

PIETER VAN FOREEST

Kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg 2018



EIGENAAR	Directeur WZB
VERSIENUMMER	Definitief
AANTAL PAGINA'S	13

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1 De veiligheids- en kwaliteitsthema's	4
1.1 Decubitus	4
1.2 Advance Care Planning	4
1.3 Medicatieveiligheid	4
1.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking	5
1.5 Sturen op kwaliteit en veiligheid	6
Geneesmiddelencommissie	6
Zorg voor Vrijheid	6
Hygiëne en infectiepreventie	6
Hygiëne en infectiepreventie	7
Veilig incidenten melden	7
Calamiteiten	7
Interne audits	8
Trendanalyse incidenten in 2018	8
Externe audits	9
Klachten	9
1.6 Verbeteren en leren	10
1.7 Continuïteit van zorg	11

Inleiding

In dit kwaliteitsverslag legt Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (verder Pieter van Foreest) te Delft verantwoording af over het kwaliteitsbeleid c.q. de uitvoering van het kwaliteitsplan verpleeghuiszorg over het jaar 2018. Het verslag wordt besproken met Ondernemingsraad, Centrale Cliëntenraad, raad van toezicht en met het Zorgkantoor DWO. Daarnaast wordt het verslag gepubliceerd op de internetsite van Pieter van Foreest. En natuurlijk wordt het verslag aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland.

Naast dit kwaliteitsverslag verantwoordt Pieter van Foreest zich krachtens de WTZi 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 door ons opgestelde verbeterpunten in het kwaliteitsplan 2018. Dit betekent dat u informatie over de volgende onderwerpen terug vindt 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, 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.*
- *Medezeggenschap: centrale cliëntenraad, ondernemingsraad*
- *Financieel beleid en jaarrekening 2018*

Het bestuursverslag 2018 online lezen?

https://pietervanforeest.nl/files/Bestuursverslag_en_jaarrekening_Pieter_van_Foreest_2018_def.pdf

Hoofdstuk 1 De veiligheids- en kwaliteitsthema's

1.1 Decubitus

De toestand van de huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentie(letsel) en stemming (depressie) wordt bij alle cliënten op gestructureerde wijze gemonitord en twee keer per jaar besproken in de multidisciplinaire bespreking (MDO). Om dit te kunnen monitoren wordt gebruikt gemaakt van de 'profielvragenlijst' risicosignalering' in het zorgplan. Wanneer er een risico wordt gesignaleerd, maakt het systeem automatisch een 'zorgprobleem' aan, waarover afspraken voor interventies gemaakt kunnen worden en gerapporteerd kan worden. De rapportages worden besproken en de gemaakte afspraken 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 de wondverpleegkundige van het specialistisch team in te schakelen.

Binnen Pieter van Foreest heeft 3,6% van de cliënten die verpleeghuiszorg ontvangen decubitus graad 2 of hoger. De bespreking van casuïstiek bij het constateren van decubitus moet binnen Pieter van Foreest nog ingericht worden.

Locatie	Akkerleven	Bieslandhof	Die Buytenweye	Delfshove	Duinhof	De Hooge Tuinen	De Kreek	De Lindenhof	De Opmaat	Singelhof	Sonnevanck	Stefanna	Terwebloem	Triangel	Veenhage	Vlietzicht	Weidevogelhof	PvF
Percentage cliënten met decubitus	0,0	15,6	0,0	0,0	0,0	3,7	11,3	3,1	5,9	0,0	0,0	2,0	0,01	0,0	5,2	0,0	10,0	3,6

