



PIETER VAN FOREEST

Kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg 2019



EIGENAAR	Directeur WZB
VERSIENUMMER	Definitief
AANTAL PAGINA'S	18



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Decubitus	5
Hoofdstuk 2 Advance Care Planning	5
Hoofdstuk 3 Medicatieveiligheid	6
Hoofdstuk 4 Zorg voor de Vrijheid	7
Hoofdstuk 5 Aandacht voor eten en drinken	9
Hoofdstuk 6 Sturen op kwaliteit en veiligheid	10
Hoofdstuk 7 Commissies	11
Geneesmiddelencommissie	11
Zorg voor Vrijheid en Veiligheid commissie	11
Hygiëne en infectiepreventie commissie	12
Centrale VIM commissie	12
Calamiteitencommissie	13
Hoofdstuk 8 Keurmerken	14
Hoofdstuk 9 Klachten	16
Hoofdstuk 10 Verbeteren en leren	17
Hoofdstuk 11 Continuïteit van zorg	18
Hoofdstuk 12 Cliënttevredenheid	18
Nawoord	19



Voorwoord

Op het moment van schrijven van dit jaarverslag verkeren wij allen in onzekere tijden vanwege de Coronacrisis. Dagelijks zetten wij ons met man en macht in om goede zorg te bieden aan onze cliënten en een veilige werkomgeving te bieden aan onze medewerkers. Helaas worden we geconfronteerd met besmettingen van cliënten en medewerkers. Gelukkig zijn vele cliënten en medewerkers inmiddels weer hersteld. Onze gedachten en medeleven gaan uit naar de familie en naasten van overleden cliënten.

In deze tijd waarin alle medewerkers van Pieter van Foreest een stapje extra zetten zijn er ook hele mooie spontane en creatieve oplossingen en initiatieven om het welbevinden van mensen te ondersteunen. Deze mooie leerervaringen zullen we blijven benutten bij het continue verbeteren van de kwaliteit van onze zorgverlening.

Medewerkers en vrijwilligers van Pieter van Foreest toonden in 2019, en ook in deze crisistijd, een enorme betrokkenheid en een heel groot hart om het best mogelijke voor onze cliënten te doen. Zij verdienen daarvoor heel veel waardering en een groot compliment.

Samen met onze cliënten, familie en naasten en in samenspraak met cliëntenraden slaan wij blijvend de handen ineen om in de komende tijd voor goede en veilige zorg voor cliënten, en een veilige werkomgeving voor medewerkers en vrijwilligers.

Diny de Bresser en Petra de Jongh
Raad van bestuur



Inleiding

In dit kwaliteitsverslag legt Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (verder Pieter van Foreest) gevestigd te Delft verantwoording af over het kwaliteitsbeleid c.q. de uitvoering van het kwaliteitsplan verpleeghuiszorg in het jaar 2019. Het verslag wordt besproken met de Ondernemingsraad, de Centrale Cliëntenraad, de Raad van Toezicht en met het Zorgkantoor DWO. Daarnaast wordt het verslag gepubliceerd op de internetsite van Pieter van Foreest en aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland.

Naast dit kwaliteitsverslag verantwoordt Pieter van Foreest zich krachtens de WTZi over kwaliteit door het deponeren van informatie via DigiMV en het publiceren van een bestuursverslag. Tussen het bestuursverslag en dit kwaliteitsverslag bestaat een zekere mate van overlap. Gekozen is om in het kwaliteitsjaarverslag te focussen op de rapportage over de indicatoren uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en de verbeterpunten in het kwaliteitsplan 2019. Dit betekent dat u informatie over de volgende onderwerpen terugvindt in het bestuursverslag op onze website:

- *Bestuur en toezicht: bestuur, toezicht, samenstelling Raad van Toezicht, overzicht onderwerpen en besluiten van de raad van toezicht, governancecode.*
- *Beleid, inspanningen en prestatie: prestatie-indicatoren, klant en markt, beleid, kwaliteit en veiligheid, algemeen beleid, klachtenfunctionarissen, klachtencommissie, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, medewerkers/vrijwilligers en opleiden, bedrijfsvoering, huisvesting en vastgoed, informatisering en automatisering, innovatie en ontwikkeling.*
- *Samenspraak en Medezeggenschap: centrale cliëntenraad, ondernemingsraad en VVAR*
- *Financieel beleid en jaarrekening 2019*

Het bestuursverslag 2019 is gepubliceerd op www.jaarverslagzorg.nl en op de website van Pieter van Foreest <https://pietervanforeest.nl>.

In de volgende hoofdstukken worden de inhoudelijke thema's rondom kwaliteit en veiligheid in de verpleeghuiszorg behandeld.



Hoofdstuk 1 Decubitus

De toestand van de huid, voedingstoestand, mondzorg, incontinentie(letsel) en stemming (depressie) wordt bij alle cliënten op gestructureerde wijze gemonitord en twee keer per jaar besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). Het startpunt van deze monitoring is het invullen van de 'profielvragenlijst risicosignalering' in het zorgplan. Wanneer er een risico wordt gesignaleerd, maakt het systeem automatisch een 'zorgprobleem' aan, waarover interventies vastgelegd kunnen worden. Over het effect van die interventies wordt gerapporteerd. De rapportages worden besproken en de interventies worden geëvalueerd in het MDO. Het primaire doel is decubitus te voorkomen. Wanneer er toch onverhoopt decubitus ontstaat, is er voor de medewerkers een decubitusprotocol beschikbaar en is het mogelijk om een wondverpleegkundige in te schakelen.

