



# PIETER VAN FOREEST

---

## Kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg 2020





## Inhoud

1. Inleiding	3
2. Over Pieter van Foreest	4
3. Impact Covid-19	5
4. Kwaliteit en veiligheid	6
4.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	6
4.2 Wonen en welzijn	6
4.3 Veiligheid	7
4.4 Leren en werken aan kwaliteit	10
5. Randvoorwaarden	14
5.1 Leiderschap, governance en management	14
5.2 Personeelssamenstelling	14
5.3 Gebruik van hulpbronnen	16
5.4 Gebruik van informatie	17



## 1. Inleiding

In dit kwaliteitsverslag legt Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (verder Pieter van Foreest), gevestigd te Delft, verantwoording af over het kwaliteitsbeleid en de uitvoering van het kwaliteitsplan verpleeghuiszorg in het jaar 2020.

Onze visie op zorg en onze kernwaarden: jezelf zijn, samen en boven verwachting zijn leidend voor de manier waarop wij onze zorg aanbieden, voor de manier waarop wij onze organisatie inrichten en daarmee dus ook voor de inhoud van onze beleidsplannen. In dat opzicht verantwoorden wij ons in dit kwaliteitsverslag over de wijze waarop wij in 2020 vanuit onze visie gehandeld hebben en de doelstellingen vanuit de strategie probeerden te realiseren.

Pieter van Foreest heeft zich in 2020 met man en macht ingezet om goed om te gaan met de COVID-19 pandemie en waar mogelijk deze te bestrijden. Vanaf het begin van de pandemie is Pieter van Foreest flink geraakt door COVID-19. De impact op de gehele organisatie is bijzonder groot. We hebben ons gezamenlijk uitermate ingespannen om goede zorg te blijven leveren aan onze cliënten en veilige werkomstandigheden te bieden aan alle medewerkers. Helaas hebben we de besmettingen in onze organisatie niet kunnen voorkomen. Ons medeleven gaat uit naar allen die getroffen werden door het virus en in het bijzonder naar de nabestaanden van overleden cliënten. Daarnaast zijn ook collega's besmet geraakt en ziek geworden. Veel van onze collega's zijn inmiddels gelukkig weer hersteld, echter een aantal is nog herstellend. Er is ingezet op gerichte nazorg voor alle getroffen zorgteams. Wij zijn trots op de enorme betrokkenheid en warmte waarmee al onze collega's zich gedurende de elkaar opvolgende golven van de pandemie hebben ingezet voor onze cliënten!

Vanaf maart 2021 is het, dankzij de vaccinaties van cliënten en medewerkers, rustiger geworden bij Pieter van Foreest. Er is, op een enkele uitzondering na, geen sprake meer van COVID-19 besmettingen. Dat geeft ruimte en rust om weer vooruit te kunnen kijken. Echter, het benodigde herstel van deze pandemie in onze organisatie en de samenleving vraagt het komende jaar onze volle aandacht.

In 2020 vond de overgang naar een tweehoofdige raad van bestuur plaats: mevrouw A.P. (Petra) de Jongh trad aan als lid van de raad van bestuur. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op deze overgang.

Diny de Bresser en Petra de Jongh  
*Raad van bestuur*



## 2. Over Pieter van Foreest

In de context van de omvang van de organisatie, de breedte van de bestuurlijke agenda en het belang van bestuurlijke continuïteit vond in het verslagjaar de overgang naar een tweehoofdige raad van bestuur plaats. Mevrouw A.P. (Petra) de Jongh trad per 1 januari 2020 aan als lid van de raad van bestuur.

Later in het verslagjaar kondigde de voorzitter van de raad van bestuur mevrouw De Bresser aan gebruik te willen maken van de mogelijkheid om per 1 januari 2021 met pensioen te gaan. De raad van toezicht besloot na het raadplegen van interne adviescommissies mevrouw De Jongh per 1-1-2021 te benoemen tot voorzitter van de raad van bestuur. Aansluitend werd geworven voor een lid van de raad van bestuur. Deze positie wordt met ingang van 1 januari 2021 bekleed door de heer G.J. Waterink.

De aandacht van het bestuur en de medewerkers van Pieter van Foreest is allereerst gericht op het bieden van goede zorg aan de cliënten. Onze visie op zorg fungeert als leidraad en als toetssteen voor alles dat wij doen.

### **Wij zijn Pieter van Foreest**

Wij vinden dat iedereen zichzelf moet kunnen zijn. Het leven leiden dat je zelf wilt. Gelukkig zijn zoals je daar zelf of samen naar streeft. Dat is de grootste rijkdom voor mensen. Óók als je hulp en ondersteuning nodig hebt.

Het leven en het welbevinden van onze cliënten, zoals zij zelf willen. Dáár staan we voor. Of je nu thuis woont of bij Pieter van Foreest, wij zorgen voor dé ondersteuning om dit te kunnen realiseren, zonder dat wij je leven overnemen.

Daarvoor werken we samen. Want alleen samen met de cliënt, familie, mantelzorgers, collega's, vrijwilligers, buurtgenoten en samenwerkingspartners kunnen we hét verschil maken. We zijn altijd met elkaar verbonden. Eén team om nieuwe ideeën te bedenken, te ontwikkelen en vooral gewoon te doen. Dat kunnen we. Samen bouwen. Steeds beter.

Wij willen de gewone dingen boven verwachting goed doen. Dat zit 'm vaak in iets kleins. De beleving. Hoe je contact maakt. Hoe je iets doet en hoe je overkomt in je dagelijkse werk. Daar hebben wij continu aandacht voor.

We bieden ruimte. Ruimte om te onderzoeken, te leren, te proberen en steeds verder te verbeteren. Ruimte voor nieuwe initiatieven. En dat kan overal beginnen. Met kleine stapjes in een omgeving waar iedereen zichzelf kan zijn.

Dat willen wij mogelijk maken, daar doen we alles voor. Met z'n allen. En met iedereen die meedoet. Zo zien we 't. Zo doen we 't.

Wij zijn Pieter van Foreest.

In deze visie staan drie kernwaarden centraal: Samen, Jezelf zijn en Boven verwachting. Daarbij geldt dat Pieter van Foreest kiest om zich te committeren aan de publiek gefinancierde zorg- en dienstverlening aan cliënten (ouderen) in de regio Delft, Westland, Midden Delfland en Pijnacker-Nootdorp.



