

Kwaliteitsplan afdeling Zorg en Wonen DLR 2023



Datum: November 2022
Versie: 0.2
Manager Zorg: Yolande Smit
Auteur: Marion Huijs

Voorwoord

De zorgverleners en behandelaars zijn dagelijks bezig om de zorg op de afdeling te verbeteren. Jaarlijks wordt een meting gedaan in de vorm van een Kwaliteitsverslag waarbij wordt geëvalueerd of het verbeteren van de zorg het gewenste resultaten biedt. Het Kwaliteitsverslag beschrijft de resultaten van de doelen en acties die opgenomen zijn in het Kwaliteitsplan. Het Kwaliteitsplan en verslag bieden samen inzicht in de continue verbetering van zorg op de afdeling, beide voldoen aan de gestelde eisen 'Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2022'.

Naast het werken aan de verplichte en keuze indicatoren van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft palliatieve, terminale zorg binnen de afdeling extra aandacht gekregen. Het team is aan de slag gegaan met de acties uit het kwaliteitsplan 2022. Grotendeels zijn alle acties uitgevoerd, dit verslag beschrijft de resultaten hiervan. Per actie wordt aangegeven wat de status van de actie is doormiddel van drie kleuren.

<i>Loopt</i>	<i>Uitgesteld of niet behaald</i>	<i>Gereed</i>
--------------	---------------------------------------	---------------

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
1.Profiel Kessler Stichting	
Profiel Zorg en Wonen	6
1.Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	
1.1 Competentie Gericht Begeleiden (CGB)	6
1.2 Ondersteuning voor de bewoners en het team	7
1.3 Palliatieve en terminale zorg.....	7
2.Wonen en welzijn	
2.1 Wooncomfort	8
2.2 Activiteitenbegeleiding en dagbesteding	8
2.3 Vrijwilligers.....	8
2.4 Voeding en maaltijdbeleving.....	8
2.5 Hygiëne	9
3.Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning	
3.1.1 Incidenten commissie afdeling Zorg en Wonen DLR.....	10
Valincidenten	11
Medicatie veiligheid	12
Agressie (fysiek, verbaal).....	12
3.5 Kwaliteitskader indicatoren.....	13
Advance Care Planning (ACP).....	13
4.Leren en ontwikkelen	
4.1 Hulpmiddelen	14
4.1.1 Zelfredzaamheid matrix (ZRM).....	14
4.2 Scholingen	14
4.3 Leren van elkaar.....	16
4.4 Vermindering registratielast.....	16
5.Leiderschap, governance en management	
5.1 Organisatie.....	16
5.2 Afdelingsorganisatie.....	17
5.3 Aandachtvelden	17
5.4 Cliëntenraad.....	17
6.Personeelssamenstelling	
6.1 Ziekteverzuim	19
6.2 Professioneel handelen	19
7. Hulpbronnen, omgeving en context	
7.1 Hulpmiddelen	19

7.2 Samenwerking in de keten	19
8. Gebruik van Informatie	
8.4 Cliënttevredenheidsonderzoek	20
8.1 Medewerker tevredenheidsonderzoek (MTO)	20
9. Acties per thema voor 2023	

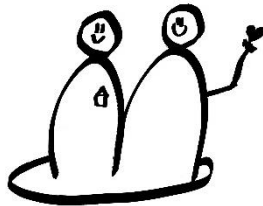
1. Profiel Kessler Stichting

De Kessler Stichting biedt Noodopvang, Beschermd Wonen, kortdurende opvang, ambulante begeleiding, dagbesteding en verpleeghuiszorg in Den Haag. Dit doet de Kessler Stichting vanuit de volgende missie:

*We bieden uitkomst voor sociaal kwetsbare mensen.
Mensen die opvang, zorg en/of begeleiding nodig hebben omdat ze er alleen niet meer uitkomen.*

Uit deze missie volgt onze visie:

Wij zijn een gespecialiseerde, professionele instelling die zich inzet voor sociaal kwetsbare mensen en leveren een essentiële bijdrage aan het verbeteren van hun leefsituatie. Het doel van onze begeleiding is erop gericht samen met de bewoner al aanwezige competenties te versterken en verbetering aan te brengen in de persoonlijke situatie van de bewoner. We sluiten aan bij de eigen kracht van de bewoner om zijn of haar persoonlijke doelen te realiseren.



Definitie

Binnen de productgroep Zorg en Wonen bieden wij zorg in kader van de Wet langdurige zorg op drie verschillende afdelingen die aan elkaar gerelateerd zijn, maar met elk hun eigen expertise. Het betreft de volgende drie afdelingen:

1. Zorg en Wonen - De la Rey
2. Zorg en Wonen – Viljoen
3. Zorg en Wonen – Toussaint

Dit Kwaliteitsplan heeft betrekking op de afdeling Zorg en Wonen- De la Rey. Deze afdeling valt onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Op deze afdeling ontvangen de bewoners somatische zorg, psychische zorg en maatschappelijke ondersteuning vanuit een professioneel multidisciplinair team met kennis en expertise op meerdere domeinen.



Profiel Zorg en Wonen

De bewoners die op de afdeling Z&W DLR wonen hebben een leven op straat of een instabiele situatie zonder vaste woon- of verblijfplaats achter de rug. Het zijn bewoners die in een sociaal kwetsbare positie verkeren en lichamelijke en/ of psychische problemen hebben. De ziekte en/of medische en/of psychische aandoening maakt dat zij behoefte hebben aan een combinatie van (beschermd) verblijf en medische/ psychische zorg. Als bewoners worden doorverwezen vanuit het ziekenhuis zijn veel regelzaken (financiën, schulden, dagbesteding) nog niet opgepakt. Al deze zaken vragen een andere ondersteuning dan bij een regulier verpleeghuis. Bij nieuwe aanmeldingen is er extra aandacht voor de contra-indicaties zodat de problematiek van de bewoners voor de afdeling hanteerbaar blijft.

Doel van de begeleiding

- Langdurig, plezierig en veilig wonen.
- Het bieden van een passende en veilige woonomgeving, die voldoet aan de zorgbehoeften van de bewoner, waarbij de begeleiding gericht is op persoonlijke ontwikkeling en herstel.
- Stabilisatie van psychische en/of somatische problematiek.
- ADL en HDL vaardigheden behouden of aanleren om indien mogelijk zelfstandig(er) te kunnen functioneren/ zelfredzaamheid te bevorderen.
- Voorkomen van terugval of verergering psychische en/of somatische problematiek en bevordering herstel.
- Zinnvolle dag invulling/zingeving die aansluit bij persoonlijke interesses en vaardigheden en gericht op vergroten of behouden van kwaliteit van leven.
- Administratie en financiën op orde.
- Informeel steunend netwerk creëren en afspraken maken voor steun.
- Inzicht creëren in vaardigheden, rekening houdend met de gerelateerde factoren.

