Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek aan Stichting Johannahuis in Wassenaar op 26 juni 2018

Utrecht, september 2018

V2005460

Inhoud

1 Inleiding 3
1.1 Aanleiding bezoek 3
1.2 Beschrijving van het Johannahuis 3

2 Conclusie 6
2.1 Overzicht van de resultaten 6
2.2 Wat gaat goed 6
2.3 Wat kan beter 6
2.4 Wat moet beter 6
2.5 Conclusie bezoek 7

3 Wat zijn de vervolgacties 8
3.1 De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 8
3.2 Vervolgacties van de inspectie 8

4 Resultaten 9
4.1 Thema Persoonsgerichte zorg 9
4.1.1 Resultaten 9
4.2 Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1 Resultaten 12
4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1 Resultaten 15

Bijlage 1 Methode 17

Bijlage 2 Beoordeelde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) bracht op 26 juni 2018 een onaangekondigd bezoek aan Stichting Johannahuis (hierna: Johannahuis) in Wassenaar.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Mochten de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport. De inspectie schrijft haar rapporten in de tegenwoordige tijd. Dit doet zij om de leesbaarheid te verhogen.
De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een verklarende woordenlijst.

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.
Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie wil een beeld van de zorg krijgen bij het Johannahuis. Het laatste inspectiebezoek heeft plaatsgevonden in 2012. Het Johannahuis heeft nog nooit een melding gedaan bij de inspectie.

De inspectie toetst tijdens dit bezoek de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

1.2 Beschrijving van het Johannahuis

Locatie
Centraal tussen drie gebouwen van Seniorenresidentie Van Ommerenpark ligt het Johannahuis. Het Johannahuis is een kleinschalig verzorg- en verpleeghuis. Het Johannahuis ligt op het landgoed Rust en Vreugd. Het Johannahuis levert ook thuiszorg. Ongeveer 20% hiervan is aan cliënten buiten het Van Ommerenpark.

In het Johannahuis is plaats voor 52 cliënten (49 appartementen) met een indicatie voor Wlz-zorg. Daarnaast zijn er 98 aanleunwoningen waar het Johannahuis verschillende diensten levert en acht kamers voor eerstelijnsverblijf (ook in gebruik als logeerkamers). Het Johannahuis bestaat uit vier verdiepingen. De 49 appartementen zijn verdeeld over drie etages. Op de derde etage bevindt zich de Bopz-afdeling voor cliënten met een psychogeriatrisch beeld (vijftien appartementen). Op de eerste en tweede etage wonen cliënten met voornamelijk psychogeriatrische klachten. De appartementen bestaan uit een woonkamer, een slaapkamer, een badkamer en een keukenblok. De appartementen op de eerste en tweede verdieping hebben ook een balkon.

Op de eerste en tweede etage zijn nog geen gemeenschappelijke huiskamers aanwezig. Het plan is om dit te realiseren in 2018. Op de tweede etage is een gemeenschappelijke huiskamer 'het Trefpunt' dagelijks in gebruik. Op de derde verdieping is een gemeenschappelijke huiskamer aanwezig. Cliënten eten hier, doen mee aan activiteiten of begeven zich buiten op het dakterras.

Op de begane grond bevinden zich onder andere een winkel, Grand Café, bibliotheek, kapsalon, binnentuin en fitnessruimte.

Cliënten
Ten tijde van het inspectiebezoek wonen er 52 cliënten. De zorgzwaartepakketten (ZZP's) van deze cliënten variëren tussen ZZP 3 (1) en ZZP 6. Het merendeel van de cliënten heeft ZZP 5 zonder behandeling (21 cliënten). Ook wonen er meerdere cliënten met ZZP 4 zonder behandeling (10 cliënten) en met ZZP 6 inclusief behandeling (12 cliënten). Het totale aantal cliënten met behandeling bedraagt ten tijde van het inspectiebezoek 17 cliënten.

Zorgverleners
In het Johannahuis werkt 33,83 fte in de directe zorg. Hiervan zijn ruim 10,5 fte helpenden niveau 2, 8 fte verzorgenden IG niveau 3 en ruim 3,5 fte verpleegkundige niveau 4. Daarnaast zijn binnen het Johannahuis enkele leerlingen werkzaam (ongeveer 4 fte). Gezien het aantal cliënten en thuiszorgcliënten kiest het Johannahuis ervoor de zorgverleners overal in te zetten. De zorgverleners werken als één team. Een aantal verpleegkundigen ondersteunt het team als coach. Hierdoor hebben de verpleegkundigen als het ware de rol van een teamcoördinator.

