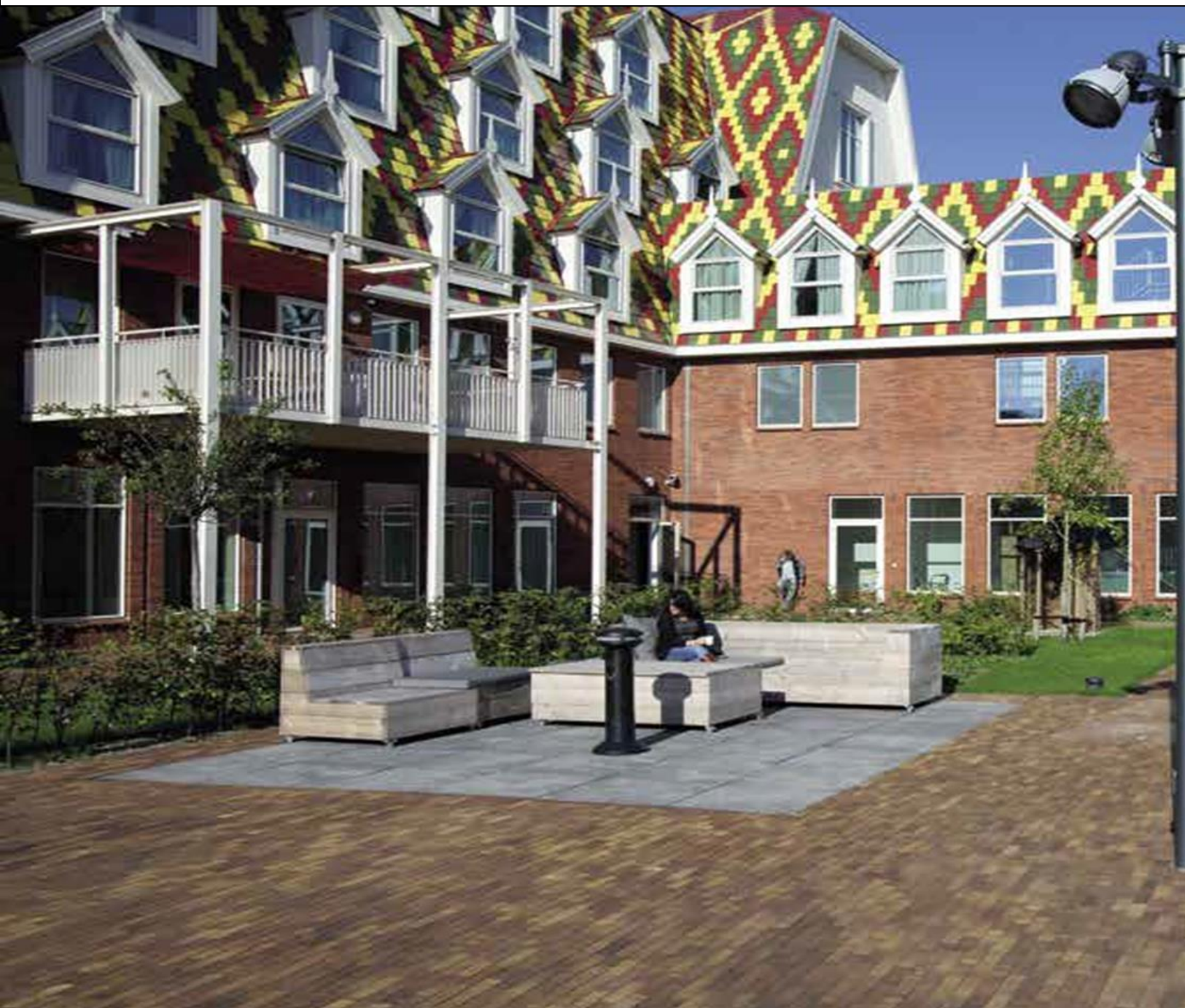




## Kwaliteitsverslag afdeling Zorg en Wonen DLR 2023



Datum: Juni 2024  
Versie: 2.0  
Opdrachtgever: Carli van Winsen  
Auteur: Donna Kooij en Yolande Smit

## Voorwoord

In dit kwaliteitsverslag wordt toegelicht in welke mate de plannen uit het Kwaliteitsplan 2023 zijn gerealiseerd. Grotendeels zijn alle acties uitgevoerd. Dit verslag beschrijft de resultaten hiervan. Per actie wordt de status van de acties aangegeven door middel van drie kleuren.

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

De basisthema's in dit verslag zijn: veiligheid, cliënttevredenheid, leren en werken aan kwaliteit.