Op de afdeling Z&W DLR zijn 30 plaatsen voor bewoners met een WLZ/VVT 5 t/m 10 indicatie, 4 plaatsen Eerstelijns Verblijf (ELV) en 2 bijzondere zorg plaatsen. Op de ELV-plaatsen verblijven de bewoners voor maximaal 3 maanden, met een eventuele verlenging.

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning



1.1 Competentie Gericht Begeleiden (CGB)

De bewoners die op de afdeling Z&W DLR wonen zijn een unieke doelgroep door het intensieve leven dat zij geleid hebben waarbij meestal verslaving een rol heeft gespeeld of nog speelt. Het team Z&W DLR

voelt zich verbonden bij deze doelgroep. De persoonsgerichte benadering die geboden wordt binnen de Kessler Stichting is verweven met de methodiek Competentie Gericht Begeleiden (CGB). De methodiek Competentie Gericht Begeleiden (CGB) is een eigen ontwikkelde methodiek. Begin 2022 heeft een CGB training plaatsgevonden samen met een aantal andere afdelingen van de Kessler Stichting.

1.2 Ondersteuning voor de bewoners en het team

De bewoners en het team Z&W DLR team worden ondersteund door:

- De afdeling intake biedt ondersteuning bij opname en doorstroom van bewoners.
- Maatschappelijk werk is beschikbaar voor vragen van het team en de bewoners.
- De interne GGZ-specialisten voor vragen en advies over de geestelijke gezondheid van de bewoners.
- Door Brijder, Parnassia en het wijkteam als er vragen zijn vanuit bewoners en/of van medewerkers. Jaarlijks worden de samenwerkingsafspraken geëvalueerd.
- Door een (para)medisch team verbonden aan de afdeling. Per 1 mei 2022 is de samenwerking met stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) beëindigt. Er is besloten te gaan samenwerken met het paramedisch team van Novicare. Op verschillende niveaus vindt regelmatige afstemming plaats tussen de Kessler Stichting en Novicare. De samenwerking verloopt naar tevredenheid.
- Op de afdeling verblijven een aantal bewoners met indicatie GGZ 4 hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst met één lokale huisartsenpraktijk.
- Fresh Unieke Mondzorg (FUM) biedt mondzorg voor de bewoners op de afdeling. Alle bewoners kunnen ingeschreven worden ongeacht de financiering. Bewoners met een ELV-indicatie behouden hun eigen tandarts. Jaarlijks wordt de samenwerking geëvalueerd. De bewoners en de afdeling is tevreden over de mondzorg die FUM biedt.
- Alle teams van de Kessler Stichting worden in hun werk ondersteund door de vrijwilligers- en opleidingscoördinator, Facilitair, P&O, B&P en financiën en control.

1.3 Palliatieve en terminale zorg

In 2022 is het beleid en de werkinstructie palliatieve en terminale zorg herzien. De samenwerking met Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (SVTZ) en het team van Z&W DLR zijn opnieuw afgestemd en vastgelegd. Afgelopen jaar is meerdere keren ondersteuning ingezet van de vrijwilligers van SVTZ. De samenwerking is naar tevredenheid verlopen. De vrijwilligers bieden hulp in de laatste levensfase van een bewoner. Afgelopen jaar zijn in totaal 5 bewoners overleden, op de afdeling zelf of in het ziekenhuis. Er is één aandachtfunctionaris palliatieve zorg verbonden aan de afdeling. In 2022 zijn alle verpleegkundige opnieuw geschoold m.b.t palliatieve, terminale zorg. De viggers worden het 4^e kwartaal 2022 geschoold.

Thema	Acties Kwaliteitsplan 2022: Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	Status
Vrijwilliger	Opstellen vrijwilligersplan	Gereed
Zorgleefplan	Na elk MDO wordt het ZLP wordt aangevuld.	Gereed

2. Wonen en welzijn



Het bieden van maatwerk: De Kessler Stichting keurt het gebruik van middelen af, dit betekent dat er binnen de Kessler Stichting geen middelen (alcohol, drugs) gebruikt mogen worden en niet in bezit mogen zijn. actief gebruik van middelen is geen reden om bewoners te weigeren behalve als het gedrag niet hanteerbaar is. Regelmatig wordt samen met de bewoner naar maatwerk oplossingen gezocht.

2.1 Wooncomfort

Jaarlijks wordt tijdens het cliënttevredenheidsonderzoek geïnformeerd hoe de bewoners het wonen op de afdeling ervaren. De uitkomst van het CTO 2022 zal verwerkt worden in het kwaliteitsverslag 2022.

2.2 Activiteitenbegeleiding en dagbesteding

Sinds 2021 is er een centraal team activiteitenbegeleiders. Dit team is voor alle afdelingen van de productgroep Zorg en Wonen beschikbaar. De activiteitenbegeleiders plannen en organiseren allerlei activiteiten voor een prettige daginvulling. De actie om voor elke bewoner een individueel activiteitenplan op te stellen is uitgesteld naar 2023 i.v.m. met personele wisselingen. Er zijn nu twee activiteitenbegeleiders beschikbaar voor de productgroep Zorg en Wonen. In 2023 is er 1,7 FTE activiteitenbegeleiding beschikbaar. Het opstellen van de activiteitenplannen wordt bij de activiteitenbegeleiding belegd.

2.3 Vrijwilligers

De bewoners die verblijven op afdeling Z&W DLR hebben vaak een intensief leven geleid waarbij relaties vaak beschadigd zijn geraakt. Het onderhouden en opbouwen van een netwerk heeft zeker de aandacht maar de mogelijkheden zijn soms beperkt. De rol van vrijwilligers is hierdoor extra belangrijk. Er zijn vaste vrijwilligers verbonden aan de afdeling en er is een vrijwilligersplan opgesteld. In het plan zijn de vrijwilligerstaken beschreven.