In het Johannahuis werken sinds maart 2018 gastvrouwen/gastheren (5,06 fte). Zij helpen mee met de maaltijden en activiteiten. De gastvrouwen/gastheren zijn van de ochtend tot de avond aanwezig op de verschillende verdiepingen. In het Johannahuis werken ook activiteitenbegeleiders (2,17 fte).

Het Johannahuis werkt niet met uitzendkrachten. In de vakantieperiode (juli – september) werken er binnen het Johannahuis negen Poolse basisartsen in opleiding. Zij werken binnen het Johannahuis als helpende niveau 2. Zij rapporteren mondeling de verzorgende schrijft dit in het rapport. Deze zorgverleners staan altijd geroosterd samen met een ervaren verzorgende IG niveau 3. De voertaal van deze artsen in opleiding is Engels en veel cliënten beheersen deze taal ook. Het Johannahuis organiseert dit nu een aantal jaren. Het Johannahuis zorgt ook voor de huisvesting van deze studenten.

In de nachtdienst zijn er twee zorgverleners aanwezig, van wie minimaal één gediplomeerd verzorgende niveau 3. Er is altijd een 24-uurs verpleegkundige achterwacht.

Het verzuim binnen het Johannahuis onder de verzorging is over de periode juli 2017-juni 2018 4,39%.

Aansturing
Het Johannahuis heeft één bestuurder. De inhoudelijke aansturing ligt bij het Hoofd Zorgdienst. Het Johannahuis beschikt over een cliëntenraad en een medewerkersvertegenwoordiging.

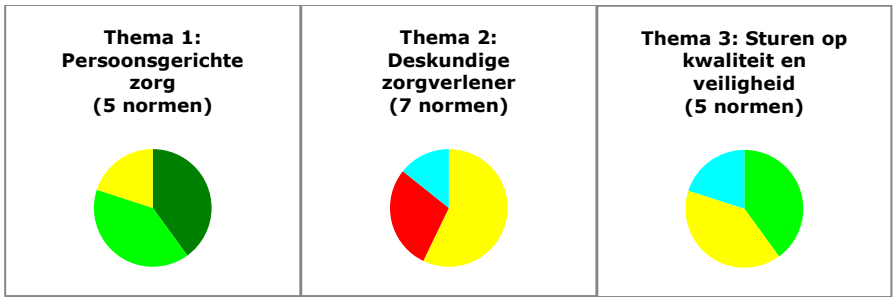
Behandeling
De huisartsen zijn de hoofdbehandelaars van twee derde van de cliënten. Iedere cliënt heeft zijn of haar eigen huisarts. Bij drie of vier cliënten is een psycholoog betrokken. De psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde (SO) zijn via Novicare vast verbonden aan het Johannahuis voor de behandeling van bewoners inclusief behandeling.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.
Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over het Johannahuis. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten u per thema zien hoe de inspectie uw locatie beoordeelt.



2.2 Wat gaat goed

Cliënten worden met respect behandeld. Familie en het netwerk van de cliënt wordt betrokken, ook bij activiteiten. Het Johannahuis heeft een actieve cliëntenraad.

2.3 Wat kan beter

De kennis van de zorgverleners over de behoeften, beperkingen en de mogelijkheden van de individuele cliënt is gering. Johannahuis zou zich meer moeten inspannen om completere informatie van de cliënt te hebben en deze vast te leggen. Deze informatie is nodig om cliënten gepaste zorg te kunnen geven. De huidige cliëntenpopulatie wordt steeds complexer. Dit vraagt om kennis bij zorgverleners over de psychogeriatrische problematiek. Het Johannahuis kan hier meer op inspelen door scholing aan zorgverleners te faciliteren en zich hierin verder te professionaliseren.

2.4 Wat moet beter

Johannahuis moet meer aandacht besteden aan het methodisch werken en aan goede verslaglegging in de cliëntendossiers. De samenhang van risico’s, doelen, activiteiten, evalueren en bijstellen van de zorgplannen van cliënten moet beter. Zorgverleners moeten professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico’s maken. Deze afwegingen moeten beter gerapporteerd worden. Het ontbreekt nu aan een PDCA (Plan-Do-Check-Act) cyclus in het dossier.

Een PDCA cyclus ontbreekt ook in het sturen op kwaliteit en veiligheid. Analyses op geaggregeerd niveau ontbreken. Om continu te leren en te verbeteren moet een PDCA cyclus doorlopen worden.

