



Stichting De Keerderberg

# **Kwaliteitsjaarverslag 2018**

## 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 2018	12
- Preventie van acute ziekenhuisopnamen	12
- Inbraakpreventie	13
- RI&E	13
Leren en werken aan kwaliteit	14
1. Kwaliteitsmanagementsysteem	14
2. Kwaliteitsplan	15
3. Kwaliteitsjaarverslag	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 kwaliteitsjaarverslag van Stichting De Keerderberg. In het kwaliteitsjaarverslag 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 tweede jaar dat De Keerderberg een kwaliteitsjaarverslag uitbrengt dat is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan. Voorheen deponeerde De Keerderberg een Maatschappelijkjaarverslag.

Het kwaliteitsjaarverslag 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 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. Kleinschaligheid betekent ook dat wij enerzijds sneller kunnen anticiperen op verandering in de zorgwetgeving. Anderzijds kunnen veranderingen een grotere invloed hebben op de bedrijfsvoering daar wij op dit moment grotendeels afhankelijk zijn van een beperkte productie in de WLZ-zorg (Wet Langdurige Zorg). 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. Derhalve zal gekeken moeten worden naar uitbreiding van de dienstverlening zowel intra- als extramuraal.

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 1977 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 4 t/m 6 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) en heeft een katholieke signatuur. Het klooster van de paters SMA ligt aanpalend aan het WZC en het WZC levert diensten aan de SMA. Beiden maken over en weer gebruik van elkaars faciliteiten.

Met dit kwaliteitsjaarverslag (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 kwaliteitsjaarverslag en vergelijkbaarheid van informatie vereist. Daarom wordt dit kwaliteitsjaarverslag gepubliceerd op de Openbare Database van het Zorginstituut Nederland.

De Keerderberg grijpt kansen aan om zijn zorgverlening uit te breiden. Dit op de velden intramuraal, extramuraal en WMO-zorg. In 2018 heeft De Keerderberg getracht een uitbreiding te realiseren door mee te dingen in de aankoop van het voormalige Missiehuis. Uiteindelijk heeft dit niet geleid tot de aankoop. De uitbreiding van de zorg in de toekomst zal daar gerealiseerd dienen te worden waar kansen zich aan dienen. Hierbij kan gedacht worden om als organisatie aan te haken aan de ontwikkeling van het terrein rondom het huidige complex.

### 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 ervanuit 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 een zorgmanager aangesteld, voor de bereiding van de maaltijden werd eind 2017 een kok aangesteld en voor de schoonmaak is in 2018 weer in eigen handen genomen nadat een extern bedrijf hiervoor was ingeschakeld.

Uit het onderzoek van 2017 is gebleken dat er verbeteringen konden plaatsvinden. Deze verbeteringen hadden betrekking op;

- Voeding
- Schoonmaak
- Aanwezigheid/zichtbaarheid van personeel

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. Een van de acties was ook het instellen van de menucommissie. Uit de rapportages blijkt dat de er duidelijke verbeteringen zijn geweest t.a.v. de opmerkingen omtrent de voeding.

Het cliënttevredenheidsonderzoek is met de cliëntenraad, OR en RvT besproken in de vergaderingen van de RvB met genoemde raden. In tussentijdse evaluaties bleek dat verbeteringen merkbaar waren. Eind 2019 zal opnieuw een bewoners tevredenheidsonderzoek worden gehouden.

### Klachtenprocedure

Ieder jaar wordt er een klachtenrapportage uitgebracht. In 2017 was de nieuwe klachtenregeling ingegaan.

In 2018 is er een klacht bij de klachtenfunctionaris binnen gekomen. Dat er weinig tot geen klachten binnen komen 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 EVV-er (eerstverantwoordelijk verzorgende/verpleegkundige) waarbij er

navraag wordt gedaan naar ongenoegens. De klacht welke bij de klachtenfunctionaris is binnengekomen heeft niet de formele status bereikt en is na onderling overleg met familie, klachtenfunctionaris en leiding opgelost.