2.4 Voeding en maaltijdbeleving

De verbouwing van de keuken is in december 2021 afgerond inmiddels wordt de keuken volop gebruikt. De voedingsassistente en/of vrijwilliger verzorgen een aantal keren per week een warme lunch en gastvrije maaltijden. Eten en drinken is een vaste indicator vanuit het Kwaliteitskader. Een actie voor 2022 is dat voor elke bewoner de voedselvoorkeuren (voorkeuren eten, hulp bij eten, tijden, plaats, hoeveelheid) minstens elke 6 maanden besproken worden en vastgelegd worden in het elektronisch cliëntdossier (CVS). Deze actie wordt in 2023 vormgegeven door de keuken medewerkers.

In de vragenlijst van het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) wordt jaarlijks geïnformeerd of de bewoner invloed heeft op het menu en de kwaliteit van het eten. Het CTO heeft in 2022 van 17 oktober tot 17 november plaatsgevonden. De inhoud van het CTO rapport zal worden opgenomen in het Kwaliteitsverslag 2022.

2.5 Hygiëne

De medewerkers van de afdeling geven aan dat een aantal schoonmaaktaken bij de verpleegkundige en viggers is belegd. Vanwege personele tekorten lukt het niet altijd tijd te vinden voor deze schoonmaaktaken. De afdeling en individuele hygiëne van de bewoners blijft een aandachtspunt.

Acties Kwaliteitsplan 2020: Wonen en Welzijn	Status
Dagbesteding: Voor elke bewoner is een individueel activiteitenplan ingevuld.	Uitgesteld naar 2023
Vrijwilligers: Opstellen taken vrijwilligers (vrijwilligersplan).	Gereed

3 Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning



De Kessler Stichting beschikt over een digitaal meldsysteem Veilig Incidenten Melden (VIM) zodat (bijna) incidenten of onveilige situaties gemeld kunnen worden door medewerkers. In 2022 heeft een evaluatie plaatsgevonden waarbij de werkinstructies VIM proces en Proces extern melden geëvalueerd zijn.

3.1 VIM commissie

Een aantal wijzigingen hebben plaatsgevonden m.b.t. de VIM werkwijze. Het VIM formulier is ingekort en gebruiksvriendelijker gemaakt. De werkwijze is als volgt:

1. Na het plaatsvinden van een incident wordt het incident nabesproken in het team evt. wordt de escalatiecirkel gebruikt.
2. De incidentmelding wordt doorgestuurd naar betrokkenen (managers, Beleid & Projecten (B&P) enz.).
3. De afdeling B&P toetst of het een externe melding betreft (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of GGD). Zo ja, volgt proces extern melden.
4. Het Bedrijfsopvangteam biedt indien nodig nazorg.
5. Bespreken incident in de VIM commissies: Sinds 2022 worden incidenten in de VIM commissies besproken. De VIM commissie bestaat uit: afvaardiging van de afdeling, trajectcoördinator, medewerkers B&P. Ieder kwartaal worden de incidenten besproken. In deze groep komen meerdere personen bij elkaar die de meldingen bespreken om de grote lijnen hierin te ontdekken, te analyseren en ervan te leren. De acties die hieruit volgen worden besproken in de commissie Kwaliteit en Veiligheid. Er wordt gekeken of er op basis van trends directe signalering richting het bestuur nodig is. De afdeling Z&W DLR, Viljoen en Toussaint vallen onder de VIM cluster Zorg & Wonen.
6. Opstellen kwartaalrapportage. Elk kwartaal wordt een rapportage opgesteld van alle VIM meldingen. Naast de kwartaalrapportage wordt een jaarrapportage opgesteld deze biedt inzicht in wat er op de afdeling speelt, welke trends er zijn en waar verbeteringen mogelijk zijn.

3.1.1 Incidenten commissie afdeling Zorg en Wonen DLR

De incidenten commissie afdeling Zorg en Wonen DLR zal in 2023 worden opgestart. Het vormgeven van een incidentencommissie betreft een kwaliteitskader eis. Eén keer per kwartaal zullen incident meldingen en eventuele trends van de afdeling besproken worden. Doel van het overleg is de kwaliteit van zorg te verbeteren. De deelnemers zijn de trajectcoördinator, een verpleegkundige en/of VIG, Specialist Geneeskunde en/of Verpleegkundig Specialist.

3.2 Proces Extern melden

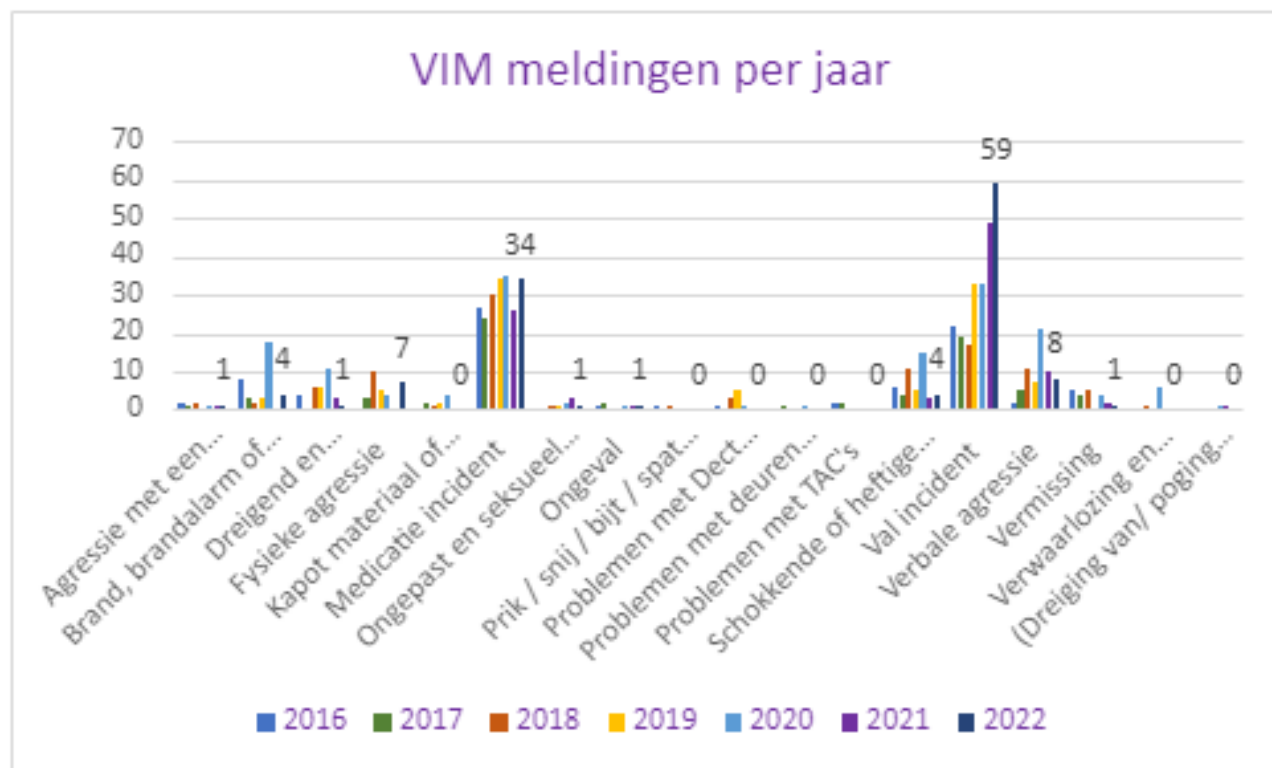
De werkinstructie proces extern melden is gewijzigd. De inspectie (IGJ) heeft geadviseerd om een multidisciplinaire commissie de calamiteiten te laten beoordelen. Voorheen werd de beoordeling gedaan door de afdeling B&P. In 2022 zijn leden geworven uit de VIM commissies voor deelname aan de PRISMA commissie. Na het plaatsvinden van een calamiteit zal een onafhankelijke PRISMA commissie samenkomen om de calamiteit te analyseren, betrokkenen te interviewen en binnen 6 weken een rapport op te stellen. Een medewerker van de afdeling B&P is hierbij de voorzitter. Als de calamiteit heeft geleid tot overlijden van een bewoner zal een onafhankelijk voorzitter ingezet worden. Bij medische incidenten neemt de verpleegkundig specialist of Specialist Ouderengeneeskunde van Novicare deel aan de PRISMA commissie.

