

Kwaliteitsverslag 2023

Huize ds. W.H. Blaak



Geldermalsen, mei 2024

Kwaliteitsverslag 2023

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1, zorgvisie en kernwaarden.....	4
Hoofdstuk 2, doelgroep en werkwijze.....	5
Hoofdstuk 3, personeel	6
Hoofdstuk 4, Beleid	7
Hoofdstuk 5, persoonsgerichte zorg en ondersteuning.....	8
Hoofdstuk 6, wonen en welzijn	11
Hoofdstuk 7, veiligheid.....	13
Hoofdstuk 8, leren en werken aan kwaliteit	14
Hoofdstuk 9, leiderschap en management	15
Hoofdstuk 10, gebruik van informatie	16
Hoofdstuk 11, bijlage.....	17

Inleiding

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft een handreiking voor het opstellen van het kwaliteitsverslag. We volgen deze handreiking. Dit kwaliteitsverslag start met een verantwoording van zorgvisie en kernwaarden (Hoofdstuk 1) en doelgroep en werkwijze (Hoofdstuk 2). Daarna volgt een beschrijving van de uitkomsten van de volgende acht onderwerpen:

- Personeelssamenstelling (Hoofdstuk 3)
- Beleid (Hoofdstuk 4)
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (Hoofdstuk 5)
- Wonen en welzijn (Hoofdstuk 6)
- Veiligheid (Hoofdstuk 7)
- Leren en werken aan kwaliteit (Hoofdstuk 8)
- Leiderschap en management (Hoofdstuk 9)
- Gebruik van informatie (Hoofdstuk 10)

Met dit kwaliteitsverslag voldoen we aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Dit is het zesde kwaliteitsverslag van Huize ds. W.H. Blaak. In 2018 zijn we hier mee gestart. Dit kwaliteitsverslag is openbaar en wordt gepubliceerd op onze website. Hiermee verantwoorden we ons over de voortgang van onze kwaliteitsdoelstellingen. Het is bedoeld voor alle stakeholders en geïnteresseerden.

Het bestuur van de Stichting ds. W.H. Blaak stelt zich op het standpunt dat het doel van de Stichting (de exploitatie van een woon-zorgcomplex ten behoeve van zorgbehoefte ouderen) impliceert dat alle betrokkenen hun uiterste best doen om de beste zorg te verlenen. Kwaliteit moet niet worden afgedwongen, maar intrinsiek in de medewerkers en hun werkwijze zijn verankerd.

Dit kwaliteitsverslag is besproken en vastgesteld op de bestuursvergadering van 7 maart 2024.

Geldermalsen, maart 2024

Hoofdstuk 1, zorgvisie en kernwaarden

Onze zorgvisie en kernwaarden zijn transparant en op meerdere plaatsen terug te vinden, zoals:

- In de gedragscode;
- In het huisreglement, zoals dat verwoord is in de Infobrochure;
- Op de website: www.huizeblaak.nl;
- In het scholingsplan;
- In het kwaliteitshandboek;
- Zo nodig in een advertentie

Medewerkers vinden het prettig om vanuit de vier domeinen te werken, zodat alle aspecten, wensen en behoeften van iedere individuele bewoner bij de zorgverlening aandacht krijgt. Het zorgplan is ook opgebouwd vanuit de vier domeinen. Tijdens de halfjaarlijkse evaluatiegesprekken met de (vertegenwoordigers van) bewoners komen deze aan de orde.

In de verslagperiode was het bestuur actief betrokken bij de dagelijkse gang van zaken. Tijdens gesprekken kwam naar voren dat de zorgvisie en kernwaarden als volgt zichtbaar waren:

- Dat de zelfredzaamheid van de bewoner hoog in het vaandel staat (bij de ene wel iets meer dan de ander, dus het blijft een aandachtspunt),
- Dat aan alle vier de domeinen vanuit het Zorgleefplan aandacht wordt besteed,
- Dat medewerkers met plezier werken, wat positief werkt voor onze bewoners.
- Medewerkers houden rekening met de persoonlijke leefstijl van de bewoners,
- Betrekken de mantelzorger indien nodig bij de zorg.
- Daar wij werken met Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden heeft elke bewoner/mantelzorger zijn/haar eigen aanspreekpunt. Dit maakt de lijnen kort en werkt prettig voor alle partijen.
- Iedere bewoner met een Wlz-indicatie heeft na inhuizing binnen 24 uur een voorlopig zorgplan. Dit plan wordt opgesteld door de EVV-er aan de hand van het intakegesprek, de overdracht van de vorige zorgorganisatie en/of de verpleegkundige overdracht van het ziekenhuis en informatie uit de Wlz-indicatie.
- Het zorgplan wordt digitaal gemaakt in het ECD. Het zorgplan wordt binnen zes weken definitief. De bewoner of diens vertegenwoordiger ondertekent dit plan.