In december van dit verslagjaar is op advies van de Verpleegkundige en Verzorgende AdviesRaad (VVAR) en 1^{ste} specialisten ouderengeneeskunde (ESO's) door de raad van bestuur besloten om een formele commissie Decubitus te installeren. Voor deze commissie zal in het 1^{ste} kwartaal 2020 een beschrijving van ambitie, rollen en taken worden opgesteld.

Pieter van Foreest (PvF) heeft in samenspraak met de Centrale Cliëntenraad (CCR) gekozen om kwaliteitsgegevens over de indicator 'het percentage cliënten met decubitus categorie 2 of hoger' aan te leveren aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) als één van de twee vrije keuze indicatoren. De puntmeting die uitgevoerd moet worden voor het aanleveren van de indicator decubitus kan dan fungeren als nulmeting en geeft de ingestelde decubituscommissie zicht op het aantal cliënten met decubitus.

Binnen Pieter van Foreest heeft 4,9% van de cliënten die verpleeghuiszorg ontvangen decubitus graad 2 of hoger. Gemiddeld heeft PvF iets minder dan 3 cliënten per locatie met decubitus graad 2 of hoger.

Hoofdstuk 2 Advance Care Planning

Voor de intramurale cliënten van Pieter van Foreest, die zich veelal in hun laatste levensfase bevinden, is het belangrijk dat wij met hen en/of vertegenwoordigers (mantelzorgers) bespreken wat hun wensen en behoeften zijn in deze fase. De afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgleefplan van de bewoner. Voor alle bewoners is bij het openen van het zorgleefplan in één opslag zichtbaar of de bewoner wel of niet gereanimeerd wil worden. Ook is het zogeheten "medisch beleid" voor elke bewoner vastgelegd in de overzichtspagina 'medische notities' en uitgebreider in de profielvragenlijst.

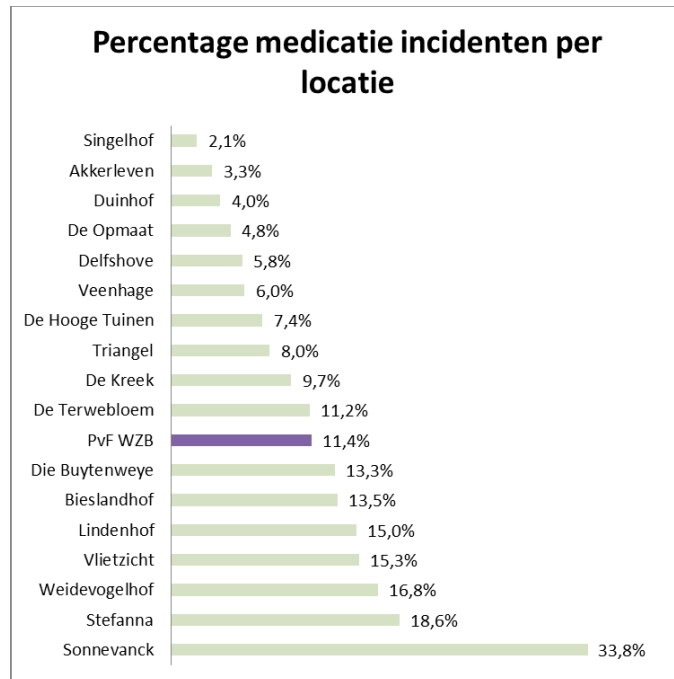
Palliatieve zorg

Pieter van Foreest wil haar cliënten ook in de laatste fase van hun leven, de palliatieve terminale fase, passende zorg verlenen. Daartoe is in verslagjaar de handreiking 'Waardig afscheid nemen' ontwikkeld die het vertrekpunt is voor (de invoering van) de zorgpaden 'palliatieve terminale zorg' en 'stervenfase'. In 2020 zal de implementatie van de zorgpaden ter hand genomen worden.



Hoofdstuk 3 Medicatieveiligheid

In 2019 zijn er 1952 medicatie incidenten gemeld. Dit is gemiddeld 163 medicatie incidentenmeldingen per maand verdeeld over 17 locaties. De meeste voorkomende meldingen zijn 'het niet geven van medicatie door medewerkers' en het 'niet aftekenen van medicatie'.