3.3 Vim meldingen afdeling Z&W 2022 tot heden

Type melding Zorg en Wonen	2018	2019	2020	2021	2022 t/m 01-11-2022
Val incident	17	33	33	49	59
Medicatie incident	30	34	35	26	34
Agressie	23	12	26	11 Verbaal 10 fysiek 1 voorwerp	8 Verbaal 7 fysiek 1 voorwerp
Schokkende of heftige ervaring (overig)	11	5	15	3	4
Dreigend en intimiderend gedrag	6	6	11	3	1
Ongepast en seksueel intimiderend gedrag	-	-	-	3	1
Brand, brandalarm, brandgevaar	2	3	18	0	4
Verwaarlozing en zelfbeschadigend gedrag	1	0	6	0	0
Facilitaire meldingen	4	7	6	0	0
Vermissing	5	0	4	2	1
(Dreiging van/ poging tot) suicide	0	0	1	0	0
Ongeval	0	0	1	1	1
Prik/ snij/ bijt/ spat incident	1	0	0	0	0

Totaal	101	101	158	98	121
---------------	------------	------------	------------	-----------	------------

Tabel 4: VIM meldingen per jaartallen, aantallen en de meeste meldingen.



Tabel 4: Aantal gemelde VIM meldingen per jaar van afdeling Zorg & Wonen 2022 betreft 01-01-2022 t/m 01-11-2022.

De top 3 type VIM-meldingen per jaar:

- Van 2017 tot 2020: top 1 medicatie, 2 valincidenten, 3 agressie (verbaal of fysiek).
- Van 2021 tot 2022 (t/m 01-11-2022): top 1 valincidenten, 2 medicatie, 3 agressie.

Het totale aantal meldingen in 2020: 158 meldingen, 2021: 99 meldingen en in 2022: (t/m 01-11-2022) 121 meldingen.

3.3 Top 3 VIM incidenten

Valincidenten

Zowel in 2021 als in 2022 tot 01-11-2022 betrof de grootste groep VIM-meldingen valincidenten. De meldingen hebben betrekking op een kleine groep bewoners waarbij afspraken m.b.t mobiliteit slecht worden nageleefd vanwege alcohol, middelen gebruik en/of verwardheid.

In 2022 heeft valpreventie extra aandacht gekregen. De checklijst Veilige zorg wordt ingevuld als de gezondheidstoestand van de bewoner verandert om het valgevaar in te kunnen schatten. De ergocoach verbonden aan de afdeling zal een klinische les valpreventie verzorgen. De medewerkers van de afdeling hebben een training fysieke belasting gevolgd m.b.t het gebruik van tilliften enz. Acties m.b.t verbeteringen van de afdeling zijn besproken tijdens de VIM commissie (drempels op de afdeling, tijdelijke rolstoelen enz.) en zijn afgerond of in behandeling bij facilitair.

Medicatie veiligheid

In 2021 is hard gewerkt om een aantal medicatie wijzigingen door te voeren om veilige medicatiezorg te kunnen bieden die voldoet aan de Veilige medicatie principes. Een veilig medicatie proces vraagt constante alertheid zodat de aandacht niet verslapt. Per 2022 is gestart met het organiseren van medicatiereviews. Het organiseren van medicatiereviews is één van de verplichte Kwaliteitskader indicatoren. Elk kwartaal wordt een medicatiereview gehouden met de trajectcoördinator, manager zorg, aandachtsfunctionaris medicatie en medewerker B&P. Tijdens de review worden de VIM meldingen besproken volgens de Plan-Do-Check-Act aanpak besproken. Naast deze medicatie review vindt jaarlijks een MDO plaats waarbij de SO het Actuele Medicatie Overzicht evalueert. De externe medicatie audit heeft in 2022 plaatsgevonden de algemene indruk was heel goed en er zijn geen tekortkomingen geconstateerd.

Uit het IGJ bezoek 2021 werden twee verbeterpunten aangegeven:

- De opslag van de zuurstof kan beter worden vastgelegd: inmiddels heeft Facilitair dit punt verbeterd.
- Het vastleggen van contra-indicaties kan worden verbeterd: Dit punt blijkt in de praktijk lastig te verbeteren. Er zijn een paar bewoners die zelf medicatie kopen en de medewerkers niet informeren over het medicatie gebruik. Als extra medicatie gebruik geconstateerd wordt, wordt het besproken en evt. actie ondernomen.