## Inhoudsopgave

### Voorwoord

#### 1. Profiel Kessler Stichting

1.1 Profiel Zorg en Wonen.....	6
--------------------------------	---

#### 2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

2.1 Paramedisch team.....	9
---------------------------	---

2.2 Competentie Gericht Begeleiden (CGB).....	9
---	---

2.3 Tandartszorg .....	9
------------------------	---

2.4 Palliatieve zorg.....	10
---------------------------	----

2.5 Advance Care Planning (ACP).....	10
--------------------------------------	----

#### 3. Wonen en welzijn

3.1 Activiteitenbegeleiding.....	11
----------------------------------	----

3.2 Vrijwilligers.....	11
------------------------	----

3.3 Voeding en maaltijdbeleving .....	11
---------------------------------------	----

3.4 Hygiëne.....	12
------------------	----

#### 4. Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning

4.1 Verwaarlozing .....	15
-------------------------	----

4.2 Valincidenten .....	15
-------------------------	----

4.3 Agressie (fysiek, verbaal).....	15
-------------------------------------	----

4.4 Externe meldingen .....	16
-----------------------------	----

4.5 Decubitus .....	16
---------------------	----

4.6 Incontinentie .....	16
-------------------------	----

#### 5. Leren en ontwikkelen

5.1 ISO audit.....	18
--------------------	----

5.2 Hulpmiddelen .....	18
------------------------	----

5.3 Scholingen.....	18
---------------------	----

5.4 Leren van elkaar .....	20
----------------------------	----

5.5 Vermindering registratielast .....	20
--	----

#### 6. Leiderschap, governance en management

6.1 Organisatie.....	21
----------------------	----

6.2 Afdelingsorganisatie .....	22
--------------------------------	----

6.3 Cliëntenraad .....	22
------------------------	----

7. Personeelssamenstelling	
7.1 Ziekteverzuim .....	24
7.2 Professioneel handelen.....	25
8. Hulpbronnen, omgeving en context	
8.1 Hulpbronnen.....	26
8.2 Samenwerking in de keten.....	26
9. Gebruik van Informatie	
9.1 Cliënttevredenheidsonderzoek.....	27
9.2 Medewerker tevredenheidsonderzoek.....	27
9.3 Managementinformatie.....	27
10. Samenvatting 2023 en vooruitblik	

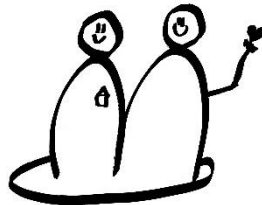
## 1. Profiel Kessler Stichting

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 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 verslag betreft de afdeling Zorg en Wonen - De la Rey (Z&W DLR). Op deze afdeling ontvangen bewoners somatische zorg, psychische zorg en maatschappelijke

ondersteuning vanuit een professioneel multidisciplinair team met kennis en expertise op meerdere domeinen.



### 1.1 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 of komen vanuit kortdurende of langdurende opvang. 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 juiste zorg en begeleiding bij opname ingezet kan worden.

#### 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 bewoner gerelateerde factoren.

Op de afdeling Z&W DLR wonen maximaal 34 bewoners, waarvan 30 bewoners met een VVT of Wet Langdurige Zorg (WLZ/GGZ) indicatie, 4 Eerstelijns Verblijf (ELV) plaatsen

(waarvan 2 ELV bijzondere zorg). Op de ELV-plaatsen verblijven de bewoners voor maximaal 3 maanden, met een eventuele verlenging. In tabel 1 zijn de aantallen in combinatie met de verschillende financieringsvormen weergegeven.

Financiering	Aantal bewoners 2020*	Aantal bewoners 2021	Aantal bewoners 2022	Aantal bewoners 2023
<b>WLZ</b>	42	38	39	39
<b>CAK</b>	2	4	3	3
<b>ELV</b>	13	12	15	14
<b>Gemeente financiering</b>	1	<b>2</b>	0	2

*Tabel 1: biedt een weergave van de bewonersgroepen op basis van financiering. Het is mogelijk dat bewoners meerdere financiering vormen hebben gehad.*

Leeftijdscategorie	Aantal bewoners 2020	Aantal bewoners 2021	Aantal bewoners 2022	Aantal bewoners 2023
<b>&lt; 30</b>	0	0	0	0
<b>31 – 40</b>	0	1	1	1
<b>41 – 50</b>	3	11	6	8
<b>51 – 60</b>	8	11	10	12
<b>61 – 70</b>	14	27	23	14
<b>&gt; 70</b>	7	12	17	12
<b>Gemiddeld</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>62</b>

*Tabel 2: biedt een weergave van het aantal bewoners en de leeftijdsverdeling.*

ZZP	Omzet 2020	Omzet 2021	Omzet 2022	Omzet 2023
<b>4VV</b>	472.006	338.502	166.163	72.599
<b>5VV</b>	188.557	211.752	216.801	116.912
<b>6VV</b>	988.223	919.865	1.117.305	1.028.737
<b>7VV</b>	120.739	236.030	485.979	643.500
<b>8VV</b>				0
<b>9bVV</b>	37.350	139.436	0	44.612
<b>2LG</b>				0
<b>4LG</b>	198.552	172.920	123.591	103.605
<b>6LG</b>	131.432	250.399	349.007	415.279

<b>4ZG VIS</b>			68.197	98.740
<b>7LG</b>				
<b>2VG</b>				
<b>3VG</b>				
<b>5VG</b>			93.451	99.736
<b>6VG</b>				
<b>ELV</b>	229.950	244.919	259.896	118.844
<b>CAK</b>	77.624	92.159	240.515	237.574
<b>Gemeente</b>	47.722	47.722	0	0
<b>Wlz GGZ</b>		21.266	304.906	500.551
<b>Totaal</b>	<b>2.492.155</b>	<b>2.674.970</b>	<b>3.425.787</b>	<b>3.480.689</b>

Tabel 3: biedt een weergave van de zorgzwaartepakketten en de omzet.



## 2. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning



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. De persoonsgerichte benadering die geboden wordt binnen de Kessler Stichting is verweven met de methodiek Competentie Gericht Begeleiden (CGB). Binnen de CGB-methodiek is aandacht voor de mogelijkheden van de bewoners en het bieden van perspectief. De bewoner wordt benaderd op een manier die bij hem of haar past.

### 2.1 Paramedisch team

Het Z&W DLR team wordt ondersteund door de GGZ-specialisten, maatschappelijk werker en er zijn samenwerkingen met FACT-teams van de Brijder, Parnassia en Fivoor. Een FACT-team kan geraadpleegd worden als er vragen zijn vanuit de bewoners of van de medewerkers. Daarnaast is er een samenwerking met het behandelteam van Novicare. Het behandelteam bestaat uit een Verpleegkundig Specialist, Specialist Ouderengeneeskunde, Logopedie, Ergotherapie, Psycholoog, Fysiotherapie en een Diëtist.