Figuur 1: Gemiddelde percentage medicatiemeldingen per maand t.o.v. het gemiddeld aantal cliënten per locatie gezien over het verslagjaar 2019

Om de medicatieveiligheid te verhogen is het medicatiebeleid in 2019 aangescherpt en is een volledig geüpdatet handboek medicatievoorziening opgesteld door de geneesmiddelencommissie. Hierin zijn de processen inzake medicatie beschreven voor cliënten die verpleeghuiszorg ontvangen. Het herziene medicatiebeleid wordt in 2020 in samenwerking met de apotheek ingevoerd. Bijzondere aandacht zal daarbij uitgaan naar sturing op compliance en borging van het beleid op de werkvloer conform de normen inzake medicatieveiligheid in de keten. In dit kader zullen de eerste- en tweedelijns audits in 2020 geïntensiveerd worden met als doel het doorlopen van een volledige verbetercyclus met als resultaten compliance aan de normen en veilige medicatieverstrekking.



Hoofdstuk 4 Zorg voor de Vrijheid

Visie op Zorg voor vrijheid en Veiligheid

Het toepassen van onvrijwillige zorg gebeurt vanuit onze visie op “goede zorg”.

Goede zorg is persoonsgericht (en gericht op kwaliteit van leven, welbevinden, optimaal functioneren in het dagelijks leven). Zorgverleners en zorgorganisatie zorgen voor de context en deze speelt een belangrijke rol bij de kwaliteit van zorg.

Het toepassen van onvrijwillige zorg, het inperken van vrijheid is daarom ALTIJD een laatste redmiddel, we kiezen voor de minst ingrijpende vorm voor een zo kort mogelijke periode. In voorkomende gevallen zorgt Pieter van Foreest de mogelijkheden om vrijwillige zorg te ontvangen maximaal worden verkend.

Pieter van Foreest (PvF) heeft in samenspraak met de Centrale Cliëntenraad (CCR) gekozen om kwaliteitsgegevens over de indicator 'op welke wijze op de afdeling gewerkt wordt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen' aan te leveren aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) als één van de twee vrije keuze indicatoren. De keuze voor deze indicator sluit aan bij onze ambitie om een fixatievrije zorginstelling te zijn.

Voor alle locaties en afdelingen geldt dat zij het zorg- en behandelplan zo opstellen dat cliënten zoveel mogelijk leven zoals zij dat willen en waarbij wordt voorkomen dat er sprake is onvrijwillige zorg. Bij het opstellen worden de cliënt en naasten betrokken. Principes en begrippen zoals persoonsgericht werken, waardig verhuizen, levensloop, hetero- anamnestiche persoonlijkheidslijst, signaleringsplan en gedragsanalyse worden hierbij toegepast. Om onvrijwillige zorg te voorkomen zetten medewerkers alternatieven in. Voorbeelden van beschikbare alternatieven zijn laag-laag bedden, valmatten, ballendekens en persoonsgerichte toezichthoudende technieken (domotica). Medewerkers gebruiken hiervoor ook alternatieven beschreven in de Alternatievenbundel van Vilans. Bij moeilijke situaties kan een zorgteam het interne consultatieteam “gedrag” raadplegen. Aan de hand van de vraagstelling van het zorgteam ondersteunen het consultatieteam het zorgteam bij het analyseren van de situatie en het kiezen van passende interventies.

Daarnaast maken medewerkers gebruik van de inzet van Dementia Care Mapping, een methode waarin getrainde medewerkers, die niet zijn betrokken bij de zorg op de desbetreffende afdeling, het gedrag van cliënten en interacties observeren. Deze methode kan inzicht geven in oorzaak van gedrag en helpen bij het vinden van mogelijke oplossingen voor problemen.

Op de afdelingen vinden naast het Multi Disciplinaire Overleg (MDO) en de zorgleefplanbespreking met regelmaat vaste overleggen plaats waarin vrijwillige en onvrijwillige zorg wordt besproken.

- In het Systematisch Interdisciplinair overleg, ook wel “deskundigenberaad” genoemd wordt alle zorg die binnen de 9 categorieën onvrijwillige zorg van de Wet Zorg en Dwang (Wzd) is verleend systematisch geëvalueerd en geanalyseerd. Geborgd wordt dat onvrijwillige zorg zo min mogelijk wordt toegepast, dat de minst ingrijpende interventie wordt toegepast en dat onvrijwillige zorg zo snel als mogelijk wordt afgebouwd.
- In het Omgangsoverleg bespreken psycholoog en medewerkers van de afdeling onbegrepen gedrag van cliënten met als doel de omgang met de cliënt te optimaliseren en samen een benaderplan op te stellen en te evalueren.



PvF hecht belang aan een bij de doelgroep passende prettige en veilige woonomgeving met goede oriëntatiepunten, dag- en nachtverlichting waarbij cliënten vrij kunnen bewegen met persoonsgerichte toezichthoudende technieken, niet onder- of overprikkelend worden en zo min mogelijk deuren gesloten zijn. Ook staat de inzet van deskundig personeel hoog in het vaandel. PvF werkt met kleine vaste teams die de cliënt en de naasten kennen, contactverzorgenden die de cliënten kennen en die zorgdragen voor optimale aansluiting van de geleverde zorg op de wensen van de cliënt.