### **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. In 2018 is besloten om de medicatieverstrekking op een andere wijze te gaan uitvoeren. In 2019 worden hiervoor medicatiekarren aangeschaft.

### **Informatieavonden**

Naast de maandelijkse bijeenkomsten van de bestuurder met cliënten en medewerkers is in navolging van de overlegsituatie met cliënten en contactpersonen, ook in 2018 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/contact- personen 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.

## 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 2018 zien wij een verzwaring van de zorg. Hierop is ingespeeld door de formatie in Fte en de inzet aan te passen. Ook m.b.t. het activiteitenaanbod zijn aanpassingen gedaan.

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 2017 heeft de Keerderberg zijn nieuwbouw betrokken. Cliënten zijn van hun appartementen welke 32-37m<sup>2</sup> groot waren verhuisd naar appartementen van 40m<sup>2</sup>. De loopafstanden tussen de voorzieningen zijn ook aanzienlijk kleiner geworden. De cliënten met een begeleidingsvraag hebben een zit-slaapkamer (20m<sup>2</sup>) en een grote huiskamer gekregen. In 2018 is de behoefte naar voren gekomen om een grotere ruimte te hebben voor activiteiten en bijeenkomsten. Ook het gezamenlijk eten met de SMA werd door bewoners gemist. De organisatie heeft hierop een huurcontract afgesloten met de nieuwe eigenaar van het Missiehuis voor het gebruik van een multifunctionele zaal. In 2018 is, mede als actie op de opmerkingen uit het cliënttevredenheidsonderzoek, er ook weer besloten om gezamenlijk met de SMA te gaan eten.

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. Een van de actiepunten van de cliëntenraad in 2018 was de terugkoppeling naar hun achterban (cliënten en vertegenwoordigers)

### 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 wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld persoonlijk contact voor levensvragen met een geestelijke te bespreken.

### Zinnvolle 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 en ook wordt er structureel met ondersteuning van vrijwilligers gewandeld. 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 aan te leveren 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 activiteitenbegeleiding ook regelmatig externe uitstapjes. Het aanpalend wonen aan de SMA brengt ook met zich mee dat dagelijks de Heilige Mis gezamenlijk kan worden gevierd en dat er stiltemomenten zijn. In 2018 is het plan opgevat om de formatie van de activiteitenbegeleiding uit te breiden met 100% (van 0,5fte naar 1 fte). Hierbij zal speciaal aandacht gericht worden op de begeleidingsafdeling. De extra formatie zal worden bekostigd uit de kwaliteitsgelden.

### **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 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 2018 zagen wij dat het moeilijk is mantelzorgers te betrekken bij bijvoorbeeld het opstellen van levensboeken. Dit sluit aan bij onze doelstelling van het versterken van de eigen regie van de cliënt en zijn netwerk. Het aantal vrijwilligers is stabiel gebleven. Voor het komend jaar zal er door de activiteitenbegeleiding extra aandacht worden geschonken aan het werven en behouden van vrijwilligers.

### **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 2018 Intramuraal/extramuraal**

<b>Doelgroep intramuraal</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Aantal</b>
Begeleiding	60- 69 jarig	
	70- 79 jarig	1
	80- 89 jarig	6
	90-100 jarige	4
Somatiek	60- 69 jarig	
	70- 79 jarig	
	80- 89 jarig	13
	90-100 jarige	7

<b>Mic meldingen intramuraal</b>		
Medicatie	Valincidenten	Overig
35	79	3

<b>Opname intramuraal</b>	Overleden	Uit zorg
4	4	1
<b>In zorg extramuraal</b>		
80	1	73

<b>ZZP intramuraal</b>	Januari 2018	December 2018
2	1	
3	2	
4	10	10
5	6	9
6	9	13

## 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. Binnen de Keerderberg wordt systematisch omgegaan met Risicosignalering. Hiertoe wordt bij opname een check gedaan m.b.t. valgevaar, huidletsel (decubitus) en medicatieveiligheid. Deze check wordt vervolgens eenmaal per jaar uitgevoerd. Daar waar noodzakelijk worden hieraan gekoppelde zorgdoelen gerapporteerd in het EPD.