Intern worden alle teams in hun werk ondersteund door de vrijwilligers, Facilitair, P&O, B&P, financiën en control.

### 2.2 Competentie Gericht Begeleiden (CGB)

De methodiek Competentie Gericht Begeleiden (CGB) is een eigen ontwikkelde methodiek. Iedere medewerker krijgt bij aanvang van zijn/haar dienstverband de training CGB en deze wordt jaarlijks herhaald. In 2023 is tevens een CGB-training aangeboden aan alle medewerkers van het primair proces en ondersteunende afdelingen. Er wordt coaching on the job geboden. De verwachting is dat de medewerkers na de training de CGB-gedachte weten te vertalen naar hun handelen. Binnen de CGB-training is extra aandacht voor het betrekken van het netwerk van de bewoner.

### 2.3 Tandartszorg

De jaarlijkse evaluatie heeft in mei 2023 plaatsgevonden met Fresh Unieke Mondzorg (FUM) en de afdeling Z&W DLR. FUM biedt mondzorg voor de bewoners op de afdeling. Alle bewoners kunnen ingeschreven worden ongeacht de financiering. Bewoners met een ELV-indicatie verblijven kortdurend op de afdeling waardoor het de voorkeur heeft dat de bewoners hun eigen tandarts behouden. De afdeling is tevreden over de

samenwerking met de tandarts en assistente van FUM. FUM is ook tevreden over de samenwerking met de afdeling. De samenwerking wordt jaarlijks geëvalueerd. Er zijn twee medewerkers met aandachtsgebied mondzorg op de afdeling. Elk 1,5 jaar worden de medewerkers van de afdeling geschoold m.b.t mondzorg.

## 2.4 Palliatieve zorg

In januari 2022 zijn de verpleegkundigen opnieuw geschoold m.b.t palliatieve, terminale zorg vanuit het LUMC Leiden. Eind 2022 en in het eerst kwartaal van 2023 zijn ook de Viggers met een op maat gemaakte training palliatieve, terminale zorg geschoold. Het beleid en de werkinstructie palliatieve, terminale zorg zijn herzien. Het beleid en de werkinstructie zijn geschreven met input van een aantal teamleden van de afdeling Z&W DLR en is inmiddels geïmplementeerd. Het beleid en de werkinstructie wordt binnen de gehele Kessler Stichting geraadpleegd. De samenwerking met Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (SVTZ) verloopt naar tevredenheid. SVTZ heeft de afdeling ondersteund bij het bieden van palliatieve zorg aan een aantal bewoners in de laatste levensfase. In 2023 zijn in totaal 11 bewoners overleden verbonden aan de afdeling. Daar het aantal overlijdens toeneemt is er besloten met ingang van 2024 aan te sluiten bij de vereniging Transmurale zorg. Met als doel de kwaliteit van de palliatieve zorg voor deze specifieke doelgroep verder te ontwikkelen.

## 2.5 Advance Care Planning (ACP)

ACP is een verplichte indicator vanuit het Kwaliteitskader. 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. De laatste wensen op het gebied van medische behandeling wordt door de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van Novicare besproken met de bewoners. De medewerkers op de afdeling bespreken persoonlijke wensen met bewoners in de laatste levensfase en hun naasten.

De SO en traject coördinator van de afdeling hebben alle bewonersdossiers gecontroleerd of de ACP-afspraken geregistreerd waren. Alle dossiers zijn gecontroleerd en op orde gebracht.

<b>Acties Kwaliteitsplan 2023: Persoonsgerichte zorg en ondersteuning</b>	<b>Status</b>
De ACP-planning is geïmplementeerd.	
Evaluatie, controle bewonersdossiers m.b.t ACP en laatste wens afspraken.	

### 3. Wonen en welzijn



Het bieden van maatwerk: De Kessler Stichting keurt het gebruik van middelen af, dit betekent dat er intern geen middelen (alcohol, drugs) in het bezit mogen zijn en gebruikt mogen worden. Het komt voor dat de bewoners buiten de Kessler Stichting middelen gebruiken. Dit is geen reden bewoners te weigeren behalve als de veiligheid van de bewoner of de omgeving niet meer te waarborgen is. Regelmatig wordt samen met de bewoner naar maatwerk oplossingen gezocht.

#### 3.1 Activiteitenbegeleiding

De activiteitenbegeleiding wordt sinds 2021 aangeboden via een centraal team activiteitenbegeleiders. In 2022 is gestart met het opstellen van de individuele activiteitenplannen voor alle bewoners. Er zijn in 2023 wisselingen geweest, en het team is uitgebreid. Het activiteitenteam is voor alle afdelingen van de productgroep Zorg en Wonen beschikbaar, ook voor de afdelingen Toussaint en Viljoen. Het doel van de activiteitenbegeleiding is het bieden van een prettige dag invulling voor bewoners.

#### 3.2 Vrijwilligers

In 2023 waren er weer meer vrijwilligers beschikbaar voor de afdeling ten opzichte van 2022. Met hen is een overzicht van vrijwilligersactiviteiten en taken opgesteld.

#### 3.3 Voeding en maaltijdbeleving

In 2022 heeft het cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden waarbij 23 bewoners van de 35 bewoners aangegeven hebben dat het eten en meedenken over het menu beter kan. Sinds 2023 worden de bewoners door een vrijwilliger ondersteund bij het maken van de menukeuzes, de bewoners hebben aangegeven dat zij dit als prettig ervaren.

De kwaliteit van de maaltijden en de beleving zijn een vast agenda punt in het maandelijkse bewoners overleg. Daarnaast is het als vast item opgenomen in het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek.