### 3. Impact Covid-19

De Corona pandemie heeft grote gevolgen gehad voor de uitvoering van het kwaliteitsplan en het jaarplan 2020. Enerzijds gingen onze eerste aandacht en inspanningen meer dan ooit naar de zorg voor de cliënten terwijl anderzijds de uitvoering op onderdelen werd belemmerd door de maatregelen ter voorkoming van de verspreiding van het virus. Het gevolg was dat de uitvoering van (een deel) van het jaarplan 2020 vertraagd werd of uitgesteld is tot 2021.

Direct na de uitbraak van COVID-19 in Nederland is begin maart 2020 een Calamiteiten Beleids Team (CBT) binnen Pieter van Foreest ingesteld. Dit team vergaderde tijdens de eerste golf dagelijks. Tijdens de tweede en derde golf werd wekelijks vergaderd. Onder voorzitterschap van de raad van bestuur werd het coronabeleid van Pieter van Foreest inzake de volgende thema vormgegeven binnen de kaders van de RIVM richtlijnen: cliënten, medewerkers, vrijwilligers, familie/bezoekers, materialen en middelen.

Bij de bespreking van elk van deze thema's werd strikt onderscheid gemaakt tussen de externe ontwikkelingen, oordeelsvorming en besluitvorming. Er werden belangrijke besluiten genomen over cohortering cliënt en bezoekregeling; openstelling ontmoetingscentra; een coronaroute voor cliënten thuis; inzet vrijwilligers; instellen van extra hygiënemaatregelen; beschermd werken van zorg-medewerkers; inkoop van beschermingsmiddelen en zoveel mogelijk thuiswerken voor stafmedewerkers. Kortom de maatregelen hadden impact op al onze cliënten en medewerkers. Met daarbij gedurende het jaar aandacht voor het op- en afschalen van de ingestelde maatregelen.

In de regio participeerde Pieter van Foreest o.a. in ROAZ verband in overleg inzake de corona pandemie. Dit resulteerde onder andere in het (tweemaal) inrichten van een COVID-unit binnen Pieter van Foreest. Om zoveel mogelijk capaciteit vrij te maken voor patiënten met COVID-19 binnen het Reinier de Graaf Gasthuis verhuisde de revalidatieafdeling voor ouderen tijdens "de eerste golf" tijdelijk naar het WestCord Hotel elders in Delft.

Ondanks de impact van de Corona pandemie hebben we diverse resultaten geboekt op verschillende thema's. In de volgende hoofdstukken geven we een toelichting op de voortgang en behaalde resultaten van speerpunten uit het kwaliteitsplan voor 2020.



## 4. Kwaliteit en veiligheid

### 4.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

#### Persoonsgericht werken

Persoonsgericht werken en dementia care mapping zijn in 2020 geborgd als de dominante methodiek voor persoonlijke bejegening voor cliënten en naasten in alle locaties met verpleeghuiszorg en de ontmoetingscentra.

#### Jonge mensen met dementie

De doelgroep 'jonge mensen met dementie' vraagt een andere woon- en leefomgeving dan ouderen met dementie. In 2020 is een projectplan opgesteld voor een gespecialiseerde afdeling in De Bieslandhof met aandacht voor het opstellen van passende dagprogramma's voor deze doelgroep in afstemming met de ontmoetingscentra. De uitvoering wordt in 2021 ter hand genomen.

#### Cliënten met onbegrepen gedrag

Pieter van Foreest draagt in toenemende mate zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag. Daarbij worden er twee doelgroepen onderscheiden: cliënten met gerontopsychiatrische problematiek en psychogeriatrische cliënten met ernstige gedragsproblematiek. Deze doelgroepen zijn nader omschreven in een beleidsnotitie inclusief implementatieplan. Dit plan voorziet onder andere op de inrichting van gespecialiseerde afdelingen voor deze doelgroepen. De inrichting van deze afdelingen is uitgesteld door de pandemie en meegenomen in het jaarplan 2021.

Het zorgaanbod voor mensen met gerontopsychiatrie in Die Buytenweye is herijkt, rekening houdend met de behoeften van de cliënten en de bekostiging vanuit de WLZ per 2021.

#### Palliatieve zorg (advance care planning)

We vinden het belangrijk om met onze intramurale cliënten (die zich veelal in hun laatste levensfase bevinden) en waar aan de orde met hun naasten, te bespreken wat hun wensen en behoeften zijn in deze fase. De afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgleefplan van de cliënt. Voor alle cliënten is bij het openen van het zorgleefplan in één opslag zichtbaar of de cliënt wel of niet gereanimeerd wil worden. Ook is het zogeheten 'medisch beleid' voor elke cliënt vastgelegd in de overzichtspagina 'medische notities' en uitgebreider te raadplegen in de profielvragenlijst.

Pieter van Foreest wil haar cliënten ook in de laatste fase van hun leven, de palliatieve terminale fase, passende zorg verlenen. Daartoe is de handreiking 'Waardig afscheid nemen' ontwikkeld die het vertrekpunt is voor (de invoering van) de zorgpaden 'palliatieve terminale zorg' en 'stervenfase'. De invoering van de handreiking is uitgesteld tot 2021.

### 4.2 Wonen en welzijn

#### Vrijwilligersbeleid

In 2020 is een vrijwilligersbeleid ontwikkeld en vastgesteld waarin visie en uitgangspunten zijn vastgelegd. De implementatie staat gepland in 2021.

#### Familiebijeenkomsten

Voor 2020 was de ambitie om op alle afdelingen en woongroepen minimaal twee familiebijeenkomsten plaats te laten vinden. De meeste familiebijeenkomsten hebben helaas geen doorgang kunnen vinden als gevolg van de corona pandemie.





#### Visie op intimiteit en seksualiteit

Er is een start gemaakt met een visie en de vertaling naar een handreiking voor medewerkers. Afronding en vaststelling staat gepland voor 2021, alsmede de implementatie ervan.

#### Aandacht voor eten en drinken

In het voedingsbeleid van Pieter van Foreest staat het aantrekkelijk verzorgen van gezond eten en drinken centraal als belangrijke voorwaarde voor 'voldoende' eten en drinken. Een voedingscommissie moet dit beleid borgen, alsmede nieuwe ontwikkelingen signaleren op het gebied van voeding. Deze commissie rapporteert minimaal 1x per jaar aan het Kwaliteitsberaad. De oprichting van deze commissie is mede vanwege Corona uitgesteld naar 2021. Wel zijn er lokale voedingscommissies op locaties actief. Daarnaast wordt in overleggen van de lokale cliëntenraden de dialoog opgezocht over de cliënttevredenheid.