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

### Medicatieveiligheid

In 2018 zijn er in totaal 35 medicatie-incidenten gemeld. De MIC-commissie heeft uitgezocht waar deze meldingen betrekking op hadden. De Keerderberg heeft het medicatiebeleid tot een van de prioriteiten benoemd waardoor dit regelmatig als onderwerp op de agenda van het werkoverleg staat. 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 door de verzorgenden en verpleegkundigen. 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 2018. In 2018 waren er een 4-tal decubitusbehandelingen.

### **Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen**

Het beleid van De Keerderberg is gericht op het voorkomen van vrijheidsbeperkende afspraken. Vrijheidsbepanking is ongewenst, maar in sommige gevallen niet te vermijden. De Keerderberg is geen BOPZ- instelling. 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 onvrijwillige 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 2018 geregistreerde Middelen en Maatregelen waren met instemming van de bewoner/ wettelijk vertegenwoordiger.

### **Overzicht registraties 2018**

Decubitus (preventie)		Begeleidingsafdeling 1x, Somatiek afdeling 3x
Evaluatie niet sociaal gedrag		Via MIC
Depressie		3 personen
Middelen/maatregelen (In overleg met cliënt en/of vertegenwoordiger en onder verantwoordelijkheid huisarts)		Bedhekken BG 3 Bedhekken Somatiek 4 (2 in terminale fase) Polshorloge BG 2 Deuralarm BG 1
MIC Meldingen		79 Valincidenten 35 Medicatie incidenten 2 Anders

### **Preventie van acute ziekenhuisopnamen**

In 2018 zijn er 10 gevallen gemeld waarbij er sprake is geweest van een acute ziekenhuisopname. De redenen waren: 5 maal hartfalen/cerebraal incident, 4 valincidenten en een overige. 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 een acute ziekenhuisopnamen vaak 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 het 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 20.00 uur en 08.00 uur van het slot te zetten. De Keerderberg heeft voor de nieuwbouw geïnvesteerd in beveiligingscamera's in en rondom het gebouw. De camera's buiten 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 bekend werden, zijn met de OR, cliëntenraad, RvB en medewerkers besproken. Alle punten zijn via het kwaliteitsplan afgewerkt.

## 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 kwaliteitsjaarverslag) 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 kwaliteitsjaarverslag 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 kwaliteitsjaarverslag
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 2018 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. Kwaliteitsjaarverslag**

Ieder jaar bracht De Keerderberg een maatschappelijk verslag uit dat samen met de jaarrekening werd gedeponneerd. Vanaf verslagjaar 2017 wordt dit kwaliteitsjaarverslag 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 zoals eerder aangegeven vaste informatiebronnen voor verschillende evaluatiepunten. Ook worden punten vanuit de overleggen met medewerkers (werkoverleg), de RvT, cliëntenraad, ondernemingsraad en managementteam ingeschreven in het kwaliteitsplan. De vaststelling van het kwaliteitsjaarverslag 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. Ook zijn er in 2018 diverse ontbijtsessies geweest waarbij het management een gezamenlijk ontbijt met medewerkers had om op ontspannen wijze met elkaar te spreken. Op al deze manieren 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, Evvers, ergo-coachen en de praktijkopleider (wordt aangesteld vanuit de kwaliteitsgelden). Deze hebben een duidelijke rol in het samen met het team te leren en het 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 (een dagdeel in de week) 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. In 2018 hebben wij wel ervaren dat door de krapte op de arbeidsmarkt wij wel genooddaakt zijn geweest om helpenden tijdelijk een arbeidscontract te bieden.