Eten en drinken is een vaste kwaliteitsindicator. De voedselvoorkeuren (voorkeuren eten, hulp bij eten, tijden, plaats, hoeveelheid) zijn vastgelegd in het bewonersdossier

van alle bewoners. Vanuit de afdeling Beleid & Projecten wordt dit gecontroleerd. De voedselvoorkeuren worden regelmatig besproken en vastgelegd.

### 3.4 Hygiëne

De kamers en het sanitair van de bewoners worden dagelijks schoongemaakt. In 2023 is het schoonmaakbestek aangepast zodat het beter aansluit bij te geven zorg.

<b>Acties Kwaliteitsplan 2023: Wonen en Welzijn</b>	<b>Status</b>
Activiteitenbegeleiding: voor elke bewoner is een activiteitenplan opgesteld	
Vrijwilligers: het vrijwilligersplan is opgesteld.	
Voeding: Voedselvoorkeuren zijn in de bewonersdossiers vastgelegd.	

## 4. 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. Elk kwartaal wordt er een rapportage opgesteld van alle VIM meldingen. Er is een VIM-commissie, waarbij elk kwartaal de VIM meldingen en trends worden besproken. Opvallend is dat het aantal VIM meldingen met betrekking tot agressie incidenten en middelen gebruik (onder verwaarlozing en zelfbeschadigend gedrag) in 2023 sterk is toegenomen ten opzichte van 2022.

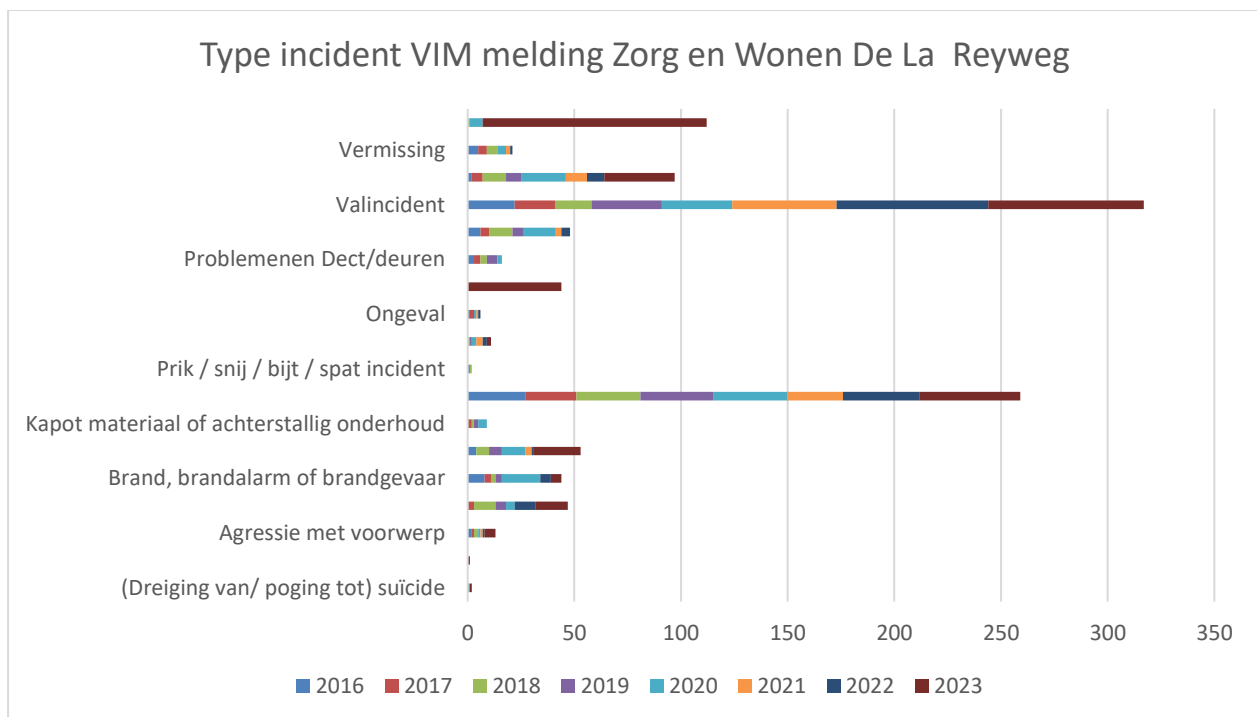
Type melding Zorg en Wonen	2019	2020	2021	2022	2023
Val incident	33	33	49	69	73
Medicatie incident	34	35	26	36	47
Agressie	12	26	11 Verbaal (10) Voorwerp (1)	19 Fysiek (10) Verbaal (8) Voorwerp (1)	53 Fysiek (15) Verbaal (33) Voorwerp (5)
Schokkende of heftige ervaring (overig)	5	15	3	4	44
Dreigend en intimiderend gedrag	6	11	3	1	22
Ongepast en seksueel intimiderend gedrag	-	-	3	2	2
Brand, brandalarm, brandgevaar	3	18	0	5	5
Verwaarlozing en zelfbeschadigend gedrag	0	6	0	0	105

Facilitaire meldingen	7	6	0	0	0
Vermissing	0	4	2	1	0
(Dreiging van/ poging tot) suïcide	0	1	0	0	1
Ongeval	0	1	1	1	0
Prik/ snij/ bijt/ spat incident	0	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>101</b>	<b>158</b>	<b>98</b>	<b>138</b>	<b>353</b>

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

De top 3 type VIM-meldingen:

- 2016 t/m 2020 top 3 VIM meldingen: 1 medicatie, 2 valincidenten, 3 agressie (verbaal of fysiek).
- 2021, 2022 top 3 VIM meldingen: 1 valincidenten, 2 medicatie, 3 agressie.
- 2023 top 3 VIM meldingen: 1 Verwaarlozing en zelfbeschadigend gedrag, 2 valincidenten, 3 agressie



Tabel 5: Aantal gemelde VIM meldingen per jaar van afdeling Zorg & Wonen.