Figuur 2: Pieters café

Het management van een locatie bespreekt de adviezen over onvrijwillige zorg die voortkomen uit de analyse van kwartaalrapportage betreffende onvrijwillige zorg en realiseert randvoorwaarden ter uitvoering van deze adviezen. Ook het Managementteam van de divisie Wonen Zorg en behandeling ontvangt en bespreekt de kwartaalrapportage over vrijwillige zorg. Daarnaast bespreekt de Wzd-functionaris 1x per jaar de jaaraantallen onvrijwillige zorg en alle adviezen uit de kwartaalrapportages met de locatiemanager. De Wzd functionarissen bespreken halfjaarlijks de toegepaste onvrijwillige zorg met de Raad van Bestuur (RvB) en de eerste specialisten ouderengeneeskunde (ESO's).

Als toetsing op de uitvoering van het beleid en afspraken over Zorg voor Vrijheid en Veiligheid vinden er systematisch 1^{ste} en 2^{de} lijns interne audits plaats, dit zijn respectievelijk zelfevaluatie op afdelingsniveau en een onafhankelijk toetsing op locatieniveau door geschoolde auditoren die werkzaam zijn op een andere locatie.



Hoofdstuk 5 Aandacht voor eten en drinken



Eten is persoonlijk en daar is bij Pieter van Foreest -in het kader van persoonsgericht Werken- aandacht voor. Ons uitgangspunt is dat we aansluiten bij wat de cliënt kan en wil. Eten is een van de hoogtepunten van de dag. En daar houden we rekening mee. Voor elke maaltijd dekken we de tafel, waarbij we afstemmen op de sfeer van de locatie en op de cliënten. Er is aandacht voor servies en inrichting van de ruimte, want eten is beleving. Vanzelfsprekend zorgen we ervoor dat de gerechten niet alleen gezond zijn maar ook lekker smaken! Het aanbod van eten en drinken bij Pieter van Foreest is verantwoord en voldoet aan de Richtlijnen goede voeding 2015 en de Nederlandse voedingsnormen. Onder 'gezond' verstaan we ook een hygiënische (werk)omgeving, die voldoet aan de gestelde eisen. We zijn ons bewust van onze rol in de maatschappij en gaan bewust om met onze hulp- en grondstoffen. We stemmen de maaltijdmomenten af op de cliënten.

Ten behoeve van de borging van het voedingsbeleid en het signaleren van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van voeding is een voedingscommissie ingesteld door de raad van bestuur. Deze commissie die haar werkzaamheden aanvangt in 2020 rapporteert minimaal 1x per jaar aan het Kwaliteitsberaad.¹

Pieter van Foreest heeft voor al zijn cliënten de gewenste hulp en voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken in het zorgdossier vastgelegd. Dit is besproken met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Als de cliënt nog kan aangeven wat zijn voorkeuren zijn voor eten en drinken, wordt, voor het aanbieden van het eten en drinken, gevraagd naar zijn/haar voorkeur. In dat geval is

¹ In 2017 werd besloten een Kwaliteitsberaad in te stellen dat bestaat uit: de eerste specialisten ouderengeneeskunde, twee deelnemers vanuit de VVAR en de directeuren van de zorgdivisies. Het Kwaliteitsberaad wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur, komt elke zes weken bijéén en wordt ondersteund door een beleidsmedewerker van het bestuursbureau. Het Kwaliteitsberaad waarborgt de samenhang van de activiteiten en het beleid inzake kwaliteit- en veiligheid.



de voorkeur, hoeveelheid, frequentie en vorm niet vastgelegd in het zorgdossier. Dit is terug te zien in de cijfers.



Hoofdstuk 6 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Pieter van Foreest is in 2018 begonnen met het opzetten van verbeterplannen vanuit de werkvloer en te komen tot een continue Kwaliteits Verbeter Cyclus (KVC) en een voortdurende impuls tot leren en verbeteren. Wij maken gebruik van het 'three lines of defence' model.



Om het gesprek aan te kunnen gaan over professionele kwaliteit heeft Pieter van Foreest reflectiekaarten ontwikkeld die zijn gebaseerd op de verschillende thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en volgens planning worden afgenomen Dit is de 'eerste lijn of defence'. De verzamelde gegevens uit de cliëntervaringen en de zelfreflectie worden besproken in verbeterdialogen met medewerkers. In deze dialogen worden verbeterpunten vastgesteld en afspraken gemaakt hoe en door wie deze opgepakt worden. Om te weten of de uitgevoerde acties ook hebben geleid tot de beoogde verbetering vindt opnieuw een meting plaats, hiermee is de PDCA-cyclus compleet. In 2019 is gestart met het maken van een kwaliteitsfoto per locatie die de basis vormt voor de verbeterplannen van de locaties.

Deze werkwijze wordt gecontinueerd in 2020. In 2020 zullen normen worden geformuleerd voor alle scores van de zelfreflectiemetingen en de kwaliteitsfoto's.

Naast de gesprekken tussen professionals over professionele kwaliteit vinden gesprekken plaats tussen medewerkers en cliënten/naasten over het welbevinden van de cliënt.