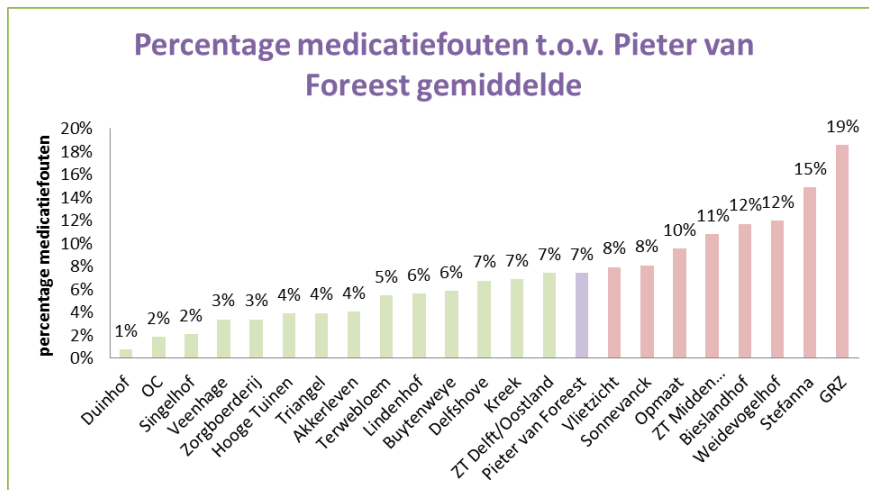
1.2 Advance Care Planning

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 hoierover worden vastgelegd in het zorgleefplan van de bewoner. Voor alle bewoners is bij 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.

1.3 Medicatieveiligheid

In 2018 zijn er 1947 medicatie incidenten gemeld. Op alle locaties worden de medicatie-incidenten ieder kwartaal besproken met de teams.

Elf locaties hebben minder medicatie-incidenten dan het gemiddeld aantal medicatie-incidenten van Pieter van Foreest, drie locaties 'zitten' op het gemiddelde en acht locaties hebben meer medicatie-incidenten. De meeste medicatie-incidenten vinden plaats in het tijdsbestek van 6.00-11.00 uur 's ochtends.



Voor alle cliënten met een ZZZ-indicatie met behandeling vind er minimaal 1x per jaar een medicatiereview plaats waarbij het medicatiegebruik in het bijzijn van apotheker en specialist ouderengeneeskunde wordt besproken. Deze medicatiereview worden niet altijd als dusdanig genoteerd in het zorgleefplan. In het verslagjaar werd geconstateerd dat het vastleggen van de reviews in het dossier verbetering behoeft. Daarnaast zal in 2019 besproken worden of een zorgmedewerker in het vervolg ook aanwezig is bij deze medicatiereviews. Onderstaande tabel geeft het percentage in het zorgleefplan genoteerde medicatiereviews weer.

Locatie	Akkerleven	Bieslandhof	Die Buytenweye	De Hooge Tuinen	De Kreek	Singelhof	Sonnevanck	Stefanna	Terwebloem	Veenhage	Vlietzicht	Weidevogelhof	PvF
Percentage medicatiereview genoteerd in het zorgleefplan	50	60	81	80	44	24	81	60	79	32	45	74	59

1.4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

In het kader van Zorg voor Vrijheid heeft Pieter van Foreest de ambitie om een fixatievrije instelling te zijn en in dat kader drie sterren te verwerven van het gelijknamige keurmerk. Nadat in 2017 twaalf locaties de tweede ster en vijf locaties de eerste ster hebben verworven, zijn eind 2018 alle locaties op één na aangemeld voor de externe audit voor drie sterren.

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

Locaties met 1 ster fixatievrije Zorginstellingen



Pieter van Foreest

De Bieslandhof
Delfshove
Lindenhof

Sonnevanck
Stefanna

Locaties met 2 sterren fixatie vrije



Pieter van Foreest

Akkerleven
Duinhof
De Kreek
De Opmaat

Die Buytenweye
De Hooge Tuinen
De Terwebloem
Weidevogelhof

Singelhof
Triangel
Veenhage
Vlietzicht

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.

1.5 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Pieter van Foreest is in 2018 begonnen met het opzetten van verbeterplannen vanuit de werkvloer en te komen tot continue lopende KwaliteitsVerbeterCyclus en een voortdurende impuls tot leren en verbeteren. Wij zijn voornemens om hierbij gebruik te maken van het 'three lines of defence' model. De 1^{ste} lijn is vanaf dit verslagjaar in samenspraak met Vilans ingericht met zelfreflectiemetingen met de focus op professioneel handelen. 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.