Met betrekking tot de verpleegkundigen en EVV-ers 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 2018 is ook extra aandacht besteed aan het EPD (elektronische patiëntendossier) en zijn er plannen gemaakt om in 2019 te starten met een E-learning-omgeving.

Het opstellen van het zorgleefplan wordt gedaan door de EVV-er. De functie EVV-er is 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". Vanuit de cliëntenraad is aangegeven dat de functie bijdraagt aan het contact tussen familie en organisatie.

#### **5. Deel uitmaken van een lerend netwerk**

In 2018 heeft De Keerderberg wederom meegedaan in lerende netwerken voor medewerkers en de RvB. 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).

Door zorgkantoor CZ is uitgesproken dat zij de wijze waarop De Keerderberg samen met ZOB vorm geeft aan het lerend netwerk zien als een "best-practice" voorbeeld.



## 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.

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.

In 2018 hebben wij een verandering in bewonerssamenstelling gezien. De zorgvraag is toegenomen (zie verschuivingen in ZZP-samenstelling). Hierop heeft de organisatie geanticipeerd uitbreiding in de formatie van de directe zorgverlening. Deze uitbreiding bedroeg 12%.

### Aandacht, aanwezigheid en toezicht

Op de afdelingen van De Keerderberg is voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig voor de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten. Het “Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg, Toelichting op de indicatoren personeelssamenstelling meetjaar 2018” is uitgangspunt voor de personeelssamenstelling en inzet. 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-geregistreerde verpleegkundige welke binnen 30 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. 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. M.b.t. aanwezigheid bij de bewoners zijn er diverse aanpassingen gedaan in de werktijden van de gastvrouwen. Door de leidinggevende wordt er samen met de zorgmanager gekeken naar de meest optimale situatie.

De activiteitenbegeleiding en medewerkers/ stagiaires zijn belast met een zinvolle dag invulling 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 (minimaal 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).

1. Het aantal medewerkers en vrijwilligers en verdeling functies per december 2018 zijn:

- Niveau 2; bestaande uit gastvrouwen en helpende 6,25 fte (gastvrouwen zijn belast met de verzorging van maaltijden, zorgondersteuning en huishoudelijke werkzaamheden)
- Niveau 3; bestaande uit verzorgende IG 13,6 fte (fulltime-equivalent)
- Niveau 4; bestaande uit verpleegkundige 2,66 fte
- Niveau 4; bestaande uit activiteitenbegeleiding 1 fte
- Niveau 5; bestaande uit verpleegkundige ingehuurd via Thuiszorg Groot Limburg
- BBL Leerlingen in opleiding voor niveau 3 en 4; 3,88 fte
- BOL-stagiaires worden gemiddeld 6 per schooljaar ingezet op opleidingsniveau 3 en 4
- Het totaal aantal Fte's in de directe zorg buiten de BOL-stagiaires is; 18,36 fte waarbij er nog 1,61 fte vacature ruimte is.

Functie	Aantal
Zorgmanager	1
Verpleegkundige	3
Verzorgende IG	11
Helpende	2
Leerling verpleegkundige	1
Leerling verzorgend	5
Vrijwilligers	39
Medewerkers Huish.	2
Gastvrouwen	10
Huismeester	1
Kok	1
Activiteitenbegeleiding	2
Managementassistent	1
Bestuurder	1

Leeftijd	Aantal
20-29 jarig	10
30-39 jarig	4
40-49 jarig	5
50-59 jarig	16
60- 67 jarig	7

In dienst	Uit dienst
15	15

Verzuim totaal	Kort	Middel	Lang	Frequentie
4,52%	0,58%	0,60%	3,33%	0,93

Het ziekteverzuim is in 2018 onder het percentage gebleven welk vooraf begroot was (5%). Het overzicht laat het beeld zien dat het verzuim in de categorie van langdurig ziek zat. Dit verzuim was niet arbeid gerelateerd.

