,12

BG				
	nivo	PG	per dag	fte
Vroege dienst	3 IG	1	8	2,04
Vroege dienst	2	1	4	1,02
Gastvrouw	1	1	8	2,04
Avonddienst	3 IG	1	8	2,04
				7,14
Samenvattend				
Gastvrouw				2,04
nivo 2				1,02
nivo 3				4,08
nivo 4				0
				7,14
totaal				18,17

Vroege dienst; 7.30 - 15.30
 Zwerfdienst; 7.30 – 12.30
 Gastvrouw; 7.30 – 15.30 (som), 11.00 – 19.00 (BG)
 Avonddienst; 15.30 – 23.00
 Zwerf* (avond); 17.00 – 23.00
 Nachtdienst; 23.00 – 7.30

* zwerfdienst avond werkt over beide afdelingen

* op BG is elke ochtend een vrijwilligster aanwezig

** op BG en Som is per week verdeeld over dag en avond 80 uur BOL-studenten (boventallig) aanwezig

De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de stichting en de met haar verbonden voorzieningen en/of instellingen. Zij dient de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd van advies. Bij de vervulling van hun taak richten de leden van de Raad van Toezicht zich naar het belang van de stichting en de met haar verbonden voorzieningen en/of instellingen.

De Raad van Toezicht is bevoegd tot:

- a. het aanwijzen van een registeraccountant die de jaarrekening onderzoekt en van zijn bevindingen verslag uitbrengt aan de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur;
- b. het benoemen, schorsen en ontslaan van de Raad van Bestuur, het vaststellen van de rechtspositie en de arbeidsvoorwaarden van de Raad van Bestuur;

Tevens is aangegeven dat de stichting geen overeenkomsten sluit met een lid van de Raad van Toezicht, dan wel met rechtspersonen of bedrijven waarin een dergelijk lid een aanzienlijk belang heeft. Dit geldt tevens voor de Raad van Bestuur en andere personen in de instelling die bevoegd zijn overeenkomsten te sluiten, tenzij het een overeenkomst betreft in verband met zijn werknemer/ werkgeverschap.

De Raad van Toezicht heeft toegang tot alle lokaliteiten van de stichting en het recht te allen tijde alle bescheiden en boeken van de stichting in te zien. De Raad van Toezicht kan zich daarbij laten bijstaan door een of meer deskundigen, zoals een registeraccountant. De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht indien deze dit wenst de voor de uitoefening van diens taak alle noodzakelijke gegevens en inlichtingen. De Raad van bestuur maakt ten behoeve van iedere vergadering met de Raad van Toezicht een directieverslag waarin hij inzicht verschaft in de relevante onderwerpen van de afgelopen maanden en de te verwachten ontwikkelingen van de komende maanden. Jaarlijks houdt de voorzitter van de Raad van Toezicht, al of niet bijgestaan door een van de overige leden een functioneringsgesprek met Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht vergadert tenminste viermaal per jaar of zo dikwijls als de voorzitter dit nodig acht, of als twee of meer leden van de Raad van Toezicht dit, met opgave van redenen, aan de voorzitter verzoeken. De Raad van Toezicht kan bepalen dat bepaalde personen de vergaderingen mogen bijwonen. De Raad van Bestuur woont altijd de vergaderingen bij tenzij de Raad van Toezicht tot het tegendeel besluit. Van de vergadering worden notulen gemaakt, deze worden vastgesteld door de Raad van Toezicht en door de voorzitter of diens vervanger ondertekend. De leden van de Raad van Toezicht worden tijdig voor de vergadering door of namens de voorzitter schriftelijk opgeroepen en ontvangen, tenminste 5 dagen voor de datum van de vergadering, een agenda, alsmede de bijbehorende vergaderstukken. In spoedeisende gevallen kan in overleg met de voorzitter van de Raad van Toezicht van de agenda worden afgeweken.