De 2^{de} lijn of defence wordt in 2019 afgestemd op de 1^{ste} lijn of defence. De 3^{de} lijn of defence hebben wij al vele jaren ingericht met externe toetsing (Prezo en Fixatievrije zorginstellingen).

In 2018 is de installatie van een aantal zorginhoudelijke commissies herbevestigd. Het betreft de volgende commissies: geneesmiddelen, zorg voor vrijheid, hygiëne en infectiepreventie en centrale VIM. Hieronder een korte beschrijving van de opdracht van de commissies:

Geneesmiddelencommissie

De geneesmiddelencommissie heeft als doel de kwaliteit van de farmaceutische zorg bij Pieter van Foreest te borgen. De commissie adviseert, gevraagd en ongevraagd, de Raad van Bestuur over kosteneffectieve, verantwoorde en veilige medicatiegebruik van cliënten en het medicatieproces binnen de daarvoor geldende wet, regelgeving (Geneesmiddelenwet en Kwaliteitswet Zorginstellingen).

Zorg voor Vrijheid

De commissie Zorg voor de Vrijheid adviseert, gevraagd en ongevraagd, de Raad van Bestuur over de mogelijkheden om maatregelen te nemen zodat wordt voldaan aan de fixatie vrije en veilige woonomgeving binnen de daarvoor geldende wet, regelgeving en normen. Daarnaast brengt de commissie adviezen uit over de mogelijkheden/maatregelen om te voldoen aan de landelijke beweegnorm voor ouderen. Ook adviseert de commissie ten aanzien van de toepassingen van toezichthoudende techniek.

Hygiëne en infectiepreventie

De infectiepreventiecommissie geeft op actieve wijze invulling aan het infectiepreventiebeleid. De commissie adviseert, gevraagd en ongevraagd, aan de Raad van Bestuur over infectiepreventie in de organisatie. De commissie volgt wet- en regelgeving en adviseert bestuurder over beleidswijzigingen wanneer dat nodig is.

Hygiëne en infectiepreventie

De Centrale VIM commissie heeft als doel het verbeteren van kwaliteit van zorg op gebied cliëntveiligheid en veiligheid van medewerkers. Zij doet dit door middel van het extraheren en analyseren van uitkomsten van verbeterpunten die door de lokale (decentrale) VIM commissies en de calamiteiten commissie zijn op gesteld.

Door data en trend analyses kunnen voorspellingen voor overige organisatie onderdelen gemaakt worden waardoor Pieter van Foreest organisatie breed kan leren. De centrale VIM commissie adviseert de Raad van Bestuur over de verschillende elementen van het veiligheidsmanagementsysteem, zoals veiligheidsbeleid en inrichting van de organisatie, veiligheidscultuur, veilig melden van incidenten, continue verbeteren en prospectieve risico.

Onderstaande tabel geeft weer op welke wijze wij in onze locaties sturen op kwaliteit en veiligheid op basis van verschillende bronnen.

Bron					
	aantal	Besproken met medewerkers	Besproken in MT	Verbeteringen opgevolgd door medewerkers	Verbeteringen opgevolgd in het MT
Incidenten	5344	ja	ja	ja	ja
Calamiteitenmelding Na onderzoek kan blijken dat het een ernstig incident was en geen calamiteit	5	ja	ja	ja	ja
Interne audits (zelfreflectiemetingen)	Intramurale locaties 8 Ontmoetingscentra: 2	ja	ja	ja	ja
Externe audits	1	ja	ja	ja	ja
Klachten	213				
Gebouwen veiligheid	1x per kwartaal een rapportage	nee	ja	nee	ja
RI&E	1x per 5 jaar	nee	ja	nee	ja
Cliëntervaringen	Ieder MDO	ja	ja	ja	ja

Veilig incidenten melden

In het verslagjaar werd een nieuw systeem geselecteerd ter ondersteuning van het melden van incidenten inzake cliënten en medewerkers. Het systeem ondersteunt ook het genereren van managementinformatie over deze meldingen zodat trends gesignaleerd kunnen worden en verbeteringen ingezet en gemonitord kunnen worden. Dit nieuwe systeem werd in de laatste maanden van 2018 ingevoerd bij drie pilotafdelingen. De overige afdelingen volgen in het eerste kwartaal van 2019.