Pieter van Foreest heeft ervoor gekozen om de voedingsvoorkeuren niet standaard vast te leggen in de zorgdossiers om te voorkomen dat er vooringenomenheid is als het gaat om keuzes. Als de cliënt nog kan aangeven wat zijn/haar voorkeuren zijn voor eten en drinken, wordt, vóór het aanbieden van het eten en drinken, gevraagd naar zijn/haar voorkeur. In dat geval is de voorkeur, hoeveelheid, frequentie en vorm niet vastgelegd in het zorgdossier. Pieter van Foreest heeft voor al zijn cliënten wel 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.

### **4.3 Veiligheid**

#### Zorg voor de vrijheid en veiligheid

Pieter van Foreest heeft in samenspraak met de Centrale Cliëntenraad 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.

Uitgangspunt in het beleid van Pieter van Foreest is dat er geen onvrijwillige zorg wordt toegepast tenzij het écht niet anders kan. Daarbij wordt gekozen voor de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en voor een zo kort mogelijke periode. Pieter van Foreest zorgt voor voldoende mogelijkheden op basis van vrijwilligheid.

In de rapportage 'kwalitatieve analyse' is gerapporteerd over de periode juli 2020 t/m december 2020. Er zijn diverse maatregelen getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg. Hieronder worden ze weergegeven en toegelicht. Een deel hiervan is in ontwikkeling en zal in 2021 afgerond worden.

- Handboek Zorg voor de Vrijheid en Veiligheid is opgesteld en beschikbaar gesteld voor medewerkers van Pieter van Foreest. Het handboek is vooralsnog alleen van toepassing voor intramurale cliënten met behandeling. In dit handboek is alles te vinden wat van belang is bij het geven van goede zorg met maximale vrijheid. Pieter van Foreest wil geen onvrijwillige zorg toepassen, tenzij het echt niet anders kan. Het bieden van een veilige en prettige omgeving is daarbij van groot belang.
- Deskundigenberaad: het betreft een overleg waar zorgverantwoordelijke, verpleegkundigen, psychologen bijeen komen in een frequentie 1x per 2 weken. Hierin wordt de onvrijwillige en extra zorgvuldige zorg geëvalueerd. Ergotherapeuten, fysiotherapeuten en psychomotorisch therapeuten kunnen bij vragen rond (voorkomen van) inzet onvrijwillige zorg benaderd worden.
- Kwaliteitsteams: per locatie is een kwaliteitsteam ingericht, multidisciplinair samengesteld. Het kwaliteitsteam vertaalt het beleid naar de teams waarbij multidisciplinair, kort cyclisch gestuurd wordt op het behalen van het gewenste resultaat.
- Vilans maatregelen: Pieter van Foreest maakt gebruik van de alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg en protocollen die door Vilans beschikbaar zijn gesteld.



- Pieter van Foreest heeft alternatieve middelen (o.a. laag-laag bedden, domotica) aangeschaft en in beheer.
- Gedrag wat moeilijk te begrijpen of te hanteren is, proberen we zonder onvrijwillige zorg of psychofarmaca op te lossen en daarbij ook in- en externe deskundige te betrekken.
- Scholing van medewerkers is beschikbaar. In 2021 wordt het verder geïmplementeerd organisatiebreed.
- Consultatieteam Gedrag is beschikbaar. Dit team bestaat uit een verpleegkundige, een psycholoog, en een specialist ouderengeneeskunde. Het team heeft als bedoeling om het proces van de analyse te ondersteunen: zijn alle stappen doorlopen? Zijn er blinde vlekken? Zijn alle randvoorwaarden aanwezig op de betreffende locatie?
- Externe toetsing: de implementatie van de externe toetsing is in volle gang. Met andere organisaties is een pilot gestart om de onvrijwillige zorg in elkaars organisatie te toetsen.

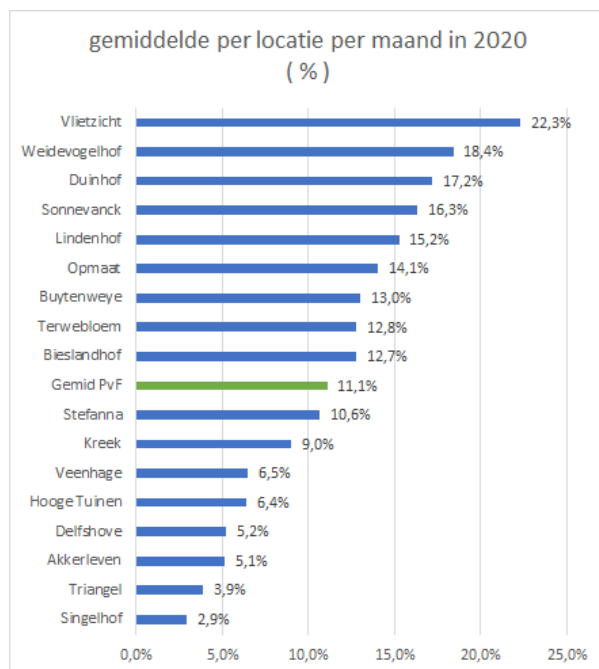
### Medicatieveiligheid

Na aanscherping van het medicatiebeleid in 2019 is dit verslagjaar het herziene beleid met bijbehorende processen geïmplementeerd. Dat betekent concreet:

- Om de medicatieveiligheid te verhogen en te sturen op compliance en borging van het beleid op de werkvloer, zijn de eerste- en tweedelijns audits in 2020 geïntensiveerd.
- Middels de reflectiekaart 'medicatieveiligheid' is de individuele kennis van alle zorgmedewerkers van niveau 3 I.G. en hoger in kaart gebracht. Deze zorgmedewerkers hebben een e-learning gevolgd over medicatieveiligheid.
- Het auditteam heeft op de locaties waar verpleeghuiszorg geboden wordt twee verschillende audits op medicatieveiligheid uitgevoerd om zicht te krijgen op het doorlopen van een volledige verbetercyclus. Op diverse verpleeghuiszorglocaties heeft toetsing plaatsgevonden op alle normen uit het toetsingskader medicatie veiligheid in de verpleeghuiszorg van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.  
Als vervolg op deze audits zijn op alle verpleeghuiszorglocaties bij meerdere afdelingen een tweetal normen, te weten 1.2 en 1.5 uit dit toetsingskader getoetst.
- Alle locaties hebben naar aanleiding van de in kaart gebrachte aandachtspunten een verbeterplan medicatieveiligheid opgesteld. De voortgang op verbetering is gemonitord en tevens brachten zij verslag uit naar de stuurgroep 'Ik ga voor kwaliteit'. In het eerste kwartaal van 2021 zal door het interne team toetsing plaats vinden op de mate van verbetering van de in de interne audits geconstateerde verbeterpunten.