#### 4.1 Verwaarlozing

De grootste groep VIM-meldingen heeft betrekking op verwaarlozing. De medewerkers van de afdeling geven aan dat er aantal bewoners zijn die zichzelf dreigen te verwaarlozen. Dit hangt samen met de bewonersdoelgroep op de afdeling waardoor dit thema weinig gemeld werd. In 2023 is er extra aandacht besteed aan het melden van verwaarlozing. Het effect daarvan is te zien in de cijfers. Bij de meeste meldingen over verwaarlozing gaat het over middelengebruik.

#### 4.2 Valincidenten

Het aantal valincidenten neemt per jaar toe. In 2021 waren er 49 meldingen, in 2022 69 en in 2023 73 valincidenten. Op de afdeling wordt met toestemming van de bewoner valpreventiehulpmiddelen ingezet zoals een valmat, een laag-laag bed, tillift, rolstoel met kantelblad of het optrekken van de bedhekken. De afdeling biedt vrijwillige zorg waardoor vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden ingezet met instemming van de bewoners. De valincidenten hebben betrekking op een kleine groep bewoners die de afspraken niet altijd naleeft vanwege middelen gebruik en/of verwardheid. Een aantal valincidenten hadden te maken met facilitaire zaken. Facilitair is met de meldingen aan de slag gegaan veel zaken zijn opgelost andere lopen nog. De acties uit het Kwaliteitsplan 2023 zijn in 2023 uitgevoerd:

- De ergocoach heeft een klinische les valpreventie geboden aan het team.
- Bij wijziging in de gezondheidstoestand van een bewoner wordt de checklist Veilige Zorg ingevuld.

#### 4.3 Agressie (fysiek, verbaal)

De VIM-meldingen m.b.t agressie zijn in 2023 ten opzichte van 2022 toegenomen. De meldingen hebben betrekking op enkele bewoners die agressief gedrag vertonen. De medewerkers van de afdeling zijn overwegend medisch geschoold. In 2022 heeft een training psychiatrie en een training bejegening, begrenzen en veiligheid plaatsgevonden. In 2022 zijn de samenwerkingen met Brijder, Parnassia, Fivoor en de afdeling Z&W DLR geïntensiveerd. Deze ketenpartners worden regelmatig door de afdeling geraadpleegd.

#### Overige type meldingen

- Medicatieveiligheid. In 2023 is het aantal medicatie incidenten afgenomen ten opzichte van vorige jaren.
- Dreigend en intimiderend gedrag. In 2023 zijn er 22 meldingen gedaan.
- Brand, brandalarm, brandgevaar: In 2023 waren er 5 VIM brandmeldingen m.b.t brandgevaar. Bewoners roken soms op hun eigen kamer waardoor er VIM meldingen waren.

- Schokkende of heftige ervaring (overig): in 2023 waren er 44 meldingen.
- Ongepast en seksueel intimiderend gedrag: in 2023 waren er twee meldingen.
- Poging suïcide. In 2023 is er een melding gedaan van een dreiging tot suïcide, waarbij client aangaf suïcide te willen plegen. Er is een goed gesprek gevoerd met cliënt en het team heeft de cliënt goed in de gaten gehouden.

#### 4.4 Externe meldingen

In 2023 zijn er geen externe meldingen gedaan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

#### 4.5 Decubitus

Vanuit het kwaliteitskader is decubitus een keuze kwaliteitsindicator. In 2023 waren er 6 cliënten die behandeld werden voor wonden. De meest voorkomende wonden op de afdeling zijn decubitus, operatie wonden, wondjes van vallen/schaven/stoten. Na verblijf in het ziekenhuis worden bewoners regelmatig opgenomen met wonden. Het aantal wonden dat ontstaat tijdens verblijf op de afdeling is minimaal. Daarnaast worden Eerstelijnsverblijf (ELV) bewoners op de afdeling opgenomen voor wondbehandeling. In 2023 is er een verpleegkundige getraind m.b.t wondzorg, wegens personele uitstroom werd de wondbehandeling bijgehouden door de specialist ouderengeneeskunde en eventueel de wondpoli van het ziekenhuis.

#### 4.6 Incontinentie

Incontinentie is de tweede gekozen kwaliteitsindicator door de afdeling vanuit het kwaliteitskader. In CVS zijn afspraken opgenomen over de toiletgang, gebruik van het incontinentiemateriaal, katheter enz. Dit wordt bij alle cliënten gedaan.

#### 4.7 Verdeling aandachtsgebieden

Begin 2022 waren alle aandachtsgebieden (wonden, palliatieve zorg enz.) belegd bij de verpleegkundigen en Viggers op de afdeling.

<b>Acties Kwaliteitsplan 2023: Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning</b>	<b>Status</b>
Valpreventie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De checklist Veilige Zorg wordt ingevuld als de gezondheidstoestand wijzigt van een bewoner.</li> <li>- De ergocoach geeft een klinische les valpreventie aan het team.</li> </ul>	
Medicatie:	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanaf het 4<sup>e</sup> kwartaal worden de VIM meldingen elk kwartaal besproken.</li> <li>- Proces en werkwijze m.b.t dubbel aftekenen is besproken en vastgelegd.</li> <li>- De jaarlijkse evaluatie van het medicatiebeleid heeft plaatsgevonden.</li> <li>- De interne en externe medicatie audit heeft plaatsgevonden.</li> </ul>	
<p>Agressie: er is een document gemaakt een instrument dat de complexiteit van gedrag meetbaar en zichtbaar maakt.</p>	
<p>Decubitus en incontinentie: de registratie wordt bijgehouden in CVS.</p>	
<p>Herziening werkwijze aandachtsgebieden: evaluatie zorg voor kwaliteit.</p>	

## 5. Leren en ontwikkelen



De Kessler Stichting is een lerende organisatie en stelt zich tot doel continu te verbeteren. Sinds 2009 zijn alle documenten opgenomen in een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (Zenya). In 2022 is gestart met het opnemen van interactieve documenten. In een interactief document is het mogelijk om afbeeldingen, video's, YouTube filmpjes, uitklappanelen, score vragen enz. toe te voegen. De interactieve documenten zijn positief ontvangen door medewerkers.