Medicatie acties 2022:

- Dubbel aftekenen: digitaal dubbel aftekenen deze werkwijze is niet geschikt bevonden voor de afdeling. Overdag is er voldoende personeel om medicatie dubbel te laten controleren. In de nacht zal de nachtdienst de medicatie dubbel laten controleren door een medewerker van de Noodopvang Delagoa.
- Jaarlijks wordt het medicatie beleid geëvalueerd.
- De pilot "overgang naar Zorgapotheek" is geïmplementeerd. Dit betekent dat alle bewoners van de afdeling Z&W DLR verbonden zijn aan de Zorgapotheek. Voorheen maakten 4 bewoners met een GGZ 4 indicatie gebruik van een andere apotheek. De overgang zorgt voor één uniform medicatieproces dat voldoet aan de landelijke richtlijn "Veilige principe en de medicatieketen".

Agressie (fysiek, verbaal)

De VIM-meldingen m.b.t agressie zijn in 2022 ten opzichte van voorgaande jaren toegenomen er waren 8 meldingen tot 01-11-2022. In 2021 was dit één melding.

Overige type meldingen

- Brand, brandalarm, brandgevaar: In 2022 waren 4 meldingen, in 2021 waren er geen meldingen m.b.t brandgevaar. Er zijn een aantal bewoners die op hun kamer roken dit zorgt af en toe voor brandmeldingen.
- Schokkende of heftige ervaring (overig): In 2021 waren er 3 meldingen en dit jaar 4.
- Ongepast en seksueel intimiderend gedrag: in 2021 waren er drie meldingen. In 2022 één melding.
- Verwaarlozing: de medewerkers van de afdeling geven aan dat er aantal bewoners zijn die zichzelf dreigen te verwaarlozen. Dit hangt samen met de bewoners doelgroep de afdeling heeft hier constant aandacht voor waardoor het niet gemeld wordt.

3.4 Kwaliteitskader indicatoren

Sinds 2021 stelt het kwaliteitskader drie indicatoren verplicht en twee keuze indicatoren die belangrijk zijn voor de veiligheid van de bewoners. Voor de afdeling Z&W DLR gelden de volgende indicatoren: decubitus, advance care planning, medicatieveiligheid, continentie en aandacht voor eten en drinken. In 2022 is hard gewerkt om aan de vereisten van m.b.t alle indicatoren te voldoen. In het Kwaliteitsverslag 2022 zullen de resultaten van deze acties beschreven worden.

Decubitus

In 2022 waren 5 bewoners opgenomen met wonden vanuit het ziekenhuis, waarvan 3 bewoners met decubitus. Afgelopen zomer hadden een aantal bewoners smetplekken vanwege de hitte. Op de afdeling wordt wondverzorging geboden. De decubitus registratie is opgenomen in CVS en wordt sinds oktober 2022 geregistreerd.

(In)continentie

In totaal zijn 16 bewoners op de afdeling incontinent en zij maken gebruik van incontinentiemateriaal. Bij de bewoners waarbij continenietraining mogelijk is krijgen hulpmiddelen aangeboden en worden ondersteund m.b.t continenietraining. De incontinentieregistratie is opgenomen in CVS en wordt sinds oktober 2022 geregistreerd.

Advance Care Planning (ACP)

ACP is een verplichte kwaliteitsindicator. ACP is een methode om de persoonlijke doelen, voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te bepalen samen met de bewoner in de laatste levensfasen. Het bespreken van de laatste wensen op het gebied van medische behandeling zal door de Verpleegkundig Specialist (VS) of Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van Novicare besproken worden. In de samenwerkingsafspraken is opgenomen dat de VS of SO de ACP bespreekt en vastlegt. In het Cliënt Volg Systeem (CVS) zijn de ACP registratie gecontroleerd en op orde gebracht. De medewerkers op de afdeling bespreken persoonlijke wensen met de bewoners in de laatste levensfase en hun naasten. Ook deze afspraken worden in CVS vastgelegd.

Thema	Acties Kwaliteitsplan 2022: Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning	Status
Medicatie	Elk kwartaal worden de VIM meldingen besproken.	Gereed
	Evaluatie proces dubbel aftekenen.	Gereed
	Jaarlijkse evaluatie medicatie beleid en bijbehorende documenten	Gereed
Valpreventie	Bij wijzigingen in de gezondheidstoestand van de bewoner wordt de checklijst Veilige zorg ingevuld om evt. valgevaar te kunnen inschatten.	Gereed
Decubitus	De decubitus registratie voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader.	Gereed
(In)continentie	De incontinentie registratie voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader.	Gereed
Advance Care Planning	De ACP planning is geïmplementeerd en geregistreerd in CVS.	Gereed

4 Leren en ontwikkelen



In 2022 heeft palliatieve en terminale zorg extra aandacht gekregen. De afdeling heeft twee extra kamers gecreëerd om bijzondere zorg te kunnen verlenen.

De Kessler Stichting stelt zich tot doel continu te verbeteren. Om de kwaliteit te beoordelen worden diverse metingen gedaan zoals:

- Het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek (CTO): het CTO is in november 2022 afgerond. De uitkomsten worden verwerkt in kwaliteitsverslag 2022.
- Interne en externe audits: In 2021 heeft de HKZ het certificaat voor de Kessler Stichting met 3 jaar verlengd. In november 2022 staat de jaarlijkse HKZ controle gepland.
- Incidentmeldingen: Incidentmeldingen worden besproken volgens de PCDA cyclus tijdens de VIM commissie, zie 3.1.
- Daarnaast wordt informatie verkregen uit klachten, bewonersoverleggen en uiteraard gesprekken met de bewoners en collega's.
- Als er tekortkomingen worden geconstateerd worden verbetermaatregelen opgesteld die vervolgens worden gemonitord en geëvalueerd.

4.1 Hulpmiddelen

Een actie uit het Kwaliteitsverslag 2022 was inventariseren welke hulpmiddelen geschikt zijn voor de afdeling Z&W DLR. Er heeft een inventarisatie van hulpmiddelen plaatsgevonden. Veel hulpmiddelen worden al gebruikt door de medewerkers op de afdeling. Tijdens de evaluatie van het palliatieve en terminale beleid is de keuze gemaakt om te werken met de hulpmiddelen:

- Visual analogue Scale (VAS) dit is een pijnmeetinstrument waarbij een schaal van 0 t/m 10 is opgedeeld, waarbij 0 geen pijn is en 10 de allereerste pijn.
- Delirium Observatie screeningsschaal (DOS) voor het kunnen monitoren en verkennen van verwardheid bij bewoners in de laatste levensfase.

De medewerkers waren al bekend met het werken met deze hulpmiddelen.