Het beleid laat onverlet dat er medicatie incidenten zijn geweest. In 2020 zijn er 2474 medicatie incidenten gemeld. Dit betekent gemiddeld 206 medicatie incidentmeldingen 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 2020**

Ook in 2021 zal onze focus daarom blijvend uitgaan naar de verhoging van medicatieveiligheid.

### Decubitus

De toestand van de huid 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.

Op advies van de Verpleegkundige en Verzorgende AdviesRaad (VVAR) en eerste specialisten ouderengeneeskunde (ESO's) is eind 2019 door de raad van bestuur besloten om een formele commissie Decubitus te installeren. De inrichting van deze commissie is vanwege de Corona pandemie uitgesteld naar 2021. Inmiddels is een start gemaakt met de beschrijving van ambitie, rollen en taken.

Pieter van Foreest 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 daartoe uitgevoerd moet worden voor het aanleveren van de indicator decubitus kan dan fungeren als nulmeting en geeft zicht op het aantal cliënten met decubitus. De uitkomst van die meting is als volgt: Binnen Pieter van Foreest heeft 4,1 % van de cliënten die verpleeghuiszorg ontvangen decubitus graad 2 of hoger. Gemiddeld heeft Pieter van Foreest 3 cliënten per locatie met decubitus graad 2 of hoger.



## 4.4 Leren en werken aan kwaliteit

### Audits kwaliteit en veiligheid

Pieter van Foreest werkt met verbeterplannen, gevoed door de werkvloer als onderdeel van de Kwaliteits Verbeter Cyclus (KVC). Dit leidt tot een voortdurende impuls tot leren en verbeteren.

Pieter van Foreest heeft voor wat betreft de audits kwaliteit en veiligheid gekozen voor het three lines of defence model. De eerste lijn bestaat uit zelfevaluaties, de tweede lijn uit interne audits en derde lijn uit inspectie van externe instanties waaronder IGJ en Perspekt.

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. Deze werkwijze wordt gecontinueerd in 2021.

Het voornemen was om in 2020 de tweede lijn opnieuw in te richten en de audits volgens een jaarplanning uit te voeren. Ten gevolge van de pandemie moest een deel van deze herinrichting uitgesteld worden tot 2021. Zo is de uitbreiding van het auditorenteam uitgesteld naar het eerste kwartaal van 2021. Datzelfde geldt voor het verzorgen van een audittraining aan HBO-verpleegkundigen, als coördinator van de eerstelijns audits.

In het verslagjaar zijn de interne audits ingezet voor medicatieveiligheid.

De derde lijn of defence hebben wij al vele jaren ingericht met externe toetsing (Prezo en Fixatievrije zorginstellingen). In 2020 hebben deze audits niet plaatsgevonden vanwege Corona. In 2021 krijgt dit weer een vervolg.

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 is de pilot geëvalueerd en is besloten dat alle woonlocaties overgaan op deze wijze van cliëntervaringen verzamelen. Vanaf 2021 zal de 360 graden meting ook gekoppeld worden aan ZorgkaartNederland.

### Keurmerken

PREZO is een prestatiegericht kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) dat helpt te sturen op Verantwoorde zorg. Het systeem is gebaseerd op de normen voor Verantwoorde zorg en het Kwaliteitskader. Daarbij zijn de uitkomsten voor de cliënt (prestaties) het uitgangspunt.

Eind 2019 beschikten alle onderdelen van Pieter van Foreest over een certificaat. Die Buytenweye en Lindenhof beschikten over een zilveren keurmerk. Alle overige locaties waar intramurale verpleeghuiszorg wordt geboden beschikten over een gouden keurmerk. Hulp bij het huishouden beschikte over een zilveren keurmerk.



In 2020 moesten alle onderdelen, op twee intramurale verpleeghuislocaties na, middels een externe audit getoetst worden. Door de coronamaatregelen waren deze audits niet mogelijk waardoor de keurmerken vervallen zijn. In 2021 wordt een voorstel verwacht over het (opnieuw) verwerven van een keurmerk.

Pieter van Foreest heeft de ambitie om een fixatievrije instelling te zijn. In het kader van het keurmerk fixatievrije zorginstelling<sup>1</sup> beschikten eind 2019 alle locaties voor verpleeghuiszorg over drie sterren, behalve Die Buytenweye, dat beschikt over twee sterren. Om de sterren te behouden moest in het verslagjaar de toetsing van het beleid plaatsvinden. De coronamaatregelen verhinderden echter de externe audits die in dat kader moesten plaatsvinden. Het gevolg was dat Pieter van Foreest is teruggevallen naar één ster. In het handboek 'Zorg voor de Vrijheid' zijn de ambities van Pieter van Foreest ter zake echter ongewijzigd vastgelegd. Daarnaast wordt in dit handboek beschreven op welke wijze Pieter van Foreest voldoet aan de Wet zorg en dwang. In 2021 wordt het advies van de commissie Zorg voor de Vrijheid inzake de (waar-)borging van het beleid inzake Zorg voor de Vrijheid verwacht.

#### Continuïteit van zorg

Het welbevinden, de zorg en behandeling van de cliënt wordt minimaal 1x per halfjaar in een multidisciplinair overleg (MDO) geëvalueerd met de cliënt en diens familie (heeft in 2020 met familie niet plaatsgevonden vanwege de Corona pandemie). 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. 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.

#### Kwaliteitsberaad

Ten behoeve van de invulling van het beleid c.q. de doorontwikkeling van het beleidskader is een breed samengesteld Kwaliteitsberaad ingesteld waarmee de samenhang van de activiteiten en het beleid inzake kwaliteit- en veiligheid is gewaarborgd. Het Kwaliteitsberaad bestaat uit de eerste specialisten ouderengeneeskunde, twee deelnemers vanuit de Verzorgende en Verpleegkundige Adviesraad (VVAR) en de directeurs van de zorgdivisies. Het Kwaliteitsberaad wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur, komt (minimaal) elke twee maanden bijéén en wordt ondersteund door beleidsadviseurs van het bestuursbureau.

De voorzitters van de onderstaande commissies rapporteren minimaal eenmaal per jaar aan het Kwaliteitsberaad. Onder elke commissie delen we kort de ondernomen activiteiten/resultaten over 2020.

#### Calamiteitencommissie

Vijf ernstige incidenten werden gemeld, waarvan er twee als calamiteit werden aangemerkt en werden gemeld bij de IGJ. Bij de analyse van een van deze twee calamiteiten werd een onderzoekscommissie met externe ondersteuning van Triaspect ingesteld. Van beide meldingen werd een brief van de IGJ ontvangen waarin ze aangeven geen reden te zien om vervolgonderzoek te doen. De IGJ sloot hiermee beide calamiteiten af. In 2021 zal een evaluatie plaatsvinden over het proces dat is gevolgd, de rol van de onderzoekscommissie en de rol van de lijnorganisatie. Dit vindt plaats in het kader van de lerende organisatie en de doorontwikkeling van het doen van calamiteitenonderzoek en de positionering van zowel de calamiteitencommissie als de lijnorganisatie.