### 5.1 ISO audit

In november 2023 heeft er een externe audit plaatsgevonden voor het ISO-certificaat. De bevinding van de auditor was dat de investering in het verbeteren van de uitvoering van het medicatiebeleid duidelijk zichtbaar was (gele hesjes worden gedragen, medicatiekasten afgesloten en procedures gevolgd). De auditor was positief over het beleid palliatieve en terminale zorg dat samen met de aandachtfunctionaris werd ontwikkeld. Er zijn geen verbeteringen m.b.t de afdeling Zorg en Wonen DLR vastgesteld.

### 5.2 Hulpmiddelen

Een actie uit het Kwaliteitsplan 2023 was om een geschikt screeningsinstrument in te zetten. In 2023 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 2024 wordt dit vervolgt.

### 5.3 Scholingen

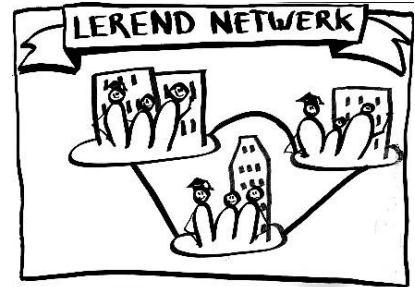
Om de medewerkers van de afdeling Z&W DLR te ondersteunen in hun werk hebben een aantal scholingen plaatsgevonden. De Kessler Stichting hanteert een organisatie breed scholingsprogramma met specialisaties per afdeling. Het programma bestaat uit algemeen verplichte trainingen voor alle medewerkers van de Kessler Stichting, aangevuld met trainingen afgestemd op de leerwensen van de afzonderlijke afdeling. In de tabel staan de scholingen die in 2023 plaatshebben gevonden of verplaatst zijn naar 2024.

Scholing	Doel scholing	Plaatsgevonden in 2023
<b>Basistraining Competentiegericht Begeleiden (CGB)</b>	Kennis en vaardigheden aanleren van de door de Kessler Stichting gehanteerde begeleidingsmethodiek voor nieuwe medewerkers	Ja
<b>BHV</b>	Kennis en vaardigheid oefenen als bedrijfshulpverlener	Alle medewerkers zijn getraind en de afd. is bezocht m.b.t BHV.
<b>Klinische lessen Medicatie</b>	Scholing voor verzorgenden en verpleegkundigen gericht op medicatieleer met als doel kennis updaten.	Verplaatst naar 2024.
<b>Voorbehouden en risicovolle handelingen</b>	Behoud van de bevoegdheid voor uitvoering voorbehouden en risicovolle handelingen iedere drie jaar	Ja
<b>Teambijeenkomsten CGB</b>	Kennis en vaardigheden CGB toetsen in de praktijk a.d.h.v. casuïstiek	Verplaatst naar eind 2024/begin 2025
<b>CVS-workshops</b>	Gericht op kennis opdoen van ons Cliëntvolgsysteem	Op aanvraag.
<b>Vakmiddag gericht op mondzorg</b>	Oprfrissen/updaten kennis in het team over mondzorg, elk 1,5 jaar.	Ja
<b>Interne training Psychopathologie</b>	Herkennen van psychiatrische ziektebeelden, bejegenen, begrenzen en de-escalerende interventies	Ja
<b>Palliatieve basistraining</b>	Informatie over palliatieve zorg. Organisatie en continuïteit van palliatieve zorg. Symptoom management, zingeving. Stervensfase, palliatieve sedatie, zorg voor de bewoner en naasten.	Ja

<b>Fysieke belasting</b>	Gevaren van fysieke belasting, basisprincipes goede werkhouding en beweging, werken met hulpmiddelen.	ja
<b>Valpreventie</b>	Uitleg valrisico, valpreventie.	Verplaatst naar 2024

#### 5.4 Leren van elkaar

De volgende partijen zijn vertegenwoordigd bij dit overleg: Parnassia, Limor, Leger des Heils, Anton Constance, Fonteyenburg en het Zorgkantoor CZ. 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. De overleggen vinden via Microsoft Teams plaats. In 2023 zijn de afspraken op locatie geweest. Teamleiders en medewerker B&P nemen deel aan het lerend netwerk.

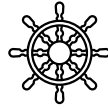


#### 5.5 Vermindering registratielast

Terugdringen van de registratielast is een doorlopende actie. Acties uit het kwaliteitsplan 2023 zijn uitgevoerd.

Thema	Acties Kwaliteitsplan 2023: Leren en ontwikkelen	Status
Methodisch werken	Na het MDO worden de doelen in het Zorgleefplan gerapporteerd.	
Scholingen	De verpleegkundigen en Viggers verbonden aan de afdeling Z&W DLR worden geschoold m.b.t palliatieve en terminale zorg.	
CVS gebruiksvriendelijk	CVS gebruiksvriendelijk maken en papieren documenten opnemen.	
Lerend Netwerk	Het Lerend Netwerk voldoet aan de eisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.	