Calamiteiten

In 2018 heeft Pieter van Foreest drie incidenten bij IGJ gemeld. Belanghebbenden hebben vijf meldingen gedaan bij IGJ. Daarbij geldt dat één melding zowel door de familie van een cliënt als Pieter van Foreest plaatsvond. Op verzoek van IGJ heeft Pieter van Foreest onderzoek gedaan naar de meldingen en zijn calamiteitenrapportages opgesteld.

Daarnaast heeft Pieter van Foreest, naar aanleiding van een melding die door haar gedaan is, een externe partij verzocht een organisatie-brede medicatieaudit uit te voeren. Het eerste deel van deze audit vond in 2018 plaats. Het tweede deel zal in 2019 plaatsvinden.

Ten aanzien van vijf van de onderzochte meldingen oordeelde IGJ dat deze voldoende zorgvuldig onderzocht zijn waarmee het onderzoek door IGJ is beëindigd. Van één melding is na onderzoek vastgesteld dat er geen sprake was van een calamiteit die gemeld had moeten worden bij IGJ. Van twee meldingen is het oordeel van IGJ nog niet bekend.

In het kader van het thematisch toezicht op medicatieveiligheid heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in november een bezoek gebracht aan De Bieslandhof.

Ten behoeve van het onderzoeken van (ernstige) incidenten, het uniformeren c.q. objectiveren van onderzoek heeft de raad van bestuur een calamiteitencommissie ingesteld. Deze commissie voert op uniforme wijze onderzoek uit via de Prisma Plus methodiek en rapporteert in een uniform format. Het doel van dit onderzoek is om vast te stellen of melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd moet plaatsvinden en het maken van een feitenrapportage. Het onderzoek kan tevens een bijdrage leveren aan het leren van fouten en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

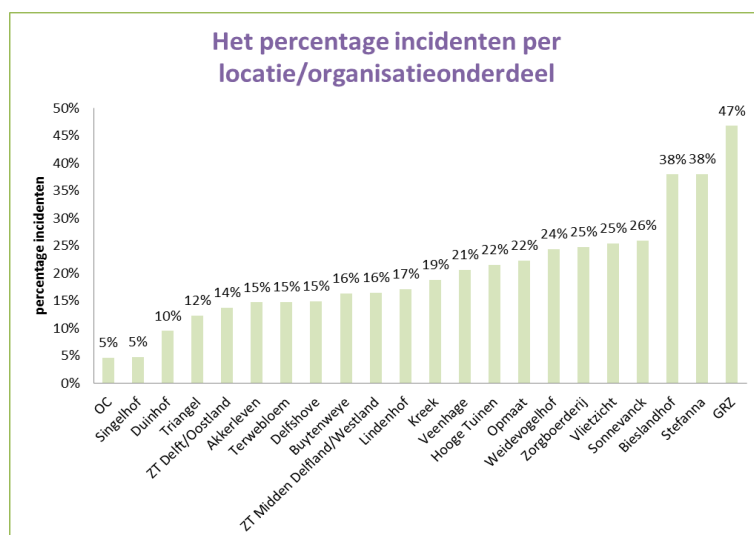
Interne audits

Op alle intramurale locatie hebben interne audits plaatsgevonden op de thema's; cliëntendossier, multidisciplinair overleg, wonen en welzijn, eten en drinken, medicatieveiligheid, zorg voor vrijheid hygiëne en infectiepreventie. Voor de Ontmoetingscentra waren er twee thema's voor de interne audits; restauratieve voorzieningen en HACCP.