---

<sup>1</sup> 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.



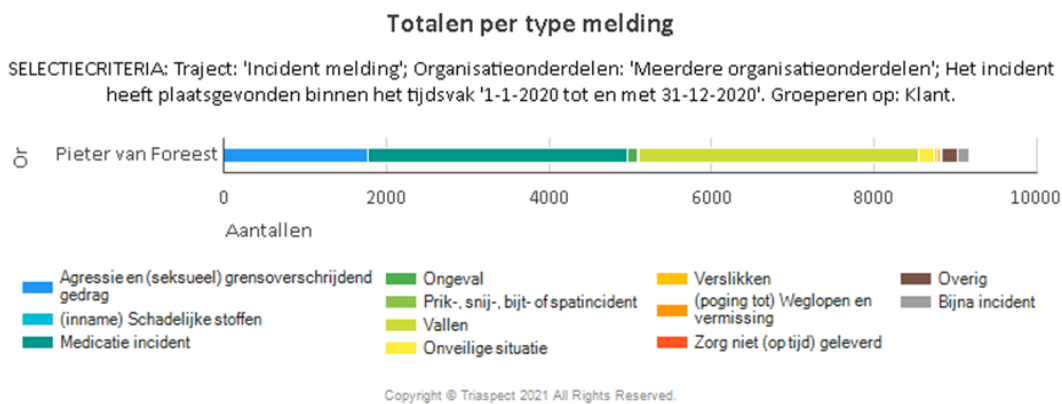
De overige drie ernstige incidenten werden geanalyseerd volgens de prisma-techniek. Van een van deze ernstige incidenten werd door een externe melding gemaakt bij de IGJ. Deze casus werd met behulp van externe ondersteuning van Triaspect geanalyseerd.

Geconcludeerd werd dat er bij alle drie de ernstige incidenten geen sprake was van een calamiteit. In het kader van de verantwoordelijkheid voor het bieden van kwaliteit van zorg werden de ESO's ook benaderd voor klachten en claims en incidenten waarbij medewerkers uit de organisatie afstemming zochten met de ESO's om te bepalen of nader onderzoek nodig zou zijn.

### Centrale VIM commissie

In 2020 zijn 9174 VIM meldingen geregistreerd in Triasweb waarvan 7654 meldingen in de divisie WZB. De meest voorkomende meldingen zijn geregistreerd op het gebied van vallen, medicatie en agressie, zie grafiek 1.

In 2019 werden in totaal 7917 meldingen geregistreerd, 6318 voor WZB, 1595 voor thuis en 4 voor ondersteunende diensten. Er is sprake van een toename (1257, = 14%) van het aantal meldingen in 2020 t.o.v. 2019.



Grafiek 1.: totaal aantal VIM meldingen per type melding

### Trends

Gezien de stijging in het aantal incidentmeldingen kan geconcludeerd worden dat de meldcultuur zich in 2020 tegenover 2019 heeft verbeterd. In de kwartaalrapportages vanuit de decentrale VIM commissie worden deze signalen ook afgegeven. Zodra een decentrale VIM commissie signaleert dat de meldcultuur afneemt, doordat het aantal incidentmeldingen afneemt zonder oorzakelijke factor, wordt dit meegenomen in een verbeteractie voor het daaropvolgend kwartaal.

### Valincidenten

In totaal zijn 2837 meldingen van valincidenten geregistreerd voor de divisie WZB. De top 3 van type meldingen is:

1. slaapkamer
2. huiskamer cliënt
3. badkamer/toilet

De decentrale VIM deelde de analyse met de centrale VIM commissie en de commissie Zorg voor de Vrijheid en Veiligheid. Deze commissie houdt zich onder ander bezig met vallen. De nadruk lag in 2020 op medicatieveiligheid. Om te voorkomen dat overige onderdelen, waaronder vallen, te weinig aandacht zouden krijgen, werd door middel van een top 3 en met aangeven hieraan gepaste aandacht te geven de decentrale VIM commissie geholpen om focus te blijven geven. In de bijeenkomsten met voorzitter decentrale VIM commissie die ieder kwartaal georganiseerd gaan worden in 2021 zal dit aan de orde gebracht worden.

### Medicatie incidenten

Zie hoofdstuk 4.



#### Commissie medicatieveiligheid

- Handboek, procesbeschrijvingen en bijbehorende documenten zijn vastgesteld en geïmplementeerd voor alle organisatieonderdelen. Implementatie van wijzigingen in beleid is belegd bij kwaliteitsteams van de locaties.
- Het elektronisch voorschrijfsysteem wordt geëvalueerd in een project.
- Medewerkers zijn op locatie geschoold in de veilige principes medicatie en het medicatiebeleid. Verplicht scholingsaanbod is opgenomen in Pietersleerplein.
- Uitvoering van het beleid en proces wordt op alle afdelingen 2x per jaar getoetst door het afnemen van de zelfreflectiekaart Medicatieveiligheid en het intern auditeren van alle organisatieonderdelen op medicatieveiligheid. Dit om het naleven continue een impuls te geven, het continue verbeteren van de medicatieveiligheid en het leren van elkaar een onderdeel wordt van onze zorgverlening.
- Maandelijks communicatie van de commissie medicatieveiligheid naar de medewerkers gebeurt naast de managementlijnen ook via een maandelijkse nieuwsbrief en overzicht van antwoorden op een veel gestelde vragen (Frequently Ask Questions (FAQ)).

#### Hygiëne en Infectiepreventiecommissie

- Het handboek infectiepreventie is opgeleverd. Mede door de ontwikkelingen van Covid-19 zijn alle algemene hoofdstukken van het handboek tussentijds opgeleverd. Om de leesbaarheid te vergroten en het handboek te verduidelijken, is per hoofdstuk en paragraaf aangegeven voor welke organisatieonderdelen dit van toepassing is. In 2021 zal het overige deel van het handboek worden opgeleverd, met onder andere hoofdstukken omtrent MRSA, preventie medewerkers, vaccinaties, en legionella.
- Bijbehorende werkinstructies zijn opgesteld en gekoppeld aan het handboek.
- Er is een algemeen isolatieprotocol opgesteld waarbij per isolatievorm de belangrijkste onderwerpen zijn besproken. De isolatie- en facilitaire kaarten horend bij de verschillende isolatievormen zijn geëvalueerd, aangescherpt en verspreid.
- Het uitbraakproces is in kaart gebracht, taken van het uitbraakteam en per discipline zijn beschreven.
- Beleid rondom Covid is opgesteld. Vanwege de crisissituatie is het beleid veelal via het crisis beleidsteam besloten en geïmplementeerd en via de voorzitter aan leden van de commissie getoetst.
- De IPC heeft een advies uitgebracht omtrent hepatitis vaccinaties en de procedure rondom prik-, bijt-, snij- en spataccidenten.