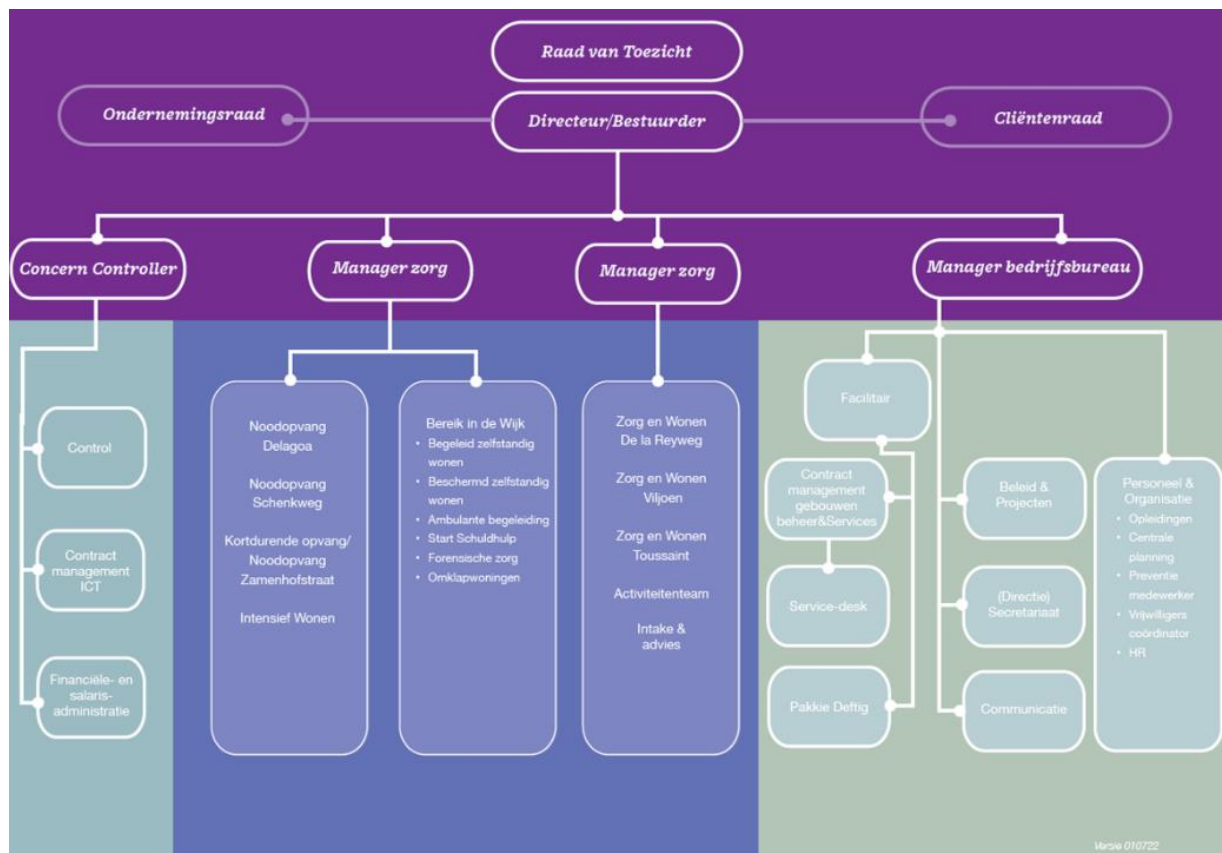
## 6. Leiderschap, governance en management



De Kessler Stichting is een 'platte organisatie' en kent een eenhoofdig bestuur, gevormd door de heer A. Schinkelshoek. De bestuurder is voorzitter van het managementteam. De afdeling wordt aangestuurd door een Manager Zorg. Waarbij de trajectcoördinator 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.

### 6.1 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.



## 6.2 Afdelingsorganisatie

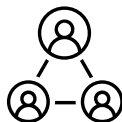
In 2023 heeft er een aanpassing binnen het functiehuis plaatsgevonden waardoor de functie van trajectcoördinator is vervangen door de functie van teamleider. De functie is ingevuld door een interim teamleider. De Manager Zorg heeft regelmatig overleg met de afdeling, sluit regelmatig aan bij werkoverleggen van het team en heeft doorlopend contact met medewerkers als hier aanleiding voor is.

## 6.3 Cliëntenraad

De Kessler Stichting heeft een actieve en betrokken cliëntenraad. Het kwaliteitsplan 2023 is 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.

<b>Acties Kwaliteitsplan 2023: Leiderschap, governance en management</b>	<b>Status</b>
Organisatiestructuur: Oprichting centraal expertiseteam	
Afdelingsorganisatie: Centraler organiseren neventaken van team	

## 7. Personeelssamenstelling



De zorg en ondersteuning op de afdeling Z&W DLR wordt uitgevoerd door Viggers, verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders, maatschappelijk werkers aangevuld met flexmedewerkers en uitzendkrachten.

Er is een verpleegkundige achterwacht aanwezig voor vragen buiten kantoor tijden. Samen bieden zij:

- Vierentwintig uren begeleiding, verpleging, verzorging, 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.
- Groepsactiviteiten en groepsbegeleiding.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de personeelssamenstelling 2021 t/m 2023. In de tabel zijn de ondersteunende diensten niet verwerkt. De personele inzet is deels afhankelijk van de benodigde zorg op basis van de aanwezige indicaties van bewoners op de afdeling. De inzet wordt waar nodig maandelijks en opgeleide van individuele specifieke zorgvragen aangepast.