## **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. Besluitvorming wordt zoveel mogelijk in het managementteam genomen.

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 zevenmaal 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. Er wordt gebruik gemaakt van Elearning-modules om deskundigheid verder te bevorderen. Voor de medewerkers welke lid zijn van de V&VN geldt een accreditatiepuntensysteem.

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 en in 2018 verder uitgebreid.

#### *ICT-en domotica*

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. In 2018 zijn er geen zaken naar bovengekomen welke uitbreiding van het systeem behoeven. Het blijft een aandachtspunt om de ontwikkeling van domotica bij te houden daar dit een ondersteuning en kwaliteitsverbetering voor de zorgverlening zou kunnen betekenen.

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;
- Actiz;
- BAAT;
- Zorgloods;
- AGZ;
- 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;
- 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);
- Rabobank Zuid-Limburg;
- 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 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 FTE

<b>SOMATIEK</b>					<b>2017</b>			<b>2018</b>		
	Niveau		uren per dag	fte	aantal	uren	fte			
Vroege dienst	4/3	1	7,5	1,9	2	15	3,8			
Parttimedienst	3	1	5	1,27	1	5	1,27			
Kok		1	2,5	0,63	1	2,5	0,63			
Gastvrouw	1	1	5,25	1,33	1	5,25	1,33			
Avonddienst	4/3	1	7,5	1,9	1	7,5	1,9			
Parttimedienst	2	1	6	1,52	1	6	1,52			
Nachtdienst	3	1	8,5	2,15	1	8,5	2,15			
				<b>10,7</b>						<b>12,6</b>

  

<b>BG</b>					<b>2017</b>			<b>2018</b>		
	Niveau	aantal	per dag	fte	aantal	uren	fte			
Vroege dienst	4/3	1	8	2,04	1	8	2,04			
Parttime dienst	2/3	1	4	1,02	1	4	1,02			
Gastvrouw	1	1	8	2,04	1	9,5	2,41			
Avonddienst	4/3	1	7,5	1,9	1	7,5	1,9			
				<b>7,0</b>			<b>7,37</b>			
<b>Totaal</b>				<b>17,7</b>			<b>19,97</b>			

Formatie ophoging van 2,27fte in 2018

Vroege dienst;	7.30 - 15.30 (7,5/8 uur***)
Parttime dienst som;	7.30 – 12.30 (5,0 uur)
Parttime dienst BG;	7,30 – 11,30 (4,0 uur)
Gastvrouw Som	7.30 – 15.00 (1,75 uur SMA en 5,25 uur Wzc)
Gastvrouw BG	08.00- 13.30 en 15.30 – 19.30 (9,5 uur)
Kok	9.00 – 14.00 (50% SMA/WZC 2,5uur)
Avonddienst;	15.30 – 23.00 7,5 uur)
Parttime dienst;	16.00 – 22.00 (6,0 uur)
Nachtdienst;	23.00 – 7.30 (8,5 uur)

\* op BG is in de ochtend vaker een vrijwilliger aanwezig

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

\*\*\* op BG wordt er zonder pauze gewerkt i.v.m. de kleinschaligheid

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 opgaaf 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 kwaliteitsjaarverslag;

- b. het vaststellen van de investerings- casu quo exploitatiebegroting en het accorderen van 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 22018

Naam	Aandachtsgebied	(Neven)functies
Dhr. H.J.G. van Beers	Voorzitter	Directeur Bisschoppelijk Centrum Rolduc (bezoldigd) Manager StartersCentrum Limburg (bezoldigd) Voorzitter Mergelland Mannenkoor (onbezoldigd) Secretaris-penningmeester Stichting Starterscoördinatie (onbezoldigd) Voorzitter Muziek en Theaterproducties Eijsden-Margraten (onbezoldigd) Voorzitter Wijkpresentie Parkstad (onbezoldigd)