Trendanalyse meldingen incidenten cliëntenzorg

In 2018 zijn er 5344 incidenten gemeld. De drie grootste categorieën meldingen zijn vallen, medicatie en agressief gedrag. De meeste meldingen hadden geen (54%) of geringe (26%) gevolgen voor de cliënten, maar bij een klein aantal cliënten heeft het incident ernstige gevolgen gehad (2%).

Aard van het incident	Aantallen
inname gevaarlijke stoffen	5
verbranden	8
vermissing bewoner	19
stoten, knellen, botsen	34
niet ingevuld	156
anders	174
agressief gedrag	550
medicatie	1947
vallen	2451
Eindtotaal	5344



Externe audits

Alle onderdelen van Pieter van Foreest beschikken over een PREZO certificaat. Eind 2018 beschikte Pieter van Foreest over 16 gouden en 3 zilveren PREZO Keurmerken.



PREZO is een prestatiegericht kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) dat helpt te sturen op Verantwoorde zorg.

PREZO is gebaseerd op de normen voor Verantwoorde zorg en het Kwaliteitskader en volgt dezelfde opbouw en structuur: domeinen, pijlers en voorwaarden. De prestaties die

medewerkers en de organisatie leveren aangaande de cliënt staan centraal in PREZO (VV&T). Het gaat hierbij primair om de

uitkomsten voor de cliënt (prestaties) in tegenstelling tot kwaliteitssystemen waarbij randvoorwaarden, structuren en processen centraal staan.

Klachten

Pieter van Foreest beschikt over twee klachtenfunctionarissen. Zij verstrekten elk kwartaal een geanonimiseerd klachtenoverzicht per locatie/dienst aan de betreffende manager ter voorbereiding op 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 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 2018 werden 116 klachten in behandeling. De meeste klachten werden ingediend door familie, op afstand gevolgd door cliënten. In de onderstaande tabel is de aard van de klachten gespecificeerd:

Onderwerp	Verpleeghuiszorg 2018
Bejegening	16
Communicatie	10
Deskundigheid	26
Betrouwbaarheid	28
Beschikbaarheid	12
Bereikbaarheid	0
Omgevingsfactoren (huisvesting)	23
Samenwerking	0
Overig	1
Totaal	116

Het onderwerp betrouwbaarheid scoort het hoogst als het gaat om de aard van de klachten. Een nadere duiding van de klachten in de categorie betrouwbaarheid is moeilijk omdat de klachten in deze categorie inhoudelijk divers zijn.

1.6 Verbeteren en leren

Sinds een aantal jaren stuurt en monitort Pieter van Foreest de operationele resultaten met behulp van indicatoren. In 2018 waren er prestatie-indicatoren voor: kwaliteit, productie, kosten, verzuim, functioneringsgesprekken en digitale leeromgeving (DLO).