Functie	Niveau	Inzet 2021	Inzet 2022	Inzet 2023
		FTE	FTE	FTE
<b>Trajectcoördinator (tevens rol van verpleegkundige)</b>	4	0,88	0,89	0,45
<b>Verpleegkundige</b>	4	4,66	3,47	1,10
<b>VIG</b>	3	10,11	9,46	10,30
<b>Medewerker Sfeer &amp; Beheer/</b>	2/3	1,22	0,67	-
<b>Helpende</b>	2	2,55	2,59	2,46
<b>Activiteiten begeleiders</b>	3	0,22	1,40	1,40

<b>Maatschappelijk werker</b>	4	1,44	1,00	0,50
<b>Voedingsassistent</b>	2	2,85	2,10	2,91
<b>Vrijwilligers</b>	n.v.t.			
<b>Specialist ouderengeneeskunde</b>	wo	0,33	0,30	0,49
<b>Verpleegkundig specialist</b>	wo	0,27	0,37	0,00
<b>Psycholoog</b>	wo	0,13	0,10	0,12
<b>Fysiotherapeut/ Ergotherapeut Logopedist</b>	hbo	0,5	0,41	0,50
<b>Diëtistniveau 2</b>	hbo	0,04	0,06	0,06
<b>Geestelijk verzorger</b>	hbo/wo	-	-	-
<b>Kunstzinnig therapeut</b>	hbo	0,12	-	-
<b>Apotheek</b>	wo	-	-	-
<b>GGZ-specialist</b>	hbo	0,10	0,10	0,10
<b>Totaal</b>		<b>25,78</b>	<b>22,92</b>	<b>20,39</b>

Tabel 6. Overzicht inzet FTE per jaar.

### 7.1 Ziekteverzuim

De afdeling heeft te maken gehad met uitval van personeel door ziekte. Binnen de Kessler Stichting is er blijvend aandacht voor de privé-werk balans 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 2023 te maken gehad met verloop van personeel. Het team maakt hierdoor naast de vaste medewerkers stelselmatig gebruik van uitzendkrachten.

Instroom	5
Doorstroom andere afdeling	-
Doorstroom andere functie	-
Uitstroom	7

Tabel 7. In-, door- en uitstroom van medewerkers op de afdeling Z&W DLR in 2023.



## 7.2 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. Jaarlijks wordt het beleid medicatie, Bevoegd en Bekwaam geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

## 8. Hulpbronnen, omgeving en context



### 8.1 Hulpbronnen

In 2023 heeft een inventarisatie plaatsgevonden welke digitale hulpbronnen geschikt zijn voor de afdeling: e-health, ICT-oplossingen enz. De inzet van digitale hulpbronnen wordt vervolgd in 2024 en één keer per drie jaar vindt opnieuw een inventarisatie plaats.

### 8.2 Samenwerking in de keten

In 2023 heeft een jaarlijkse evaluatie met de samenwerkingspartners plaatsgevonden (onder andere apotheek Waldeck, Zorgapotheek, Parnassia, MEE, Brijder, Reakt, Schroeder). De samenwerkingen verlopen naar tevredenheid.

Acties Kwaliteitsplan 2023: Hulpbronnen, omgeving en context		Status
Hulpbronnen	Inventarisatie van digitale hulpbronnen	Vervolg 2024

## 9. Gebruik van Informatie

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

### 9.1 Cliënttevredenheidsonderzoek

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 2023 hebben er groepsgesprekken en individuele gesprekken plaatsgevonden met het LSR. In totaal hebben 5 bewoners deelgenomen aan de groepsgesprekken daarnaast hebben nog eens 9 bewoners deelgenomen aan persoonlijke gesprekken. Hiermee is de respons lager dan voorgaande jaren waarbij gebruik gemaakt werd van vragenlijsten.

Sterke punten	Aandachtspunten
Geboden zorg	Eten op de afdeling (eten, meedenken over menu en kwaliteit).
	Omgaan met personeelwisselingen
	Schoonmaak
Veilig voelen op de afdeling	Zorg en begeleiding (beslissen over zorgleefplan en doelen, bespreken veranderingen).
	Zorgmedewerkers (tijdig reageren, luisteren, tijd, vrij voelen om onvrede te uiten).

Tabel 8. Uitkomst cliënttevredenheidsonderzoek 2023

De uitkomsten van het CTO worden met de cliënten en het team Z&W DLR besproken en vertaald in verbetermaatregelen voor de afdeling.

### 9.2 Medewerker tevredenheidsonderzoek

In 2022 is gewerkt aan de verbeterpunten uit het MTO 2021. In 2023 heeft geen MTO plaatsgevonden.

### 9.3 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).

<b>Acties Kwaliteitsplan 2023: Gebruik van informatie</b>	<b>Status</b>
Managementinformatie: Aanpassingen doorvoeren in rapportage en implementatie.	Vervolg 2024

## 10. Samenvatting 2023 en vooruitblik

Dit kwaliteitsverslag beschrijft de resultaten van alle acties uit het Kwaliteitsplan afdeling Zorg en Wonen 2023. De verbeteracties die voortkomen uit dit kwaliteitsverslag zijn vastgelegd in het Kwaliteitsplan 2024. In 2023 waren er nog enkele corona besmettingen. De medewerkers van de productgroep Zorg & Wonen hebben zich ingezet om de bewoners tijdig te vaccineren in samenwerking met medewerkers van Novicare en de GGD. Dit heeft gezorgd voor een hoge vaccinatiegraad bij de bewoners op de afdeling.

In 2023 is hard gewerkt:

- Om de samenwerking met Novicare verder te implementeren.
- Aan de teamontwikkeling en communicatie.
- Om het beleid en werkinstructie palliatieve, terminale zorg te implementeren en evalueren.
- Om voor elke bewoner een individueel activiteitenplan op te stellen.



Door de personele wisselingen blijft het een uitdaging om medewerkers geschoold te houden, aandachtsgebieden m.b.t de zorg te verdelen en het CGB gedachtengoed actueel te houden. De acties voor 2024 zijn onder andere gericht op valpreventie en werken aan de verbeterpunten uit het CTO. Voor een overzicht van alle geplande acties wordt verwezen naar het Kwaliteitsplan afdeling Zorg en Wonen DLR 2024.