4.3.1 Zelfredzaamheid matrix (ZRM)

Een actie uit het Kwaliteitsplan 2022 was om een geschikt instrument screeningsinstrument in te zetten. In 2022 is de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) geïmplementeerd op de afdeling. De ZRM is een screeningsinstrument dat verschillende domeinen van het leven in kaart brengt. De zelfredzaamheid van een bewoner wordt uitgedrukt in een score. Door de ZRM te gebruiken wordt beter inzichtelijk of een bewoner passend is voor de afdeling. De uitkomst van de implementatie is dat de ZRM niet gebruiksvriendelijk genoeg is voor de afdeling. In 2023 wordt dit vervolgd.

4.2 Scholingen

Om de medewerkers van de afdeling Z&W DLR te ondersteunen in hun werk hebben een aantal scholingen plaatsgevonden. De Kessler Stichting hanteert een organisatiebreed scholingsprogramma met specialisaties per afdeling. Het programma bestaat uit algemeen verplichte trainingen voor alle medewerkers van de Kessler Stichting, aangevuld met trainingen afgestemd op de leerwensen van de

afzonderlijke afdeling. In de tabel staan de scholingen die in 2022 plaatshebben gevonden of verplaatst zijn naar 2023. De scholing omgaan met agressie, intimidatie en lastige bewoners situaties is op een andere manier ingevuld op verzoek van het team. De GGZ specialisten hebben coaching geboden d.m.v. bewoner situaties op de afdeling (coaching on the job). Het team heeft behoefte aan een training m.b.t fysieke belasting m.b.t het inzetten van hulpmiddelen en adviezen voor 2023.

Scholing	Doel scholing	Plaatsgevonden in 2022
Basistraining Competentiegericht Begeleiden	Kennis en vaardigheden aanleren van de door de Kessler Stichting gehanteerde begeleidingsmethodiek voor nieuwe medewerkers	Ja
BHV	Kennis en vaardigheid oefenen als bedrijfshulpverlener	Alle medewerkers zijn getraind en de afd. is bezocht m.b.t BHV
Klinische lessen Medicatie	Scholing voor verzorgenden en verpleegkundigen gericht op medicatieleer met als doel kennis updaten.	Verplaatst naar 2023
Voorbehouden en risicovolle handelingen	Behoud van de bevoegdheid voor uitvoering voorbehouden en risicovolle handelingen iedere drie jaar	Ja
Teambijeenkomsten CGB	Kennis en vaardigheden CGB toetsen in de praktijk a.d.h.v. casuïstiek	Ja
CVS-workshops	Gericht op kennis opdoen van ons Cliëntvolgsysteem	Op aanvraag
Vakmiddag gericht op mondzorg	Opfrissen/ updaten kennis in het team over mondzorg, elk 1,5 jaar.	Ja
Interne training Psychopathologie	Herkennen van psychiatrische ziektebeelden, bejegenen, begrenzen en de-escalerende interventies	Ja
Palliatieve basistraining	Informatie over palliatieve zorg. Organisatie en continuïteit van palliatieve zorg. Symptoom management, zingeving. Stervensfase, palliatieve sedatie, zorg voor de bewoner en naasten.	Ja, afgerond voor Verpleegkundigen. Vig'ers volgen deze training Q4 2022
COVID 19 e-learning vaccinatie RIVM	E-learning COVID-19: vaccins voorbereiden en toedienen. Deze e-learning is verplicht om corona vaccinaties te kunnen toedienen.	Op aanvraag
Fysieke belasting	Gevaren van fysieke belasting, basisprincipes goede werkhouding en bewegen, werken met hulpmiddelen.	ja
Valpreventie	Uitleg valrisico, valpreventie.	Verplaatst naar 2023

4.3 Leren van elkaar

In 2022 is in goed overleg besloten het lerend netwerk met de partners van Parnassia en WZH op te heffen. De reden hiervoor was een overlap met het lerend netwerk Wlz GGZ. De volgende partijen zijn vertegenwoordigd bij dit overleg: Parnassia, Limor, Leger des Heils, Anton Constandse, Fonteyenburg en het Zorgkantoor CZ. De contactpersoon van WZH heeft de keuze gemaakt niet deel te nemen aan dit overleg. De meerwaarde van het lerend netwerk Wlz GGZ is dat er meerdere partijen deelnemen waardoor de lijnen kort zijn daarnaast is er vertegenwoordiging vanuit het Zorgkantoor waardoor vragen direct beantwoordt kunnen worden. Het voornemen is om in 2023 de afspraken plaats te laten vinden op locatie. De manager zorg en medewerker B&P nemen deel aan het lerend netwerk.

4.4 Vermindering registratielast

De schrapbijeenvakkomsten zijn afgerond in 2022 de suggesties voor verbetering zijn zoveel als mogelijk verwerkt in het Elektronische Volg Systeem (CVS). Terugdringen van de registratielast is een doorlopende actie.

Thema	Acties Kwaliteitsplan 2022: Leren en ontwikkelen	Status
Methodisch werken	De schrapsessie zijn afgerond en verwerkt in CVS.	Gereed
Leren van Elkaar	Deelname aan het Lerend Netwerk voldoet aan de eisen die het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg stelt.	Gereed
Scholingen	De verpleegkundigen en viggers verbonden aan de afdeling Z&W DLR worden in 2022 geschoold m.b.t palliatieve en terminale zorg.	Loopt
Zelfredzaamheid matrix	De inventarisatie en implementatie van een screeningsinstrument dat complex gedrag meet heeft plaatsgevonden.	Gereed