		Voorzitter referendumcommissie gemeenten Landgraaf en Brunsum (bezoldigd)
Dhr. O.L.F. Dols	Vicevoorzitter	Directeur "Huis voor de Pelgrim" Bestuurslid/Penningmeester Stichting Mgr. Schrijnen-huis
J.A.E. Storcken	Lid kwaliteitszetel SMA	Pastoor parochie Gronsveld/ Eckelrade en Rijckholt  Kanunnik kathedraal Kapittel te Roermond  Bisschoppelijk gedelegeerde interreligieuze dialoog Bisdom Roermond  Beschermer Pastoraat Woonwagenwerk NL
Mw. E.A.M.B. Demolin-Schneiders	Lid, per 14-11-2018 secretaris	Projectmanager economie, gemeente Heerlen  Bestuurslid Energy Hills E.V. Aachen Adviseur Coöperatie TIORC
Dr. M.H.J. J. Prevoo	Lid	Nvt
Dr. T.H.M. Hasaart	Lid, Per 1-12-2018	Gynaecoloog Catharina Ziekenhuis Eindhoven Lid Adviesraad Obstetrie Firma Ferring
Dr. G.M.A. Groutars	Secretaris	Overleden in september 2018
Ptr. J.N.M. Janssen	Lid/ op voordracht cliëntenraad	Huisoverste Missiehuis SMA

In 2018 is zevenmaal 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: Wachtlijst, Personeel (ziekteverzuim, Uit dienst- In dienst), Diverse zaken (o.a. scholing; belevingsgerichte zorg, POP-trajecten, samenwerking Ellis Thuiszorg Groot-Limburg), 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.

In 2018 heeft De Keerderberg ingeschreven voor de procedure voor aankoop van het Missiehuis (voorheen de locatie welke door De Keerderberg gedeeltelijk gehuurd werd). De RvT heeft samen met de RvB de stuurgroep samengesteld voor deze aankoop. In deze stuurgroep zaten twee afgevaardigde van de RvT (de heren van Beers en Dols) en de bestuurder van De Keerderberg.

De Raad van Toezicht heeft haar akkoord gegeven op de volgende zaken;

- Jaar/Kwaliteitsplan 2017;
- Begroting voor 2018;
- Jaarrekening, accountantsverslag en maatschappelijk verslag 2017; (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;
- Beloningsstructuur inzake WNT voor RvB;
- Nieuwe financiële dienstverlener

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

- Tussentijdse evaluaties van het kwaliteitsplan;
- Financiële rapportages 2018;
- Voortgang invoering onderdelen benoemd in Waardigheid en Trots en Kwaliteitsgelden;
- Ethische commissie;
- Klachtenregeling;
- Cao VVT;
- Reglement Raad van Toezicht;
- Invulling vacatures RvT
- Zittingstermijnen leden RvT
- Beloningsstructuur RvT
- Overeenkomsten met Envida;
- Overeenkomst met Ellis;
- Aangaan huurovereenkomst m.b.t. ruimten in Missiehuis
- Taxatierapport WZC De Keerderberg
- 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 cliënttevredenheidsonderzoek
- Functioneringsgesprek RvB;
- Evaluatie en beëindiging dienstverlening Zorgloods;
- Toezicht op Kwaliteit en Veiligheid (MIC, Klachtencommissie bewoners en personeel, gebouwbeheer met legionella- HCCP- Gebruiksvergunning- en Brandmeldcontroles en overleg met Cliëntenraad);
- Personele zaken zoals uitbreiding formatie zorg, dienstverlening, medewerkers-t tevredenheidsonderzoek, personeelsbeleid, ziekteverzuimbeleid;
- Scholingsopzet;
- Project Leerafdeling met ROC Leeuwenborgh;
- Audit keurmerk in de Zorg;
- Klachtenregeling;
- 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;

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 opgevuld.