Onderwerp	Indicator	Resultaat
Kwaliteit	De uitkomsten van de tevredenheidsmetingen van cliënten in de langdurige zorg is gemiddeld per locatie minimaal een 7.5 en voor de locaties Bieslandhof, Stefanna en De Kreek zijn de uitkomsten op het onderdeel bejegening hoger dan in 2016.	Is behaald.
	Voor alle cliënten is de contactpersoon binnen Pieter van Foreest vastgelegd in het dossier.	Is behaald.
	Van alle cliënten is het Nedap dossier volledig in gebruik inclusief een actueel zorgplan.	Alle cliënten hebben een Nedap dossier. Evaluatie van de zorgplannen vindt volgens planning plaats.
	Op alle intramurale afdelingen die WLZ gefinancierd zijn, vinden in 2018 minimaal twee familiebijeenkomsten plaats.	Is behaald.
	Minimaal 35% van de naastbetrokkenen van de divisie WZB en 20% van de naastbetrokkenen van de divisie Thuis zijn actief op Caren Zorgt.	Is behaald. Divisie WZB is 80%. Divisie Thuis 39%.
Productie	Productie is conform begroting gerealiseerd: per team, locatie en divisie, per bekostigingssoort / productieafpraak.	Er is overgeproduceerd en deze productie is niet volledig gefinancierd.
Kosten	De exploitatie vindt binnen budget plaats; in de juiste verhouding tot de gerealiseerde productie.	De exploitatie vond niet binnen budget plaats. Met name de kosten van PNIL overschreden de begroting.
Verzuim	In 2018 is het ziekteverzuimpercentage gemiddeld maximaal 4.5%. De gemiddelde meldingsfrequentie is maximaal 1.	Het gemiddelde verzuim was hoger dan de interne norm: 6.07%. De meldingsfrequentie was 1.
Functionerings-gesprekken	Met minimaal 70% van de medewerkers is een functionerings- of ontwikkelgesprek gevoerd waarvan het verslag is opgenomen in het centrale personeelsdossier.	Is niet volledig behaald vanwege grote span of control in bepaalde onderdelen van de organisatie.
Digitale Leer-Omgeving	M.i.v. 2017 zijn alle medewerkers zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van hun deskundigheid en bekwaamheid. De scholing voor risicovolle handelingen en bedrijfs-hulpverlening wordt in de DLO gevolgd. Op 31-12-2018 hebben alle medewerkers, die o.b.v. de functie deze scholing moeten volgen, de scholingen voor RVBH en BHV in de digitale leeromgeving gevolgd.	De scholing voor voor-behouden handelingen en BHV wordt in de DLO gevolgd, 82% van de medewerkers die daarvoor in aanmerking komen heeft de BIG scholing met goed gevolg afgerond of is nog bezig met de scholing en voor BHV is 70% gecertificeerd.