2.5 Conclusie bezoek

Johannahuis voldoet niet aan meerdere normen in alle drie de thema's. Hierdoor ontstaan risico's op tekortkomingen in de zorg. Methodisch werken in de directe cliëntenzorg, het sturen op verbeteringen, de juiste deskundigheid en het reflecteren met elkaar ontbreken nu. De inspectie verwacht dat Johannahuis de noodzakelijke verbeteringen zal realiseren en voldoen aan de normen voor goede en veilige zorg.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat we van u als zorgaanbieder verwachten. Daarna leest u wat de inspectie zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht

Als zorgaanbieder moet u voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie vraagt u een resultaatverslag op te stellen op de normen die niet voldoen (zie hoofdstuk 4 van het rapport) en dit aan haar toe te sturen. In dit resultaatverslag neemt u de volgende informatie op:

- binnen welke termijn voldaan is aan de norm(en);
- welke aanpak en acties u heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe u heeft gemeten dat u volledig aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – u per de datum van het resultaatverslag feitelijk heeft bereikt.

Dit resultaatverslag verwacht de inspectie vóór 1 februari 2019 op haar e-mailadres: ri.utrecht@igj.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

Naar aanleiding van het resultaatverslag zal de inspectie zich beraden of, en zo ja welke, vervolgstappen nog noodzakelijk zijn. De inspectie zal u hierover binnen vier weken na ontvangst van het resultaatverslag berichten.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op haar website: igj.nl. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (igj.nl/onderwerpen).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGJ i.o. scoorde tijdens het bezoek of het Johannahuis wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.
De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen:	De locatie/afdeling voldoet aan de norm
Licht groen:	De locatie/afdeling voldoet grotendeels aan de norm De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
Geel:	De locatie/afdeling voldoet grotendeels niet aan de norm De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.
Rood:	De locatie/afdeling voldoet niet aan de norm De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.
Blauw:	De norm is niet getoetst

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en verlangens van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en de zorgverlener? Luistert de zorgverlener goed naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Geeft de zorgverlener hier gehoor aan? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1[1]
Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels aan de norm. Zorgverleners stellen voor cliënten een zorgleefplan op waarin zorgdoelen staan. De inspectie ziet in de cliëntdossiers niet terug dat de cliënt(vertegenwoordiger) hier inspraak op heeft. Zorgverleners geven aan dat de contactpersoon (de verzorgende IG) het zorgleefplan opstelt. Dit gebeurt deels op basis van informatie vanuit de cliënt(vertegenwoordiger). Het is onduidelijk voor de inspectie of de cliënt(vertegenwoordiger) aanwezig kan zijn bij het multidisciplinair overleg (MDO) en inspraak heeft op het zorgplan.

Norm 1.2[1]
Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

1 Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
In het Johannahuis heeft iedere cliënt een top vijf van wat ze leuk vinden volgens de zorgverleners. De inspectie ziet dit niet terug in ieder cliëntdossier. Zorgverleners zijn begonnen met het opstellen van een levensboom voor iedere cliënt. De inspectie ziet niet in ieder cliëntdossier een levensgeschiedenis staan. De zorgverleners werken met veel verschillende cliënten (49 appartementen + thuiszorg). Gesprekspartners geven aan dat zij niet altijd de cliënten goed kennen, omdat ze op meer dan één verdieping (afdeling) werken. Tijdens de observatie ziet de inspectie dat een zorgverlener een cliënt in een rolstoel een halve meter voor de tafel zet. De cliënt kan de rolstoel zelf niet naar voren krijgen. De cliënt moet wachten totdat dit opvalt, zodat zij vervolgens aan haar maaltijd kan beginnen. De radio staat aan op Nederlandse schlagermuziek. Een cliënt geeft aan dat hij deze muziek niet leuk vindt. Hij krijgt bijval van twee andere cliënten. Toch blijft de muziek op deze zender staan. Tijdens het eten gaat de muziek wel uit.

De inspectie spreekt een cliënt die in een rolstoel zit. Zij geeft aan dat zij vanwege rugpijn vanuit bed heel moeilijk bij het alarm kan komen. De zorgverleners houden geen rekening met de beperkingen die deze cliënt ervaart. In de cliëntdossiers ziet de inspectie niet of nauwelijks doelen op het gebied van mentaal welbevinden.

De inspectie ziet geen aandacht voor specifieke levensvragen als eenzaamheid, depressie, rouw en invulling van de laatste levensfase. Dergelijke levensvragen komen niet terug in het zorgdossier en zijn ook niet aantoonbaar onderwerp van gesprek in het Johannahuis.