De resultaten van onderstaande commissies komen eerder in het verslag al aan bod.

- Commissie Zorg voor Vrijheid
- Voedingscommissie
- Decubituscommissie



## 5. Randvoorwaarden

### 5.1 Leiderschap, governance en management

Raad van bestuur en raad van toezicht werken volgens de Governancecode Zorg 2017. Daarbij hebben raad van bestuur en raad van toezicht elk hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de governance. Die verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de statuten van Pieter van Foreest, de reglementen van de raad van bestuur en raad van toezicht en ook in de reglementen van de commissies van de raad van toezicht.

De raad van bestuur bestuurt Pieter van Foreest gericht op haar maatschappelijke doelstelling en de raad van toezicht houdt toezicht vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Die maatschappelijke doelstelling is vastgelegd in de statuten, de visie en kernwaarden van Pieter van Foreest. Pieter van Foreest beschikt over een gedragscode voor zijn medewerkers en over een klokkenluidersregeling. Er zijn externe onafhankelijke vertrouwenspersonen aangesteld voor het melden van gedrag dat in strijd is met de (kern-)waarden die horen bij de eerdergenoemde maatschappelijke doelstellingen. Tot slot bevatten de statuten een aantal bepalingen die specifiek ingaan op belangentegenstellingen.

De invloed van belanghebbenden is statutair verankerd. Er vindt structureel overleg tussen de raad van bestuur en de Centrale Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Verzorgende en Verpleegkundige Adviesraad plaats. Naast medezeggenschap gaat het daarbij ook om samenspraak. Een afvaardiging van de raad van toezicht overlegt jaarlijks met de ondernemingsraad en Centrale Cliëntenraad. De raad van toezicht neemt voorts deel aan de jaarlijkse themabijeenkomst van het bestuur met directie, management en medezeggenschap. In 2020 kon de themabijeenkomst ten gevolge van de coronapandemie geen doorgang vinden.

Op 27 oktober 2020 heeft de raad van toezicht zijn functioneren geëvalueerd. Daarbij is bijzondere aandacht geschonken aan de gevolgen van de overgang naar een tweehoofdige raad van bestuur voor het toezicht. In het verslagjaar heeft de raad van toezicht zijn visie op toezicht geformuleerd en vastgelegd in een document.

### 5.2 Personeelssamenstelling

#### Normbezetting

Om te waarborgen dat cliënten goede zorg ontvangen, ongeacht waar ze wonen binnen Pieter van Foreest, hanteert Pieter van Foreest een kwantitatieve en kwalitatieve normbezetting voor zorgpersoneel.

Er is een normbezetting voor intramurale zorg met behandeling en een normbezetting voor intramurale zorg zonder behandeling. Vanzelfsprekend is het mogelijk om gemotiveerd af te wijken van de normbezetting bijvoorbeeld in geval van zeer kleine locaties of bij de zorg voor bijzondere doelgroepen zoals cliënten die palliatieve zorg ontvangen.

#### Aandacht voor deskundigheid en inzetbaarheid

In 2020 is de uitvoering van het implementatieplan, dat hoort bij het strategisch opleidingsplan, ter hand genomen. Het aanbod van interne leerlijnen en doorgroeiprogramma's is aangevuld met een leerlijn welbevinden en een leerlijn voor helpenden.

Het beheer van de digitale leeromgeving is ingericht en het gebruik daarvan is verbreed naar alle medewerkers en vrijwilligers.





In het kader van het management development programma zijn workshops zorginkoop, financieringsstromen, personeelsmanagement en gesprekstechnieken voor leidinggevendenden ontwikkeld. De daadwerkelijke uitvoering is t.g.v. de pandemie uitgesteld tot 2021.

In het verslagjaar werd de strategische alliantie met ROC Mondriaan vertaald naar een concreet actieplan waarvan de uitvoering is opgepakt.

Er is gewerkt aan het integreren van de leerlijn gastvrouw in het reguliere bekostigde onderwijs (inclusief civiel certificaat). Een programma-aanbod voor een schakelopleiding van niveau 2 naar 3 is ontwikkeld. Het interne doorstroomprogramma van niveau 3 naar 4 en van niveau 4 naar 5 is verder uitgebreid. Daarnaast werd een eigen MBO opleiding tot verpleegkundige ontwikkeld samen met ROC Mondriaan.

In samenspraak met directie, management en de ondernemingsraad is gewerkt aan een integraal plan voor duurzame inzetbaarheid, vitaliteit en werkplezier. Dit plan wordt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 opgeleverd.

#### Formatie 2020

Voor elke locatie van Pieter van Foreest is de omvang van de daadwerkelijke inzet van zorgpersoneel niveau 1 tot en met 6 bepaald. Het betreft de volgende functies: gastvrouw en receptionist, helpende, tweede- en derdejaars leerlingen verzorgende IG, verzorgende IG, verpleegkundige MBO, verpleegkundige HBO en verpleegkundig specialist.

De uitkomsten zijn gebruikt om, per locatie en per functie, het aantal formatieplaatsen te berekenen die in 2020 naar verwachting wordt ingezet. Per locatie is rekening gehouden met het percentage cliënten dat een indicatie heeft voor een zorgzwaartepakket VV4 tot en met VV10.

Kijkend naar de realisatie van 2020 t.o.v. 2018 is het aantal fte in loondienst gestegen met 234. Ten opzichte van de begroting in het kwaliteitsplan is dat 42 fte meer.

Zorgpersoneel verpleeghuis in loondienst	Realisatie gemiddeld aantal FTE zorgpersoneel		mutatie FTE 2020
	2018	2020	2020
Niveau 1	199	228	29
Niveau 2	235	354	119
Niveau 3	422	406	-16
Niveau 4	44	70	26
Niveau 5	12	14	2
Niveau 6	2	3	1
Behandelaar	58	74	16
Overig zorgpersoneel	145	164	19
Leerlingen	19	57	38
<b>Totaal FTE loondienst</b>	<b>1.136</b>	<b>1.370</b>	<b>234</b>



De inhuur van personeel niet in loondienst is met 1,5 fte afgenomen t.o.v. 2018. Dit aantal is als gevolg van de Corona pandemie echter een stuk hoger dan in het kwaliteitsplan begroot.