Aan de goedkeuring van de Raad van Toezicht zijn onderworpen de besluiten van de Raad van Bestuur betreffende:

- a. het vaststellen van het periodieke kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag;
- b. het vaststellen van de investerings- casu quo exploitatiebegroting en de jaarrekening;
- c. het verrichten van rechtshandelingen en het doen van uitgaven van een door de raad van Toezicht vastgesteld bedrag of waarde;
- d. de samenwerking met andere rechtspersonen alsmede verbreking van een zodanige samenwerking;
- e. een besluit tot het wijzigen van de statuten, ontbinden van de stichting, het aangaan van (juridische en/of bestuurlijke) fusie en het opgaan in en/of participatie aan een andere rechtspersoon die organisatorische wijzigingen voor de instelling kan inhouden;
- f. het aanvragen van surseance van betaling of de aangifte faillissement;
- g. de beëindiging van de dienstbetrekking van een aanmerkelijk aantal (vijf) werknemers tegelijkertijd of binnen een kort tijdsbestek;
- h. het vaststellen van een belangrijke wijziging in de organisatiestructuur, casu quo een ingrijpende wijziging in de arbeidsomstandigheden van een aanmerkelijk aantal (vijf) werknemers;
- i. schenkingen, erfstellingen en legaten, waaraan onmiddellijk of in de toekomst lasten verbonden zijn;
- j. alle andere handelingen, die een waarde of bedrag van het in de statuten vastgesteld bedrag of een eventueel door de Raad van Toezicht vastgesteld en aan de Raad van Bestuur medegedeeld bedrag te boven gaan, een en ander met uitzondering van die handelingen welke worden verricht krachtens de vastgestelde en goedgekeurde begroting.

De RvT heeft minimaal éénmaal per jaar met de OR en met de Cliëntenraad.

Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2017

Naam	Aandachtsgebied	(Neven)functies
Dhr. H.J.G. van Beers	Voorzitter	Directeur-gedelegeerd bestuurder Bisschoppelijk Centrum Rolduc (bezoldigd) Coordinator-manager StartersCentrum Limburg (bezoldigd) Voorzitter Mergelland Mannenkoor (onbezoldigd) Secretaris-penningmeester Stichting Starterscoördinatie (onbezoldigd) Bestuurslid Stichting Akkers van Margraten (onbezoldigd)

		Voorzitter Stichting Wijkpresentie Parkstad (onbezoldigd)
Dhr. O.L.F. Dols	Vicevoorzitter	Directeur Stichting Organisatie Limburgse Bedevaarten Penningmeester Stichting Mgr. Schrijnen-huis
J.A.E. Storcken	Lid	Pastoor parochie Gronsveld/ Eckelrade Administrator parochie te Rijckholt Kanunnik kathedraal Kappittel te Roermond Bisschoppelijk gedelegeerde interreligieuze dialoog Bisdom Roermond
Mw. E.A.M.B. Demolin-Schneiders	Lid	Projectmanager economie, gemeente Heerlen Bestuurslid Energy Hills E.V. Aachen Voorzitter stichting Energy Hills Nederland
Dr. M.H.J. J. Prevoo	Lid	Nvt
Dr. G.M.A. Groutars	Secretaris	Nvt
Ptr. J.N.M. Janssen	Lid/ op voordracht cliëntenraad	Nvt

In 2017 is achtmaal een vergadering van de RvT (die wordt bijgewoond door de raad van bestuur) geweest. In deze vergaderingen werd de RvT structureel d.m.v. een directieverslag geïnformeerd over de volgende onderwerpen: Vordering van het nieuwbouwproces en de samenloop met de renovatie van het Missiehuis van de SMA, Verhuizing naar nieuwbouw, Wachtlijst, Personeel (ziekteverzuim, Uit dienst- In dienst), Diverse zaken (o.a. scholing; belevingsgerichte zorg, POP-trajecten, samenwerking Ellis Thuiszorg GrootLimburg), Bijzonderheden afdelingen (Zorg, Receptie, Gastvrouwen, Technische dienst), Toezicht op kwaliteit en Veiligheid (MIC, Klachtencommissie; bewoners/ personeel, Gebouwenbeheer; Legionella, HACCP, controle gebruiksvergunning (NEN-keuring), Controle Brandmeldcentrale, dect-centrale), Overleg Cliëntenraad/ OR, financieel overzicht. Vanuit de RvT werden een tweetal leden afgevaardigd voor de stuurgroep van het nieuwbouwproject.