De inrichting van de appartementen gebeurt naar eigen wensen en behoeften van de cliënt. De inspectie ziet dat cliënten kunnen kiezen hoe zij hun dag invullen. Daarbij is er veel aandacht van familie of andere betrokkenen om cliënten te bezoeken of mee op pad te nemen. De inspectie ziet tijdens de observatie dat cliënten zelf kunnen kiezen wat zij willen eten. De inspectie hoort van een zorgverlener dat een cliënt bijvoorbeeld nog zelf haar brood kan klaarmaken en dit ook doet. De inspectie ziet dit in het cliëntdossier staan.

Norm 1.3
Cliënten voeren binnen hun mogelijkheden zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels aan deze norm.
De inspectie hoort van zorgverleners dat zij de veiligheid afwegen tegen kwaliteit van leven. Zorgverleners willen cliënten ‘de vrijheid geven in alle veiligheid’. Wanneer cliënten juist onrust vertonen bij de inzet van een bewegingssensor kijken zorgverleners naar andere mogelijkheden om de veiligheid van de cliënt te vergroten.

Zorgverleners vertellen dat zij in de zorg eigen regie zoveel mogelijk stimuleren. Een voorbeeld hiervan is het meehelpen met het dekken van de tafel. Tijdens de observatie in de huiskamer op de derde verdieping ziet de inspectie dat alleen de zorgverleners de tafel dekken.

Tijdens de rondgang op de locatie ziet de inspectie dat op de derde verdieping de deur naar het dakterras voor cliënten is afgesloten. Bij navraag aan zorgverleners hoort de inspectie dat de deur alleen open gaat wanneer er voldoende toezicht aanwezig is. Het voelt voor de zorgverleners onveilig wanneer de cliënten zelfstandig het dakterras op kunnen. De inspectie hoort en leest dat zorgverleners aandacht hebben voor de eigen regie van cliënten. De inspectie ziet dit niet altijd terug in de dagelijkse activiteiten.

Norm 1.4
Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis aan deze norm.
De inspectie ziet tijdens de observaties dat zorgverleners de cliënten met respect behandelen. Zo ziet de inspectie dat een zorgverlener de hand van een cliënt vasthoudt wanneer zij met elkaar praten. Daarnaast praten zorgverleners met cliënten op ooghoogte. De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners in het Engels spreken met een cliënt die een Australische achtergrond heeft.

Een cliëntvertegenwoordiger geeft aan dat hij tevreden is over de zorgverleners. Zowel de cliënten als zorgverleners en families krijgen veel vrijheid om de woonomgeving huiselijk te maken.

Norm 1.5
Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis aan deze norm.
De inspectie ziet dat zorgverleners het netwerk van de cliënt stimuleren om met de cliënt activiteiten te ondernemen. De inspectie ziet tijdens de observatie dat er meerdere familieleden aanwezig zijn. Zo bekijkt een familielid met de cliënt een fotoalbum en is een familielid met een cliënt aan het wandelen.

Er is een actieve cliëntenraad voor het Johannahuis. De raad bestaat uit zeven leden, waaronder twee cliënten. Eenmaal in de maand vergadert de raad met agenda en notulen. De cliëntenraad geeft aan dat de bestuurder hen zeer goed op de hoogte houdt en ruimte biedt voor inspraak. Familie van cliënten is over het algemeen zeer betrokken. De cliëntenraad geeft aan dat zorgverleners veel aandacht besteden aan verschillende activiteiten voor de cliënten.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.
De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle medewerkers.

Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:
- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1
Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis niet aan de norm.
In de cliëntdossiers ziet de inspectie geen aantoonbare risico-inventarisatie van cliënten. Zorgverleners kunnen hierdoor geen afweging maken over de benodigde zorg. Zorgverleners geven aan dat zij veel 'op gevoel' doen. Zij maken daarbij geen professionele afweging over de benodigde zorg, ondersteuning van cliënten en de risico's. In enkele dossiers is niet duidelijk welke mogelijkheden en beperkingen de cliënt heeft. De inspectie ziet in een dossier dat zorgverleners een cliënt periodiek wegen. Het gewicht van deze cliënt is in een half jaar tijd met 17 kg verminderd. In het dossier van de cliënt staat geen risico op ondergewicht vermeld. De zorgverlener weet niet waarom ze deze cliënt moet wegen. Op de gewichtsafname is geen actie ondernomen en er staat niets over in de rapportage of elders. Op de vraag van de inspectie of dit niet is opgevallen, reageren gesprekspartners ontkennend. "Misschien deed de weegschaal het wel niet goed". Ook kunnen de gesprekspartners niet aangeven of deze cliënt sterk vermagerd is.