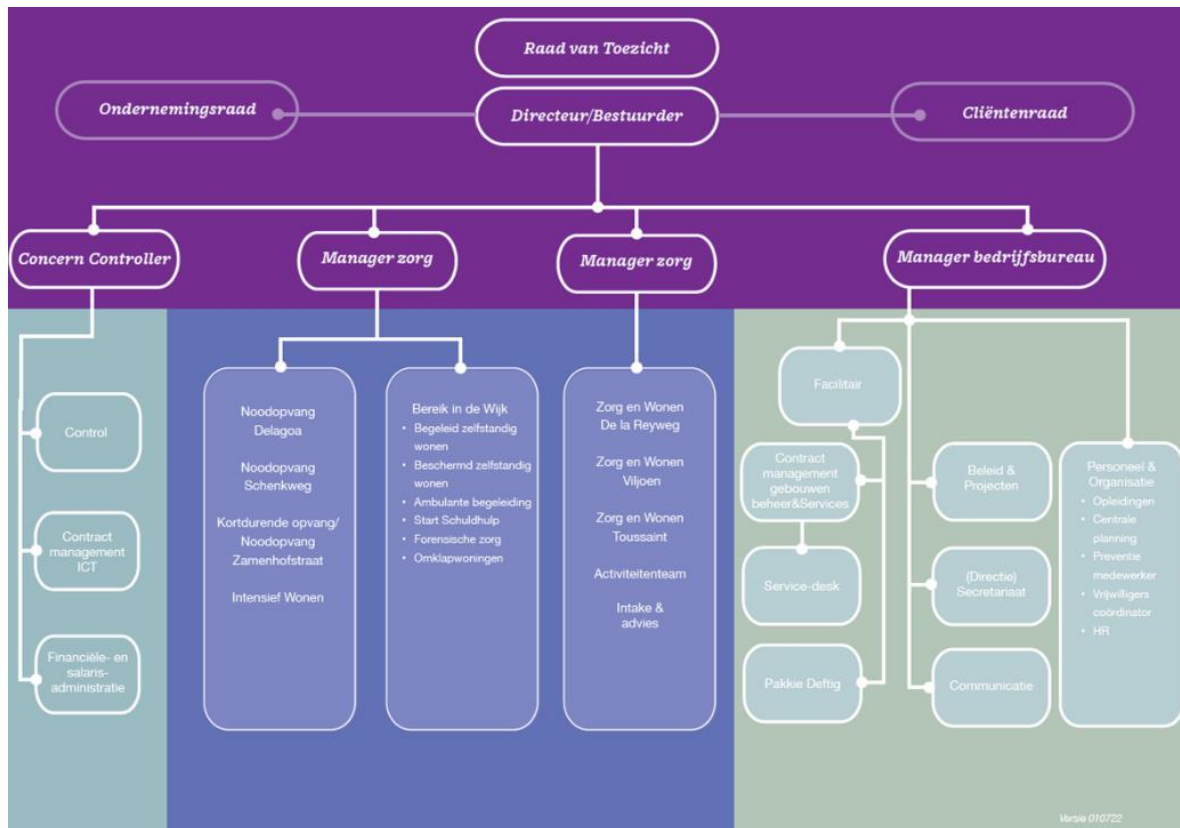
5 Leiderschap, governance en management



De Kessler Stichting kent een eenhoofdige bestuur de heer A. Schinkelshoek. De bestuurder oefent zijn taken uit als voorzitter van het managementteam. De afdeling wordt aangestuurd door een Manager Zorg. Waarbij de traject coördinator de regie functie heeft voor de kwaliteit en indicatoren van het primair proces. De Raad van Toezicht houdt toezicht op het bestuur van de organisatie en daarbij op het toepassen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

5.3 Organisatie

De Kessler Stichting is een platte organisatie. Er is een bestuursorganisatie, een ondersteuningsorganisatie en een uitvoeringsorganisatie. Het werk van de teams wordt zo goed mogelijk gefaciliteerd door de ondersteunende afdelingen zoals P&O, de staf- en de facilitaire dienst.



5.4 Afdelingsorganisatie

In 2022 heeft een wisseling plaatsgevonden van de trajectcoördinator, tijdens deze wisseling was er tijdelijk geen trajectcoördinator op de afdeling. Twee verpleegkundigen hebben deze taak tijdelijk ingevuld. De Manager Zorg heeft maandelijks overleg met de afdeling, sluit regelmatig aan bij (werkoverleggen van) het team en heeft doorlopend contact met medewerkers als hier aanleiding voor is.

5.5 Aandachtvelden

Al geruime tijd wordt op de afdeling Z&W DLR gewerkt met medewerkers die verantwoordelijk zijn voor een bepaald aandachtsveld (medicatie, wonden enz.). De medewerkers met een aandachtsveld zijn extra geschoold m.b.t een bepaald thema en kunnen collega's ondersteunen. Afgelopen jaar zijn de aandachtsvelden gewisseld vanwege personele wisselingen. Momenteel is de aandachtsveld taak wonden niet ingevuld. Deze rol zal opnieuw ingevuld worden.

5.6 Cliëntenraad

De Kessler Stichting heeft een actieve en betrokken cliëntenraad. Het Kwaliteitsverslag 2021 en Kwaliteitsplan 2022 wordt tijdens de cliëntenraadsvergadering besproken. Alle thema's die de cliëntenraad aangaan worden zoveel als mogelijk geagendeerd tijdens de cliëntenraadsvergadering. Vanuit de afdeling Z&W DLR is er een afvaardiging van één bewoner in de cliëntenraad.

6. Personeelssamenstelling



De zorg en ondersteuning op de afdeling Z&W DLR wordt uitgevoerd door viggers, verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders en maatschappelijk werkers aangevuld met flexmedewerkers en uitzendkrachten. Er is een verpleegkundige achterwacht aanwezig voor vragen buiten kantoor tijden. De verpleegkundigen hebben de rol van trajectregisseur. In deze rol begeleiden ze de bewoners. Eén verpleegkundige heeft de rol van trajectcoördinator. Samen bieden zij:

- Vierentwintig uren begeleiding, zorg en ondersteuning.
- Aanbod van dagstructuur (ontbijt, lunch en avondeten).
- Individuele begeleiding, verpleging en/of verzorging op basis van het zorgleefplan, inclusief evaluatie (minimaal elke 6 maanden) en een wekelijks begeleidingsgesprek met trajectbegeleiderverpleegkundige.
- Groepsactiviteiten en groepsbegeleiding.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de personeelssamenstelling van de afgelopen 3 jaar. De personele inzet is deels afhankelijk van de benodigde zorg op basis van de aanwezige zorgzwaarte in ZZP's op de afdeling. De inzet wordt waar nodig maandelijks hierop aangepast.

Functie	Niveau	Inzet 2021	Inzet 2022 t/m 01-11-2022
		FTE	
Trajectcoördinator (tevens rol van verpleegkundige)	4	0,86	0,89
Verpleegkundige	4	3,86	3,45
VIG	3	10,5	8,41
Woonbegeleider	2	2,2	0,9
Helpende	2	2,4	2,68
Activiteiten begeleiders	3	0,5	0,5
Maatschappelijk werker	4	0,78	0,78
Voedingsassistent	2	0,7	2,05
Specialist ouderengeneeskunde	wo	0,33	0,20
Verpleegkundig specialist	wo	0,52	0,44
Psycholoog	wo	0,17	0,10
Fysiotherapeut/ Ergotherapeut	hbo	0,71	0,39
Logopedist			
Diëtistniveau 2	hbo	0,04	0,06
Kunstzinnig therapeut	hbo	0,07	0
GGZ-specialist	hbo	0,1	0,2
Totaal		23,29	21,06

Tabel 7. In-, door- en uitstroom van medewerkers op de afdeling Z&W DLR afgelopen 3 jaar.