In 2019 heeft Pieter van Foreest als pilot op één locatie (De Kreek) de ervaringen van cliënten, cliëntenraden, mantelzorgers, vrijwilligers, zorgmedewerkers, ondersteunend personeel en management in kaart gebracht middels een 360 graden meting die door Vilans is ontwikkeld. De resultaten worden besproken in de dialoogsessies waarbij verbeterpunten worden geformuleerd. Deze verbeterpunten en de uitvoering worden in familiebijeenkomsten besproken. Een Net Promotor Score is onderdeel van deze vragenlijst. De 360 graden meting van Vilans stelt Pieter van Foreest in



staat om zowel intern als extern te benchmarken. In 2020 zal de pilot worden geëvalueerd en wordt besloten of alle locaties overgaan op deze wijze van cliëntervaringen verzamelen.

Met de inrichting van de 2^{de} lijn of defence is in 2019 begonnen. Een eerste groep auditoren is getraind. Zij hebben in het kader van de scholing interne audits uitgevoerd op het thema persoonsgerichte zorg. Tevens hebben de interne auditoren eind 2019 een start gemaakt met auditeren van het thema medicatieveiligheid. In 2020 zal het interne auditteam verder opgebouwd worden en volgens een auditplanning de interne audits vormgeven. In 2020 zullen de HBO-verpleegkundigen, als coördinator van de 1^{ste} lijn of defence, een audit training volgen met als aandachtspunt de afstemming van 1^{ste} en 2^{de} lijnsaudits.

De 3^{de} lijn of defence hebben wij al vele jaren ingericht met externe toetsing (Prezo en Fixatievrije zorginstellingen).

Hoofdstuk 7 Commissies

In 2019 had PvF de volgende (zorginhoudelijke) door de raad van bestuur ingestelde commissies: geneesmiddelen, zorg voor vrijheid, hygiëne en infectiepreventie, centrale VIM commissie en een calamiteitencommissie.

Geneesmiddelencommissie

Afgelopen jaar stond in het teken van het aanscherpen van het medicatiebeleid en het in kaart brengen van de bij behorende processen.

- Het geneesmiddelenreglement is herzien en vervangen door het Handboek medicatievoorziening met als uitgangspunt de veilige principes in de medicatieketen en het hanteren van de protocollen van Vilans. De focus in het handboek ligt op het beschrijven van de dagelijkse verstrekking van medicatie op een veilige wijze.
- In 2019 is een project gestart om te bepalen aan welke eisen en inrichtingsvoorwaarden een elektronisch medicatievoorschrijfsysteem moet voldoen.
- De pilot inzake de aanschaf van voorraadkasten voor de werkvoorraad medicijnen is afgerond en heeft er toe geleid dat er werkvoorraadkasten worden geplaatst op alle locaties.
- Medewerkers zijn op locatie geschoold in de veilige principes medicatie en het medicatiebeleid.
- Het vernieuwde medicatiebeleid is voorzien van een implementatieplan dat is vastgesteld. Conform dit plan wordt het beleid op alle locaties geïmplementeerd voor 1 februari 2020.

Zorg voor Vrijheid en Veiligheid commissie

In het verslagjaar werd de invoering van de Wet zorg en dwang per 1 januari 2020 voorbereid. Dit resulteerde eind 2019 in de oplevering van een handboek zorg voor de vrijheid. Daarin wordt beschreven op welke wijze Pieter van Foreest voldoet aan de Wet zorg en dwang. Zie ook in voorgaand hoofdstuk 4 Zorg voor de vrijheid.



Hygiëne en infectiepreventie commissie

In 2019 is de oplevering in 2020 voorbereid van het nieuwe handboek infectiepreventie, waarbij de onderlinge samenhang van de processen en het vervangen van losse documenten speerpunt was voor de commissie.

- Er is aandacht besteed aan de basis hygiëne- en kledingvoorschriften en het organiseren van de randvoorwaarden ten behoeve van de basis hygiëne.
- De infectiepreventiedeskundige heeft op locaties auditbezoeken gebracht, de bevindingen zijn besproken in de commissie en met desbetreffende locatie.
- BRMO is belegd bij een BRMO commissie, een verbeterde eigen registratie van dragerschap BRMO is ontwikkeld en geïntroduceerd in de organisatie, het beleid is aangescherpt en er is nu een standaardprocedure t.a.v. BRMO-kweken. En als laatste zijn er afspraken gemaakt met ketenpartners in het kader van ketenoverdracht.
- Advisering RvB over professionaliseren hepatitis B vaccinatiebeleid en vaccinatiegraad tegen influenza medewerkers is voorbereid.