Hoofdstuk 2, doelgroep en werkwijze

Tijdens de verslagperiode voldeden we ruimschoots aan de kwaliteit zoals we deze in vier thema's hebben verwoord in het kwaliteitsplan:

1. Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: we hadden ook in 2023 de mogelijkheid om gemiddeld 8 bewoners zorg te verlenen. De bezetting in het verslagjaar is constant geweest. Van blijvende waardevolle toevoeging zijn de gastvrouwen die de bewoners extra aandacht kunnen geven en hen gezelschap geven.
- Het personeelsbeleid is dat in het verslagjaar is gestart met vorm geven van een professioneel team met ondersteuning van twee coaches. De verschillende taken zijn verdeeld onder de medewerkers. Er is tweemaandelijks voorafgaand aan de bestuursvergadering een overleg tussen de coaches en een commissie uit het bestuur m.b.t personeelszaken. Bij de familiegesprekken en de EVV-overleggen is een commissie van het dagelijks bestuur aanwezig.
- Passie, inzet en betrokkenheid van alle medewerkers, dit hebben we als bestuur vastgesteld en besproken in voortgangsgesprekken;
- In het verslagjaar is sprake geweest van ruim voldoende vast personeel om aan de zorgvraag te voldoen. De personeelsbezetting is inzichtelijk en afgestemd op de doelgroep. Er is een flexibele schil van ZZP'ers die bereid zijn om de eventueel overblijvende diensten in te vullen. In het verslagjaar is geen gebruik gemaakt van externe uitzendkrachten.

2. Open(baar)heid

- Uitkomsten van de clientonderzoeken worden verwerkt in dit Kwaliteitsverslag, en zijn als bijlage opgenomen onder dit kwaliteitsverslag.

Hoofdstuk 3, personeel

Huize ds. W.H. Blaak heeft in dit verslagjaar weinig moeite gehad om de personeelsbezetting rond te krijgen. De dagelijkse zorg kon gelukkig steeds weer goed ingevuld worden, mede door middel de inzet van een aantal ZZP'ers. Het verzuimpercentage in 2023 was: 3%.

In 2023 waren er de volgende personeelswijzigingen:

Omschrijving	aantal	fte
Vertrokken medewerkers	2	1,4 fte
Nieuwe medewerkers	8	4,3 fte
Gastvrouwen	0	0 fte

Dankzij onze platte organisatie en korte lijnen kunnen in onze zorgvoorziening de zorggelden optimaal worden benut waarvoor het is bedoeld. Uit het financieel jaarverslag blijkt dat meer dan 90% van de zorggelden wordt besteed aan direct bewoners-gebonden kosten.

De in de visie van het bestuur belangrijke kaders voor “aandacht, aanwezigheid en toezicht”, “specifieke kennis en vaardigheden” en “reflectie, leren en ontwikkelen” hebben we behaald, onder andere door middel van:

- Voldoende medewerkers, ook bij intensieve zorgmomenten;
- Permanente aanwezigheid van personeel met de juiste kennis, vaardigheden en competenties konden mede bereikt worden met de inzet van ZZP'ers;
- Door de inzet van zowel de vaste medewerkers en flexibele schil van ZZP'ers die de bewoners goed kennen;
- Overeenkomst met SZR m.b.t. geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse;
- De SOG arts van de SZR wordt via de huisarts van de desbetreffende bewoner ingeschakeld;
- Er is een (huis)arts beschikbaar en oproepbaar, en is indien noodzakelijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- In de verslagperiode hebben we (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit en/of invoeren specialist ouderengeneeskunde en/of overleg met medisch specialist en/of GGZ als volgt in gang gezet: Ons eerste aanspreekpunt is de huisarts, hij/zij is de hoofdverantwoordelijke, hij / zij beoordeelt samen met ons welke discipline ingezet wordt in een complex geval, dit wordt gemonitord via het MDO en via telefonisch overleg. Zo nodig komt de huisarts/specialist langs. Ook de 1e contactpersoon van de bewoner wordt hierbij betrokken. De huisarts kan zelfs in het weekend gebeld worden voor advies en vragen.