6.1 Ziekteverzuim

De afdeling heeft te maken gehad met uitval van personeel door ziekte (o.a. door Corona). Binnen de Kessler Stichting is er blijvend aandacht voor de privé-werk verhouding van medewerkers. Via het programma van Kessler Vitaal worden activiteiten aangeboden ter bevordering van duurzame inzetbaarheid.

In-, door- en uitstroom aantallen

Naast verzuim heeft de afdeling Z&W DLR in 2022 te maken gehad met verloop van personeel vanwege arbeidsmarkt problematiek. Het team maakt hierdoor naast de vaste medewerkers stelselmatig gebruik van uitzendkrachten.

Instroom	6
Doorstroom andere afdeling	2
Doorstroom andere functie	1
Uitstroom	4

Tabel 7. In-, door- en uitstroom van medewerkers op de afdeling Z&W DLR van 01-01-2022 t/m 01-11-2022.

6.2 Professioneel handelen

Van alle medewerkers verbonden aan de afdeling Z&W DLR wordt verwacht dat zij werkzaam zijn conform het beleid professioneel handelen en daar waar er voor beroepsgroepen beroepscode's zijn dat deze worden nageleefd. Binnen de organisatie zijn werkinstructies, beleid, protocollen en processen digitaal te raadplegen via Zenya. In 2021 is het beleid medicatie Z&W DLR en Beleid voorbehouden en risicovolle handeling gewijzigd. In 2022 is gestart met de implementatie van het beleid dit zal in 2023 afgerond worden. Jaarlijks wordt het beleid Bevoegd & Bekwaam en medicatie geëvalueerd.

7. Hulpbronnen, omgeving en context



7.1 Hulpmiddelen

Bij 4.1 staan een aantal hulpmiddelen beschreven die in gebruik zijn genomen op de afdeling. Naast deze hulpmiddelen zijn er andere hulpmiddelen zoals E-health, ICT-oplossingen, meetinstrumenten, pictogrammen, risicotaxatie formulieren enz. Het aanbod van hulpmiddelen voor de verpleeghuiszorg is groot. De inventarisatie van hulpmiddelen is nog niet afgerond, het resultaat wordt beschreven in het Kwaliteitsverslag 2022.

7.2 Samenwerking in de keten

Na een periode van coronabeperkingen wordt weer volop samengewerkt met zorg- en welzijnketens in de regio. Bij 4.3 agressie staat de samenwerking met Parnassia en Brijder beschreven. Daarnaast wordt met wederzijdse tevredenheid samengewerkt met de Zorgapotheek en Basalt revalidatie.

8. Gebruik van Informatie



De Kessler Stichting meet regelmatig de tevredenheid van bewoners, medewerkers en de bedrijfsvoering.

Eén keer per maand vindt een bewonersoverleg plaats waar bewoners hun mening kunnen geven over allerlei zaken die spelen op de afdeling Z&W DLR of binnen de Kessler Stichting. Daarnaast vindt jaarlijks een Cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) plaats. Het CTO voldoet aan de gestelde eisen vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Sinds 2020 wordt het CTO vormgegeven door een externe partij, LSR (het landelijke steunpunt medezeggenschap). In 2021 hebben 9 bewoners deelgenomen aan het CTO dit was een erg lage respons. In 2022 heeft het CTO in november plaatsgevonden en de respons is voldoende voor een valide onderzoeksrapport.

8.1 Medewerker tevredenheidsonderzoek (MTO)

In 2022 is gewerkt aan de verbeterpunten uit het MTO 2021. In 2022 heeft geen MTO plaatsgevonden.

8.2 Managementinformatie

Vanaf 2020 loopt er een Kessler breed project om de sturingsinformatie digitaal op maat aan de teams aan te bieden. Er wordt gewerkt aan het vormgeven van digitaal begrijpelijke managementinformatie (o.a. formatie en formatiebehoefte o.b.v. ZZP-mix en personeelskosten) en bewoners (o.a. bezetting en ZZP-mix). Het uitgangspunt is dat dit eind 2022 gerealiseerd is.

Thema's	Acties Kwaliteitsplan 2020: Gebruik van informatie	Status
Managementinformatie	Implementatie managementinformatie dashboard per afdeling.	loopt

9. Acties per thema voor 2023

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning		
Thema	Acties	Tijdspad
Activiteitenbegeleiding	Voor elke bewoner wordt een individueel activiteitenplan opgesteld. De activiteitenbegeleiding neemt op uitnodiging deel aan het MDO.	Afgerond 4e kwartaal 2023
Eten en drinken	Bij elke bewoner worden de voedselvoorkeuren, hulp bij eten, tijden, plaats elke 6 maanden besproken en vastgelegd CVS.	Afgerond 4e kwartaal 2023
Slikprotocol	Er wordt een slikprotocol opgesteld en vastgesteld in samenwerking met Novicare.	3e kwartaal 2023

Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning bieden		
Thema	Acties	Tijdspad
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> - GDP is gewijzigd - Assessoren planning is op orde. 	Afgerond 4 ^e kwartaal 2023
Valpreventie	De fysiotherapie werkt individuele beweegplannen uit per bewoner. Er worden beweeggroepen gestart.	Afgerond 3 ^e kwartaal 2023
Incidenten commissie	De afdeling gebonden incidentencommissie wordt opgestart.	Afgerond 1 ^e kwartaal 2023
Leren en ontwikkelen		
Thema	Acties	Tijdspad
Scholingen	Scholing fysieke weerbaarheid.	Afgerond 4 ^e kwartaal 2022
Screeningsinstrument	Vervolg inventarisatie naar een gebruiksvriendelijk screeningsinstrument.	Afgerond 4 ^e kwartaal 2023
Aandachtveld wonden	De aandachtsveld taak wonden zal gekoppeld worden aan een medewerker.	Afgerond 3 ^e kwartaal 2023
Personeelssamenstelling		
Thema	Acties	Tijdspad
Hulpbronnen	<ul style="list-style-type: none"> - Een inventarisatie van hulpmiddelen vindt plaats daarna worden geschikte hulpmiddelen aangeschaft of ontwikkeld. - Elke 3 jaar vindt een evaluatie plaats. 	Afgerond 4 ^e kwartaal 2023