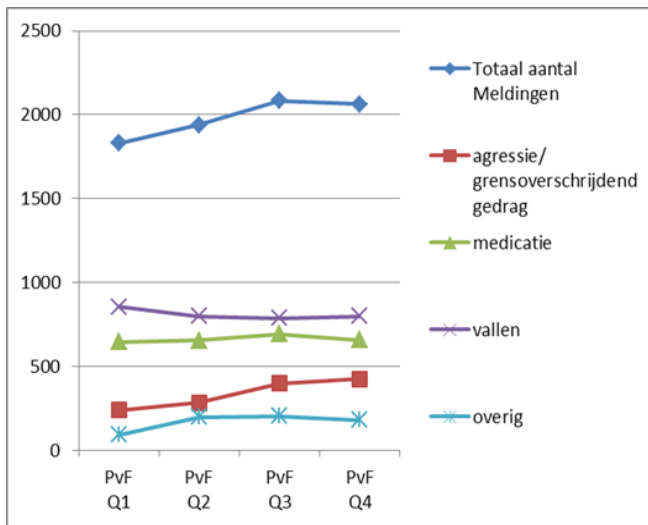
Centrale VIM commissie

In vervolg op de oriëntatie en besluitvorming over een nieuw incidentenmeldingssysteem is Pieter van Foreest in het jaar 2019 gestart met implementeren van het meldingssysteem; Triasweb. Het implementeren van dit systeem en medewerkers bekend maken met het systeem heeft het 1ste halfjaar in beslag genomen. Dit proces werd begeleid door Triasaspect. Er zijn scholingen georganiseerd voor onder meer key-users en gebruikers. Het implementatieproces is begeleid door een stuurgroep VIM. Deze stuurgroep is na afronding van de invoering van Triasweb in het 3^{de} kwartaal opgeheven.

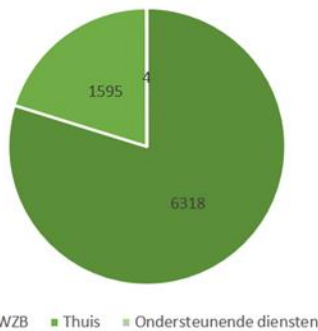
De rollen, taken en verantwoordelijkheden van de verschillende functionarissen zijn vastgelegd. Ook het proces dat dat in de VIM procedure doorlopen dient te worden na een incidentmelding is vastgelegd. In het jaar 2019 werden de decentrale VIM-commissies van alle locaties opnieuw ingericht.

Trendanalyse meldingen incidenten cliëntenzorg en medewerkers

In 2019 zijn er meer incidenten gemeld dan in 2018 zijn: 7919 ten opzichte van 5344. Aangezien de toename betrekking heeft op alle categorieën meldingen is een toegenomen meldingsdiscipline (mede als gevolg van de introductie van een nieuw meldingssysteem) waarschijnlijk een belangrijke oorzaak van de toename van de meldingen. Evenals vorig jaar zijn de drie grootste categorieën meldingen vallen, medicatie en agressief gedrag.



Totaal incidenten divisies



Valincidenten

Dit is categorie met de meest meldingen van incidenten.

Valincidenten vinden vaak in de ochtend, begin van de middag en in de loop van de avond plaats op de kamer van cliënten. Als oorzaak wordt vaak genoemd de fysieke en cognitieve achteruitgang van de cliënt, waardoor bijvoorbeeld een loophulpmiddel wordt vergeten of verkeerd gebruikt.

Medicatie incidenten:

Zie hoofdstuk 3 medicatieveiligheid.

Agresie incidenten, en (seksueel) grensoverschrijdend gedrag.

Op bijna alle locaties is er een toename van het aantal agresie incidenten. Voor zover cliënt gerelateerd wordt hieraan in de MDO besprekingen extra aandacht aan besteed, aanvullend worden omgangsadviezen opgesteld en besproken. Als de melding betrekking heeft op agresie van betrokkenen rondom de cliënt (familie, bezoekers) dan is dit onderwerp van gesprek met de leidinggevende en wordt gekeken naar oplossingen op maat.

Calamiteitencommissie

De calamiteitencommissie heeft in 2019 vijf onderzoeken naar incidenten uitgevoerd. Dit heeft geleid tot 2 meldingen van calamiteiten bij Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Van alle onderzoeken is een onderzoeksrapport opgesteld dat ter lering intern is gedeeld en besproken. Naast deze onderzoeken zijn de voorzitters van de calamiteitencommissie enkele malen geconsulteerd door leidinggevendens. Dit heeft niet geleid tot het instellen van een onderzoekscommissie.



De speerpunten in 2019 waren de scholing van de commissie en het uitdragen van bestaan en werkwijze van de commissie. Dit laatste leidde tot een brochure en diverse ondersteunende documenten. In 2020 zijn de speerpunten: evaluatie van de rapportages van de commissie: met het management om vast te stellen of de rapportages voldoende handvatten bieden om verbeterlagen in te zetten, het invoeren van casuïstiekbesprekingen ter lering en verbetering, medewerkers blijven informeren over de werkzaamheden van de calamiteitencommissie en optimalisatie van registraties van de commissie.

Hoofdstuk 8 Keurmerken

PREZO is een prestatiegericht kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T). Het systeem helpt te sturen op Verantwoorde zorg en is gebaseerd op de normen voor Verantwoorde zorg en het Kwaliteitskader. Daarbij zijn de uitkomsten voor de cliënt (de prestaties) het uitgangspunt. Alle onderdelen van Pieter van Foreest beschikken over een certificaat. Die Buytenweye en Lindenhof beschikken over een zilveren keurmerk. Alle overige locaties waar intramurale verpleeghuiszorg wordt geboden beschikken over een gouden keurmerk. De Weidevogelhof is na een her-audit voorgedragen voor het gouden keurmerk.