Het scholingsplan stellen we per kalenderjaar vast. Het scholingsplan 2023 heeft de gewenste voortgang in deze verslagperiode.

- In november is er een BHV-scholing geweest waar de verantwoordelijke medewerkers aan deelgenomen hebben.
- Medewerkers (Verzorgende-IG) hebben de van toepassing zijnde E-learnings gevolgd. Van de gevolgde trainingen is een logboek beschikbaar.

Hoofdstuk 4, Beleid

In het verslagjaar is aandacht besteed aan:

- Afspraken met huisarts en apotheek. Deze zijn opnieuw besproken en vastgelegd, één van de afspraken is dat de huisarts 1 x per jaar bij de Zorgleefplan gesprekken aanwezig is;
- Er worden met de medewerkers voortgangsgesprekken gevoerd door het bestuur;
- Melding Incidenten Bewoners worden, zo nodig, in elke teamoverleg besproken;
- Verbeterpunten worden teruggekoppeld in het teamoverleg.

Hoofdstuk 5, persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Net als in eerdere jaren, hebben we in deze verslagperiode geconstateerd dat de zorg en ondersteuning voor elke bewoner op maat is. Dat wil onder andere zeggen dat iedere bewoner een Zorgleefplan heeft, dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend is afgestemd op de actuele noodzaak, blijkend uit observaties en rapportages. Aan onderstaande thema's, ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt binnen onze locatie voldaan. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van voortgangsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid op de werkvloer, contacten met bewoners, naasten en vrijwilligers, bewonersbesprekingen, overdrachten, rapportages en werkbesprekingen.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke bewoner;
- De medewerkers spreken de bewoner aan met meneer of mevrouw;
- De medewerkers praten met bewoners en niet over bewoners;
- De zorgmedewerkers maken echt contact met bewoners;
- De medewerkers hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De zorgverleners hebben respect voor normen en waarden van de bewoner, naasten en mantelzorgers, we hanteren de Christelijke Gedragscode (RMU), deze is ook in het Kwaliteitshandboek verwerkt.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat bewoners belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die bewoners willen onderhouden;
- Als een bewoner dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een bewoner zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de bewoners zich veilig voelen;
- Medewerkers behandelen bewoners met respect;
- De bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen;
- Bewoners kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en kunnen zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke bewoner en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de bewoner;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;

- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de bewoner;

Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase

- De bewoners kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag;
- Indien een bewoner de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere bewoner is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De bewoner heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn;
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de bewoner op regelmatige basis geëvalueerd;
- Bewoners krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van bewoners rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd en opgenomen in het zorgplan. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd;
- De wensen van en afspraken met de bewoner worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de bewoner.

Zorgdoelen: Iedere bewoner heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning

- Iedere bewoner heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan dat in samenspraak met de bewoner en desgewenst diens naasten is opgesteld;
- De bewoner geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan, zo niet dan wordt dat besproken met de bewoner en diens naasten;
- De bewoner of diens belangenbehartiger is aanwezig bij het zorgleefplan overleg, tenzij deze dat niet wil. De inbreng van de bewoner doet ertoe om de zorgverlening beter af te stemmen op diens behoeften;
- Met de bewoner of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De huisarts maakt met de bewoner en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere bewoner beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener, die tevens voor deze bewoner de EVV'er is;
- Het medisch plan wordt opgesteld door de huisarts;

- De zorgverleners volgen bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zoals vastgelegd in: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html ;
- De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg;
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de bewoner, inzicht in het zorg- en behandel-proces rondom de bewoner en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de bewoner, aan diens naaste(n) en aan collega's;

Hoofdstuk 6, wonen en welzijn

Sinds de start van het huis, in 2014, staan bij ons wonen en welzijn voor de bewoners hoog in het vaandel. We hebben in vier thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van wonen en welzijn in onze locatie. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit hebben we als bestuur waargenomen en geconstateerd op basis van voortgangsgesprekken, observaties tijdens onze aanwezigheid in het huis, contacten met bewoners, naasten en vrijwilligers, gesprekken met bewoners, rapportages en overleg met medewerkers. Binnen Huize Blaak wordt een nieuwsbrief gerealiseerd die maandelijks uitgegeven wordt. Dit ter bevordering van de verbondenheid tussen familie en Huize Blaak met haar bewoners en medewerkers, die daar toestemming voor hebben gegeven.