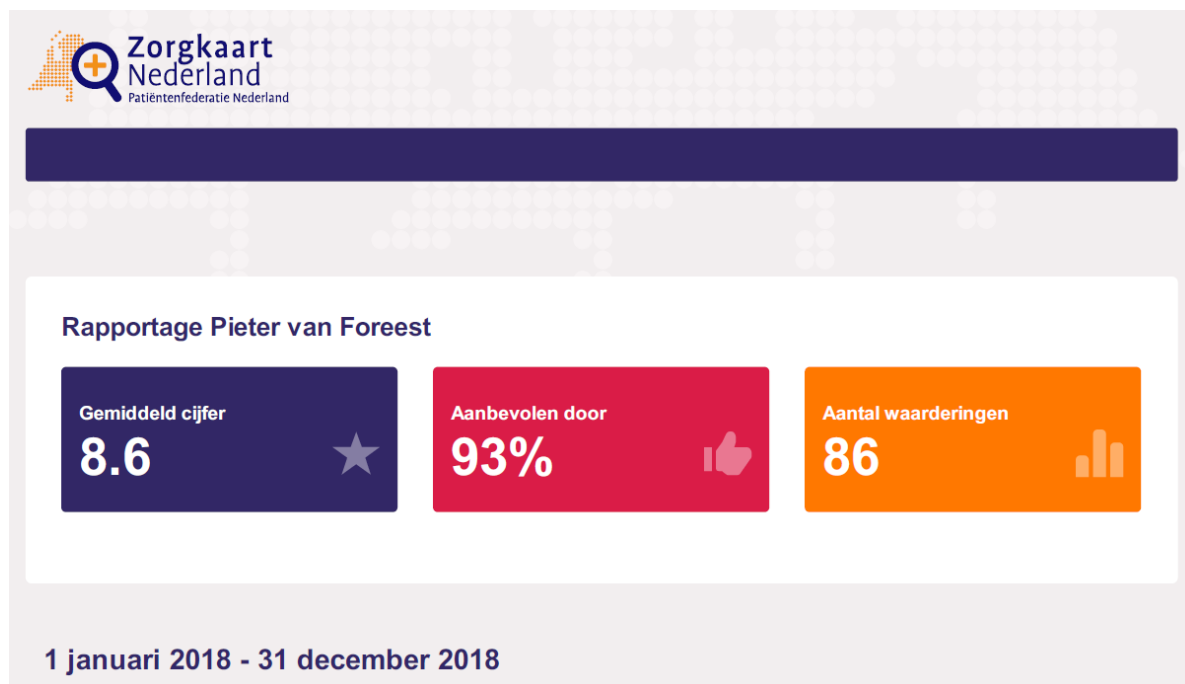
1.7 Continuïteit van zorg

Het welzijn, 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 betrokken medewerkers en behandelaren kunnen het zorgleefplan inzien en gekoppeld aan hun functie schrijven in het zorgplan. Ook vindt er op alle locaties minimaal 2x per jaar familiebijeenkomsten plaats. Alle familie wordt uitgenodigd om te kunnen meekijken in het zorgdossier. Alle (bijna) incidenten worden in het zorgleefplan opgenomen en besproken in het MDO. Per kwartaal worden deze op geaggregeerd niveau besproken.

1.8 Cliëntbeoordelingen

In 2018 was de gemiddelde score van Pieter van Foreest op Zorgkaartnederland.nl voor intramurale zorg 8.6. Pieter van Foreest werd door 93% 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 toezicht, de centrale cliëntenraad en het kwaliteitsberaad verstrekt.



Waarderingscijfer per onderdeel

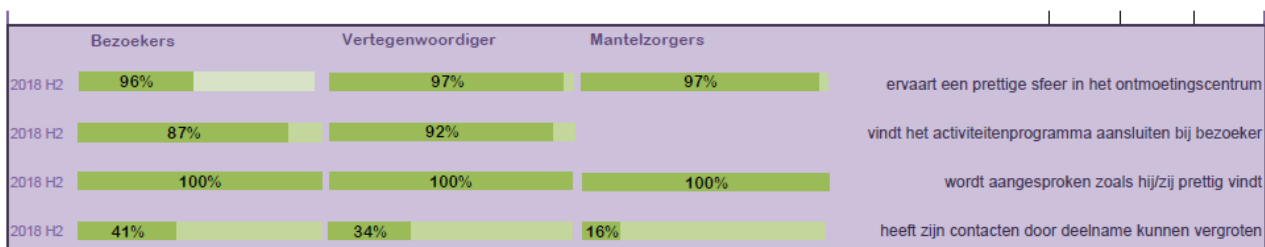
Sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen

1-1-2018 - 31-12-2018



(ZorgKaartNederland, 2018)

Halfjaarlijkse rapportage cliëntervaringen Ontmoetingscentra



2018 H2



2018 H2



2de halfjaar 2018

Slotwoord

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 wordt besproken.

De toenemende zorgvraag en de schaarste op de arbeidsmarkt dagen ons uit om voortdurend te werken aan ontwikkeling en vernieuwing van het zorgaanbod en een efficiënte inrichting van onze bedrijfsprocessen. Pieter van Foreest is een gezonde zorgorganisatie, met veel creativiteit en energie en vanuit die basis kunnen wij in de komende jaren blijven investeren in nieuwe voorzieningen en moderne technologische toepassingen. Maar bovenal investeren wij in werkplezier van onze medewerkers en vrijwilligers en ruimte om zich te kunnen blijven ontwikkelen. Samen staan we voor onze cliënten!

In 2019 consolideren wij het systematisch werken aan de kwaliteit en veiligheid. Wij zetten voort wat afgelopen jaren is ingezet en versterken we ons om continue te verbeteren en leren. Dit alles voor de kwaliteit en veiligheid van onze cliënten.

Kwaliteit van zorg wordt gerealiseerd in het persoonlijk contact tussen cliënten, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers. In het afgelopen jaar hebben wij weer mooie stappen voorwaarts gezet met de introductie van persoonsgericht werken. Jezelf kunnen zijn en aandacht voor kwaliteit van leven, daar gaat het om. Met liefdevolle aandacht en in samenspraak met elkaar gaan wij in 2019 door op het ingeslagen pad.