In het kader van Zorg voor Vrijheid en Veiligheid heeft Pieter van Foreest de ambitie om een fixatievrije instelling te zijn en in dat kader drie sterren te verwerven van het gelijknamige keurmerk. Eind 2019 is die ambitie vrijwel gerealiseerd. Alle locaties voor verpleeghuiszorg beschikken over drie sterren behalve Die Buytenweye. Deze locatie



beschikt over twee sterren. In 2020 vindt de externe toetsing van het beleid plaats en zal duidelijk worden of de sterren behouden blijven.

Pieter van Foreest beschikt over elf auditoren die zijn opgeleid om binnen Pieter van Foreest en ook bij andere instellingen te auditeren.

WAARBORGZEGEL FIXATIEVRIJE ZORGINSTELLINGEN TWEE STERREN	Die Buytenweye
WAARBORGZEGEL FIXATIEVRIJE ZORGINSTELLINGEN DRIE STERREN	Akkerleven De Bieslandhof De Hooge Tuinen De Kreek De Opmaat De Terwebloem Delfshove Duinhof Singelhof Sonnevanck Stefanna Triangel Veenhage Vlietzicht Weidevogelhof

Het Waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling is sinds 2011 een kompas en een beloning voor zorginstellingen die willen excelleren in Zorg voor vrijheid en veiligheid voor mensen met dementie. Zonder onnodige bureaucratie en met het accent op visie, cultuur, permanent leren en nieuwe kansen zien en aangrijpen om bij te dragen aan de levenskwaliteit van mensen met dementie.

De criteria voor het Waarborgzegel Fixatievrij Zorginstelling geven handen en voeten aan het 'Nee, tenzij' principe uit de Wet zorg en dwang. Met een driesterrenstelsel maken instellingen duidelijk waar ze staan.



Hoofdstuk 9 Klachten

Pieter van Foreest beschikt over twee klachtenfunctionarissen. Zij verstrekten elk kwartaal een geanonimiseerd klachtenoverzicht per locatie/dienst aan de betreffende manager/directeur. Daarnaast heeft de bestuurder deze overzichten ieder kwartaal ontvangen en besproken met de verantwoordelijke manager of directeur. Na afloop van het verslagjaar verscheen het jaarverslag van de klachtenfunctionarissen. Dit verslag werd besproken in het bestuursoverleg, de verschillende managementteams, in het jaaroverleg met de klachtencommissie en werd verstrekt aan de Centrale Cliëntenraad en de raad van toezicht.

In 2019 werden 89 klachten in behandeling genomen; een afname van 27 klachten t.o.v. 2018. De klachtenfunctionarissen constateren dat klachten goed worden opgepakt op het niveau waar de klachten ontstaan. Er wordt snel gereageerd en ruimte gemaakt voor een gesprek met de klager. De meeste klachten werden ingediend door familie, op afstand gevolgd door cliënten. In de onderstaande tabel is de aard van de klachten gespecificeerd:

	WZB 2019
Bejegening	17
Communicatie	3
Deskundigheid	20
Betrouwbaarheid	27
Beschikbaarheid	4
Bereikbaarheid	-
Omgevingsfactoren (huisvesting)	15
Samenwerking	-
Overig	3
Totaal	89

Het onderwerp betrouwbaarheid scoort het hoogst als het gaat om de aard van de klachten. Voor de divisie WZB gaat het vooral over de zorginhoud en het nakomen van praktische afspraken bijvoorbeeld met betrekking tot wasgoed. Bejegening is een onderwerp dat hoog scoort als het gaat om klachten.

Over beide onderwerpen hebben de klachtenfunctionarissen aanbevelingen geformuleerd voor de raad van bestuur en het management: "heb aandacht voor houding en gedrag van medewerkers, draag zorg voor goede communicatie over wat iemand kan verwachten die bij Pieter van Foreest in zorg komt".



Hoofdstuk 10 Verbeteren en leren

Op basis van de kaderbrief stellen alle organisatie-eenheden een jaarplan op, waaraan budgetten worden gekoppeld. Per locatie is er een kwaliteitsplan (2019) opgesteld op basis van speerpunten/thema's uit het jaarplan, waarin per locatie ook de uitkomsten van de dialoogsessies naar aanleiding van de cliëntervaringen en zelfreflectie op professioneel handelen zijn meegenomen. Voor alle jaarplannen en kwaliteitsplannen geldt dat de voortgang tijdens de kwartaalgesprekken door de verantwoordelijke met de leidinggevende wordt besproken.

Sinds een aantal jaren stuurt en monitort Pieter van Foreest de operationele resultaten met behulp van indicatoren.

Ook in 2019 zijn er prestatie-indicatoren ten aanzien van kwaliteit opgenomen in het jaarplan van Pieter van Foreest.