Punten uit het Kwaliteitsplan:

Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een bewoner iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere bewoner mogelijk om een geestelijke verzorger te spreken van de eigen levensbeschouwelijke signatuur. Overleggen, bespreken met de bewoner of hij/zij bij ziek zijn of anderszins in de kerkelijke gem. Oud. Ger. Gem. te Geldermalsen betrokken wordt in het gebed.

Zinvolle tijdsbesteding

- De bewoner kan regelmatig deelnemen aan verschillende activiteiten, individueel of in groepsverband;
- De bewoners worden gestimuleerd om te bewegen;
- Bewoners kunnen naar buiten als zij dat willen;
- Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met verschil in behoefte aan ondersteuning en zorg;
- In het verslagjaar zijn tien externe activiteiten georganiseerd voor alle bewoners. Door de bewoners, familie en begeleiders wordt dit als zeer waardevol ervaren.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere bewoner ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze);
- Iedere bewoner heeft een zorgwagentje met eigen handdoeken en washandjes plus eigen beddengoed (gemerkt);
- Familieparticipatie en inzet vrijwilligers;
- Zorgverleners geven naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de bewoner de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving wordt blijvend aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften. Een voorbeeld hiervan is de aanschaf van twee laag-laag bedden;

- Ander meubilair, die de bewoners zelf mee uitdachten en beoordeelden;
- De ruimtes zijn schoon en veilig. Ter bevordering hiervan is er een vaste facilitair medewerker aangetrokken. Dit met ondersteuning van de vrijwilligers;
- Ter bevordering van de veiligheid bewoners is er een dwaaldetectiesysteem geïnstalleerd;
- Bewoners worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- De maaltijden worden in de middag en avond gezamenlijk genuttigd, de maaltijden worden door gastvrouwen en vrijwilligers bereidt, er wordt rekening gehouden met de individuele smaak en wensen;
- Van het buiten terrein, met tuinhuis (wordt intensief gebruikt, door bewoners met bezoek om even apart te zitten en voor gezamenlijke maaltijden en activiteiten), bloembakken die als windschermen dienen waardoor ze al vroeg beschut buiten kunnen zitten en een groente bak om samen met de bewoners groenten te telen. Daarbij uitbreiding van de veestapel. Naast kippen zijn drie konijnen en 2 geiten bijgekomen. Ook heeft een bewoner een eigen kip die ze zelf kan verzorgen.

Hoofdstuk 7, veiligheid

Ook in deze verslagperiode is bij ons de veiligheid van bewoners van groot belang. We hebben in vier thema's vastgesteld wat de kenmerken zijn van veiligheid in Huize ds. W.H. Blaak. Deze thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Medicatieveiligheid

- Minimaal tweemaal per jaar bespreekt de huisarts met de apotheker de medicatie van de bewoners;
- We bespreken de MIC meldingen tweemaandelijks en we besteden aandacht aan de oorzaken van eventuele medicatiefouten. Dit wordt besproken tijdens de teamvergadering en hierbij voeren we zo nodig een verbetermaatregelen in;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk;

Decubitus en mondzorg

- Er vindt regelmatige monitoring plaats van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg en incontinentieletsel bij alle bewoners;

Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen

- In de verslagperiode hebben we geen onvrijwillige zorg ingezet en onvrijwillige zorg was voor geen enkele bewoner geïndiceerd;
- In de verslagperiode zijn vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) met de grootst mogelijke terughoudendheid toegepast. Hierbij hebben we steeds beoordeeld welke VBM de minste impact hebben op het welzijn van de bewoner, zonder de veiligheid uit het oog te verliezen;
- De VBM die we hebben toegepast zijn besproken met de bewoner en diens contactpersoon, met de huisarts en met de EVV'er. Bij iedere VBM hebben we een evaluatiedatum afgesproken. Voor het toepassen van elke VBM is getekend door de (zaakwaarnemer van de) bewoner en de huisarts;
- De Wet Zorg en Dwang en de daarvoor noodzakelijke documenten zijn opgesteld en het stappenplan is geïmplementeerd. Ook in het verslagjaar hebben we dit niet behoeven te gebruiken.