Zorgpersoneel inhuur	Realisatie gemiddeld aantal FTE	
	2018	2020
Totaal inhuur	61,00	59,50
Mutatie inhuur t.o.v. basisjaar 2018		-1,50

### 5.3 Gebruik van hulpbronnen

#### Procesoptimalisering

In 2020 werkten negen zorgprocesgroepen en inmiddels drie ondersteunende procesgroepen verder aan het beschrijven c.q. verbeteren van de inrichting van zorg- en ondersteunende processen. Daarbij waren de Lean principes leidend evenals het toevoegen van waarde voor de cliënt, de vereenvoudiging van werkwijzen, het verminderen van verspilling en verlagen van administratieve last.

#### Strategisch Huisvesting- en vastgoedplan

In het verslagjaar werd een voorlopig ontwerp voor de nieuwbouw van een voorziening in de Spoorzone in Delft opgeleverd. De oplevering van het definitieve ontwerp is vertraagd en wordt in 2021 opgeleverd.

Voor de herontwikkeling van het terrein van het voormalige verpleeghuis De Naaldhorst in Naaldwijk werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd en een schetsontwerp gemaakt. Besloten is de herontwikkeling voort te zetten middels het maken van een voorlopig ontwerp.

De renovatie van een deel van De Bieslandhof moest ten gevolge van de pandemie uitgesteld worden tot 2021. Hetzelfde geldt voor de eerste fase van de verbouwing van Delfshove.

Voor Duinhof is een inhoudelijk plan opgesteld voor de aanpassing van het gebouw vanwege verzwaring van de cliënten. Deze inhoudelijke wensen zijn vertaald naar een plan voor bouwkundige aanpassingen inclusief business case. Voor Veenhage werd een dergelijke businesscase voorbereid. Verwacht wordt dat de businesscase in het eerste kwartaal van 2021 beschikbaar zal zijn.

#### Informatisering en automatisering

In het verslagjaar is uitvoering gegeven aan de roadmap voor de ontwikkel- en verbeteractiviteiten op het gebied van ICT.

De aandacht ging uit naar de volgende grote thema's:

- De vernieuwing van de infrastructuur als voorwaarde voor de oplevering van de nieuwe digitale werkplekken in 2021;
- De invoering van de nieuwe BI tool;
- De selectie en invoering van een nieuw DocumentManagementSysteem;
- De inrichting en oplevering van een nieuw en interactief intranet;
- De optimalisering van het informatiebeveiligingsbeleid inclusief de aanstelling in vaste dienst van een security officer;
- De optimalisering van het printerpark uit oogpunt van efficiency en beveiliging van informatie.

De visie van Pieter van Foreest op Toezichthoudende technieken is tevens opgesteld en voorzien van een afwegingskader en business case 2020.



### Regiegroep innovatie

In het verslagjaar werd onder leiding van de programmamanager en met behulp van de regiegroep innovatie uitvoering gegeven aan diverse projecten. De regiegroep bewaakt de interne samenhang tussen de activiteiten, verbond in- en externe ontwikkelingen met elkaar en toetste of de innovatie paste binnen de strategische doelstellingen van Pieter van Foreest. In 2020 kwam de regiegroep zeven keer bij elkaar.

Om innovatie ook fysiek zichtbaar te maken, werd Pieters Innovatie Lab (PIL) geopend. Een ruimte in locatie Delfshove waar de mogelijkheid is om te experimenteren met innovaties. Zowel voor studenten die via diverse netwerken bij Pieter van Foreest (praktijk)gericht onderzoek doen als voor medewerkers en ook voor andere belanghebbenden.

De inzet van “Smartglass” in het kader van wondzorg en onbegrepen gedrag werd uitgebreid en opgeschaald. Deze opschaling had zowel betrekking op het aantal brillen als op de thema’s waar de bril op ingezet werd.

De “Vitale tuin”, een onderzoek naar de invloed van een natuurlijke groene omgeving op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, is voortgezet in een promotietraject.

## 5.4 Gebruik van informatie

In 2020 was de gemiddelde score van de divisie WZB op ZorgkaartNederland 8.9 waarbij Pieter van Foreest door 96% van de respondenten werd aanbevolen voor intramurale zorg.

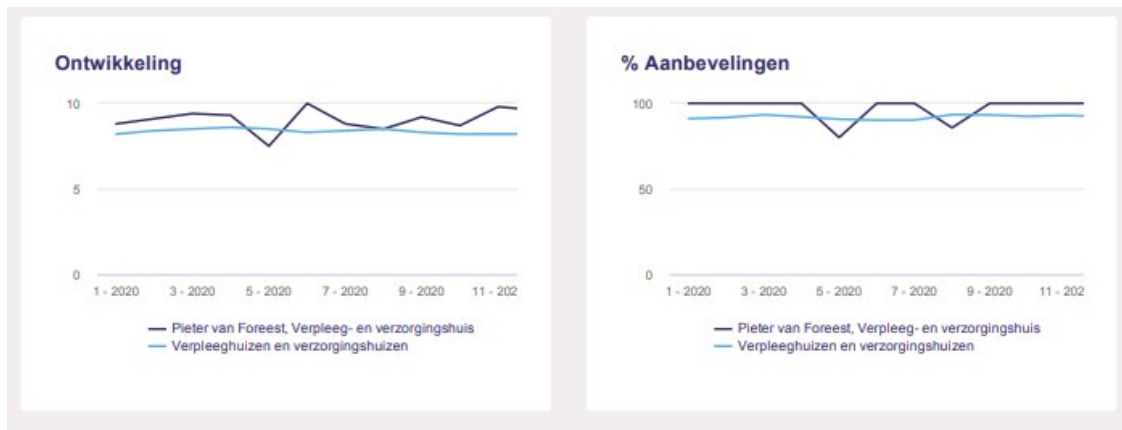
### Rapportage Pieter van Foreest, Verpleeg- en verzorgingshuis