Onderwerp	Indicator	Resultaat
Kwaliteit	Voor alle cliënten is duidelijk wie contactpersoon is binnen Pieter van Foreest en dit is vastgelegd in het dossier.	Gerealiseerd
	Op alle afdelingen en woongroepen die WLZ gefinancierd zijn, vinden in 2019 minimaal twee familiebijeenkomsten plaats.	Gerealiseerd
	Van alle cliënten is het Nedap dossier volledig in gebruik inclusief een actueel zorgplan. Alle teams toetsen de kwaliteit en volledigheid van de zorgplannen in het kader van de zelfevaluaties.	Gerealiseerd
	Minimaal 35% van de naastbetrokkenen van de divisie WZB en 20% van de naastbetrokkenen van de divisie Thuis zijn actief op Caren Zorgt.	In de divisie WZB maakt 78% van de naastbetrokkenen gebruik van Caren Zorgt. In de divisie thuis is dit 29%.
	Voor verpleeghuiszorglocaties geldt dat minimaal 80% van de cliënten en/of contactpersonen altijd of meestal tevreden is. Meting vindt plaats met het instrument dat door PvF ontwikkeld is. De waardering voor de divisie WZB op Zorgkaart.nl is minimaal 7.8.	De waardering op Zorgkaart Nederland is 8.8.
	Voor de divisie Thuis zijn de meetinstrumenten voor cliënttevredenheidsscore nog in ontwikkeling. In de jaarplannen van de afdelingen is de doelstelling voor cliënttevredenheid vastgelegd. De waardering voor de divisie Thuis op Zorgkaart.nl is minimaal 7.8.	De waardering op Zorgkaart Nederland is 9.0.
Verzuim	Het verzuimpercentage is maximaal 4.5% en de meldingsfrequentie is maximaal 1.	Het verzuim was 6.07% en de meldingsfrequentie was 1.08.
Functionerings-gesprekken	Met minimaal 70% van de medewerkers is een functionerings- of ontwikkelgesprek gevoerd waarvan het verslag is opgenomen in het centrale personeelsdossier.	Gerealiseerd
Digitale Leer-Omgeving	De scholing voor risicovolle handelingen (RVBH) en bedrijfshulpverlening (BHV) wordt in de DLO gevolgd. Op 31-12-2019 hebben alle medewerkers, die o.b.v. de functie deze scholing moeten volgen, de scholingen voor RVBH en BHV in de digitale leeromgeving gevolgd.	Gerealiseerd is een scholingspercentage van 69% voor BHV basis en 45% voor BHV herhaling. Voor RVHB geldt dat een scholingspercentage van 85% is gerealiseerd.
Min-max contracten	Eind 2019 hebben minimaal 500 medewerkers een min-max contract	In 2019 is het aantal min-max contracten toegenomen tot 350 (+100).



Hoofdstuk 11 Continuïteit van zorg

Het welbevinden, de zorg en behandeling van de bewoner worden minimaal 1x per halfjaar in een multidisciplinair overleg (M.D.O) geëvalueerd met de bewoner en diens familie. Alle bij de zorg voor een cliënt betrokken medewerkers en behandelaren kunnen het zorgleefplan inzien op die onderdelen die voor de uitoefening van de functie van belang zijn. Ook vindt er op alle locaties minimaal 2x per jaar een familiebijeenkomst plaats. Alle naasten worden uitgenodigd om te mee te kijken in het zorgdossier via CarenZorgt. Alle (bijna) incidenten worden in het zorgleefplan opgenomen en besproken in het MDO. Per kwartaal worden deze op geaggregeerd niveau besproken.

Hoofdstuk 12 Cliënttevredenheid

In 2019 was de gemiddelde score van Pieter van Foreest op Zorgkaartnederland.nl voor intramurale zorg 8.8. Pieter van Foreest werd door 95% van de respondenten aanbevolen voor intramurale zorg.

Daarnaast vindt voorafgaand aan elke multidisciplinaire zorgplanbespreking binnen de divisie WZB een meting van cliënttevredenheid plaats. De uitkomst van de meting wordt besproken tijdens de zorgplanbespreking en kan leiden tot bijstelling van het zorgplan of het overige beleid ten aanzien van de cliënt. Periodiek worden de resultaten van deze zogenaamde MDO metingen middels een kwartaalrapportage gepubliceerd, geanalyseerd en besproken binnen de teams en managementteams. Deze overzichten worden tevens aan de raad van bestuur, de raad van toezicht, de centrale cliëntenraad en het Kwaliteitsberaad verstrekt.





Nawoord

Vooruitkijkend naar 2020 constateren wij dat de toenemende zorgvraag en de schaarste op de arbeidsmarkt ons uitdagen om voortdurend te werken aan ontwikkeling en vernieuwing van het zorgaanbod en een efficiënte inrichting van onze bedrijfsprocessen. Daarbij kunnen wij voortbouwen op de resultaten die in de afgelopen jaren zijn bereikt op het gebied van kwaliteit van zorg, innovatie en bedrijfsvoering. Hierbij nemen we ook de ervaringen en creativiteit vanuit deze Coronacrisis mee.

Wij constateren echter ook dat compliance op de werkvloer een weerbarstige uitdaging kan zijn. Om die reden hebben wij besloten om in 2020 aanvullende maatregelen te nemen zodat verbetercycli zorgvuldig afgerond worden.

Die maatregelen omvatten onder andere, het gericht sturen op implementatie en borging van beleid en protocollen door meer individuele aandacht te hebben voor de deskundigheid en gedrag van medewerkers en door intensivering van de tweedelijns audits.