RIE

- In het verslagjaar is een RIE opgesteld.

Hoofdstuk 8, leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is in de verslagperiode vanuit verschillende invalshoeken gerealiseerd. In overeenstemming met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschrijven we vijf elementen die het leren en werken aan kwaliteit in deze verslagperiode hebben bevorderd:

1. Kwaliteitsmanagementsysteem

- Huize Blaak voldoet aan de eisen die de overheid aan ons stelt.
- Hiertoe heeft Huize Blaak een Kwaliteitshandboek waarin alle noodzakelijke protocollen, werkinstructies en richtlijnen zijn opgenomen, aangevuld door de protocollen vanuit Vilans.
- In dit kwaliteitssysteem zijn ook de verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd;

2. Jaarlijks kwaliteitsverslag

- Dit is ons zesde kwaliteitsverslag; Sinds 2018 wordt een verslag opgesteld.
- Dit kwaliteitsverslag is besproken door het bestuur en de coaches en via onze website ter beschikking gesteld aan familie, huisarts, zorgmedewerkers en andere geïnteresseerden;
- In dit kwaliteitsverslag verantwoorden we ons over 2023.

3. Continu werken in de praktijk aan verbeteren door zorgverleners

- Kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog worden gestimuleerd en vinden in een open klimaat plaats. Hiervoor wordt het teamoverleg gebruikt.

Hoofdstuk 9, leiderschap en management

Het bestuur hecht aan een duidelijke structuur. Kenmerkend voor een professioneel team is dat er direct contact is met bewoners, familie, medewerkers en vrijwilligers met ondersteuning van twee coaches welke wekelijks contact onderhouden met het dagelijks bestuur.

- De medewerkers en het bestuur stellen zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners, naasten, medewerkers en vrijwilligers;
- In het verslagjaar is zoveel als mogelijk gestreefd naar zelfstandig functionerende medewerkers, ondersteund door de twee coaches;
- Conform de Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ) hebben we een vertrouwenspersoon, klachtenfunctionaris, klachtenreglement met onafhankelijke klachtencommissie en zijn we aangesloten bij een erkende Geschilleninstantie.

Hoofdstuk 10, gebruik van informatie

- De AVG, Europese wetgeving, is in 2018 geïmplementeerd;
- De medicatieveiligheid is bij ons geregeld conform landelijke standaard. Uit MIB meldingen en besprekingen in het werkoverleg naar aanleiding hiervan is naar voren gekomen dat we de medicatieveiligheid correct in acht nemen;
- Dit kwaliteitsverslag is openbaar toegankelijk via onze website.

Hoofdstuk 11, bijlage

Gemiddelde resultaten bewoners-enquête 2023.

Vraag	Gemiddelde uitslag
1. Hoe ervaart u het jaarlijks gesprek/contact met het bestuur?	8
2. Afspraken: Verliep het maken van afspraken goed? En komt de organisatie en haar medewerkers de gemaakte afspraken over tijdstippen en bereikbaarheid na?	7,9
3. Verpleging: Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging en behandeling?	8
4. Gastvrouwen: Vorig jaar zijn we gestart om gastvrouwen in te zetten, om zodoende meer aandacht aan de bewoners te geven. Hoe ervaart u dat?	8,4
5. Omgang medewerkers: Behandelen de medewerkers u met aandacht en respect; kortom gaan de medewerkers op de goede manier met u om?	8,2
6. Kwaliteit van leven: Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt en past het bij de manier waarop u wilt leven?	8,2
7. Luisteren: Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek. Wordt u gezien én gehoord?	8,3
8. Activiteiten: Vorig jaar is uw mening gevraagd over de ervaringen m.b.t. wooncomfort en activiteiten. Daarin werd aangegeven dat er te weinig activiteiten en bezigheden waren voor de bewoners. Vindt u dat daar verbetering in gekomen is passend bij u?	8
9. Accommodatie: Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving met de nieuwe aanpassingen prettig?	7,9
10. De coaches: Hoe ervaart u de coaches die ondersteuning bieden bij de algehele gang van zaken bij Huize ds. W.H. Blaak?	8,1