Andere onderwerpen welke regelmatig besproken zijn hadden betrekking op het bouwproces en de nieuwe organisatiestructuur. De Raad van Toezicht heeft haar akkoord gegeven op de volgende zaken;

- Jaar/Kwaliteitsplan 2017;
- Begroting voor 2017;
- Jaarrekening, accountantsverslag en maatschappelijk verslag 2016; (het verslag is beoordeeld en toegelicht door de accountant E&Y vanuit de functie van controlerend accountant voor de RVT);
- dienstverleningsovereenkomst SMA- De Keerderberg;

- Opdracht inzake inhuur E&Y ter controle jaarrekening 2017;
- Jaarverslag 2017
- Beloningsstructuur inzake WNT voor RvB;
- Reorganisatieplan "Continuïteit van wonen en werk 2015-2017";

Daarnaast heeft de Raad van Toezicht kennisgenomen van een aantal andere onderwerpen, zoals:

- Voortgang en afwikkeling bouwtraject met specifieke aandachtspunt boeteclausule t.g.v. te late oplevering;
- Tussentijdse evaluaties van het kwaliteitsplan;
- Financiële rapportages 2017;
- Voortgang invoering (o.a. zorplan, lerend-netwerk) onderdelen benoemd in Waardigheid en Trots;
- Ethische commissie;
- Klachtenregeling;
- Inspectie bezoek Nederlandse Voedsel en /warenautoriteit;
- Melding IGZ
- Cao VVT;
- Aankoop Missiehuis;
- Reglement Raad van Toezicht;
- Invulling vacatures RvT
- Zittingstermijnen leden RvT
- Overeenkomsten met Envida;
- Overeenkomst met Ellis;
- Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen (Waardigheid en Trots);
- Vorderingen van de ontwikkeling van de toekomst van het woonzorgcentrum (waaronder terugkoppeling gesprekken gemeente, zorgkantoor, en Zorgverzekeraars);
- Wachtlijstbeheer;
- Voortgang clienttevredenheidsonderzoek
- Functioneringsgesprek RvB;
- Evaluatie dienstverlening Zorgloods;
- Beveiliging nachtsituatie;
- Toezicht op Kwaliteit en Veiligheid (MIC, Klachtencommissie bewoners en personeel, gebouwbeheer met legionella- HCCP- Gebruiksvergunning- en Brandmeldcontroles en overleg met Cliëntenraad);
- Personele zaken zoals voortgang dienstverlening van de receptie, medewerkers-tevredenheidsonderzoek, personeelsbeleid, ziekteverzuimbeleid;
- Scholingsopzet;
- Temperatuurregeling in de nieuwbouw;
- Project Leerafdeling met ROC Leeuwenborgh;
- Audit keurmerk in de Zorg;
- Klachtenregeling;
- Medewerkers Tevredenheidsonderzoek;
- Project Persoonsvolgende bekostiging van VWS-regio Zuid-Limburg
- Evaluaties m.b.t. de MIC, decubitus, middelen en maatregelen, lijst ongenoegens, registratie agressie, arbeidsongevallen, registratie depressie en klachtencommissie;
- Voortgang m.b.t. ontwikkelingen binnen cliëntenraad en nieuw reglement cliëntenraad;

Een afvaardiging van de RvT is in het verslagjaar 2x aanwezig geweest bij vergaderingen met de Cliëntenraad en OR. De RvT heeft studiedag gehad welke georganiseerd werd door NVTZ.

In het verslagjaar waren er binnen RvT vacatures. Een van deze vacatures is lopende het verslagjaar niet opgevuld.