Periode: 1 jan. 2020 - 31 dec. 2020



1 januari 2020 - 31 december 2020

**Figuur 2: Waardering op ZorgkaartNederland verslagjaar 2020**

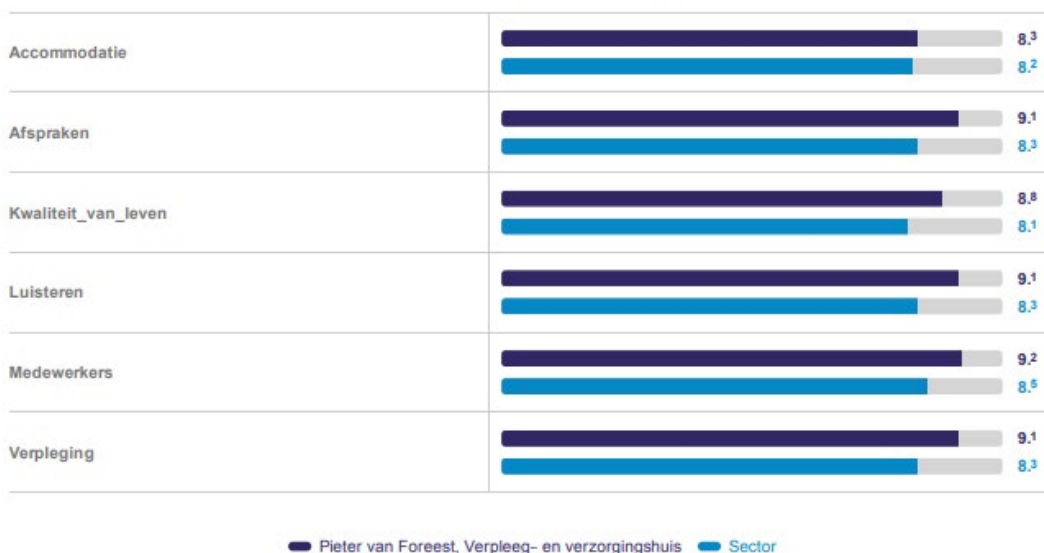


Figuur 3: trend van het gemiddelde cijfer en waarderingspercentage Pieter van Foreest t.o.v. sector ZorgkaartNederland

### Waarderingscijfer per onderdeel

#### Sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen

01-01-2020 - 31-12-2020



Figuur 4 Waarderingscijfer per gevraagde onderdeel van Pieter van foreest t.o.v. sector ZorgkaartNederland

Daarnaast vindt in principe voorafgaand aan elke multidisciplinaire zorgplanbespreking binnen de divisie WZB een meting van cliëntervaringen 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.

De afname van deze metingen werd helaas bemoeilijkt door de corona pandemie. Op bepaalde locaties hebben geen metingen plaatsgevonden terwijl op andere locaties minder metingen dan vorig jaar hebben plaatsgevonden. De resultaten van de metingen die wel plaatsgevonden hebben zien er als volgt uit:



ZUZU



Figuur 5 Resultaten cliëntervaringen WZB middels de MDO-methodek jaar 2020

### Klachten

Pieter van Foreest heeft twee klachtenfunctionarissen die op onafhankelijke wijze de klachtenopvang, -bemiddeling en -behandeling vormgeven conform de klachtenregeling van zorginstellingen Pieter van Foreest.

De klachtenfunctionarissen bedienen elk een deel van het werkgebied van Pieter van Foreest dat voor dat doel verdeeld is in Delft/ Nootdorp/Pijnacker en Westland/Zorg Thuis. Als de klachtbehandeling dit noodzakelijk maakt, onderhouden de klachtenfunctionarissen contacten met functionarissen binnen en buiten Pieter van Foreest.

In het verslagjaar hebben beide klachtenfunctionarissen zich ingeschreven in het kwaliteitsregister voor klachtenfunctionarissen in de gezondheidszorg via Registerplein. Zij zijn beiden tot dit register toegelaten.

De klachtenfunctionarissen verstrekten elk kwartaal een geanonimiseerd overzicht per locatie/dienst aan de betreffende manager zodat dit kan worden besproken in het kwartaalgesprek. Deze overzichten zijn ook toegestuurd aan de directeuren voor de "eigen" organisatieonderdelen. Daarnaast heeft de bestuurder deze overzichten ieder kwartaal ontvangen. Na afloop van het verslagjaar verschijnt het jaarverslag van de klachtenfunctionarissen dat wordt besproken met de klachtenfunctionarissen, het bestuursoverleg, de verschillende managementteams en de klachtencommissie. Het jaarverslag wordt ook verstrekt aan de Centrale Cliëntenraad en de raad van toezicht.

In 2020 werden 153 klachten in behandeling genomen hetgeen een stabilisatie van het aantal klachten is (2019=155). De klachtenfunctionarissen constateren dat de complexiteit van de klachten toeneemt. Die toename betreft zowel de inhoud van de klacht als het aantal betrokkenen.



De daling van het aantal klachten over het onderdeel Hulp bij Huishouden die in de tweede helft van 2019 begon, heeft zich in het verslagjaar doorgezet. De verbetering van de werkprocessen en de verandering van de structuur lijkt in dit opzicht effectief.

De meeste klachten werden ingediend door familie, op afstand gevolgd door cliënten.

In de onderstaande tabel is de aard van de klachten gespecificeerd:

Onderwerp	WZB	Thuis	Concern	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal	Totaal
	2020	2020	2020	PvF 2020	PvF 2019	PvF 2018	PvF 2017	PvF 2016
<b>Corona gerelateerd</b>	36	19	2	48	-	-		
<b>Bejegening</b>	6	6	1	13	29	36	15	29
<b>Communicatie</b>	9	1	1	11	11	25	27	20
<b>Deskundigheid</b>	13	7	1	21	24	38	49	34
<b>Betrouwbaarheid</b>	19	17	-	36	58	66	67	77
<b>Beschikbaarheid</b>	5	3	-	8	10	19	18	10
<b>Bereikbaarheid</b>	-	1	-	1	-	2	0	2
<b>Omgevingsfactoren (huisvesting)</b>	12	2	1	15	16	25	28	28
<b>Samenwerking</b>	-	-	-	0	1	0	0	0
<b>Overig</b>	-	-	-	0	6	2	2	9
<b>Totaal</b>	100	47	6	153	155	213	206	209

Het onderwerp betrouwbaarheid (minder of andere zorg dan verwacht) scoort traditioneel het hoogst als het gaat om de aard van de klachten, maar in het verslagjaar waren de meeste klachten corona gerelateerd.

Ongeveer één derde van de klachten viel in deze categorie. Ruim de helft van het aantal corona gerelateerde klachten had betrekking op de bezoekenregeling en de corona maatregelen die binnen de organisatie genomen werden. In juni waren er de meeste klachten over dit onderwerp. In die periode was er voornamelijk sprake van onvrede over de omvang van de versoepeling (te veel of te weinig) en de mate van invloed op de versoepeling (beperkte mogelijkheid individuele keuzes te maken binnen de versoepeling). De klachtenfunctionarissen constateren dat de emoties rondom corona gerelateerde klachten soms hoog opliepen.