Reactie van Johannahuis na lezing conceptrapport: "Er is in het dossier een verkeerde invoer geweest: 45 moest zijn 54 maar ingevoerde cijfers kunnen in het systeem niet veranderd worden". (was niet vermagerd maar het gewicht was toegenomen).

De inspectie ziet in het cliëntdossier bij een andere cliënt dat deze suikerpatiënt is. De acties bij deze cliënt zijn: begeleiden naar de maaltijden, toezien op voldoende vochtinname en het aanbieden van extra's zoals ontbijtkoek. In het cliëntdossier staat niet vermeld de reden en waarom deze cliënt juist als extra's 'zoals ontbijtkoek' heeft.

De inspectie hoort van zorgverleners dat bij één cliënt zorgvuldig is gekeken naar de afbouw van psychofarmaca. Een zorgverlener vertelt dat deze cliënt bij opname een hoge dosering van een antipsychoticum gebruikte. Samen met de psycholoog is gekeken naar alternatieven, om zo de psychofarmaca af te bouwen. De inspectie ziet dit ook terug in het betreffende cliëntdossier.

Norm 2.2
Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis niet aan de norm.
De mogelijkheden die het cliëntdossier biedt, zijn uitgebreid. Toch mist de invulling van de dossiers samenhang. De inspectie ziet dat in de cliëntdossiers doelen voor cliënten staan beschreven. Een aantal doelen zijn algemeen omschreven en niet onderbouwd met concrete acties.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat zorgverleners rapporteren op doelen. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners rapporteren op het gebied van mentaal welbevinden. Toch missen deze rapportages diepgang. Zo ziet de inspectie terug dat een cliënt 'onrustig' was. Het is hierbij niet duidelijk of de zorgverleners kijken naar mogelijke oorzaken en mogelijke verbeteracties. Vervolgens nemen zorgverleners deze bevindingen niet mee in het evalueren van het omgangsadvies. Bij een andere cliënt staat dat er geen omgangsadvies gegeven is. Deze cliënt vertoont wel onbegrepen gedrag. Het is niet duidelijk waarom een omgangsadvies ontbreekt. De zorgverleners hebben hier geen toelichting op.

In de cliëntdossiers ontbreken ook rapportages op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het is hierdoor onduidelijk welke input zorgverleners gebruiken voor de evaluatie van de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

Reactie van Johannahuis na lezing conceptrapport: Rapportages en evaluaties op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn wel in de zorgdossiers aanwezig. (met bijlage)

De cirkel van het methodisch werken (Plan-Do-Check-Act cyclus) is niet rond en stopt in veel gevallen bij de 'do'-fase. De inspectie ziet in de cliëntdossiers de 'check' en 'act' fase niet terug.

Norm 2.3
De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
De zorgverleners hebben eenmaal per halfjaar een teamoverleg. Tijdens deze overleggen bespreken de zorgverleners vooral praktische punten op het gebied van het werk. Inhoudelijke thema's op het gebied van goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt komen hier niet ter sprake.

In het 'Kwaliteitsplan 2018' van het Johannahuis staat als één van de doelen dat zorgverleners weten wat belevingsgericht werken is en hoe zij dit toe kunnen passen. In het 'Scholingsbeleidsplan 2017' en 'Scholingsoverzicht 2017/2018' ziet de inspectie hier geen specifieke thema's op. Daarnaast ontbreekt het in het 'Kwaliteitsplan 2018' aan aandacht op het gebied van reflecteren op persoonsgerichte zorg. Hierop is geen vaste structuur ingericht.

De inspectie hoort van een zorgverlener dat elke week een intervisie plaatsvindt. Tijdens deze intervisie bespreken de zorgverleners punten waar ze tegenaan lopen.

Norm 2.4
Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm. Zorgverleners geven aan dat zij scholingen kunnen volgen, waaronder klinische lessen. In het 'Scholingsoverzicht 2017/2018' ziet de inspectie nauwelijks gevolgde scholingen staan. In gesprekken met de zorgverleners hoort de inspectie terug dat zij 'veel op gevoel doen'. De inspectie vraagt zich af of individuele zorgverleners weten wat hun eigen beperkingen en mogelijkheden zijn binnen hun functie en hun functioneren.

Binnen het Johannahuis ontbreekt een vaste structuur om kennis uit te wisselen tussen verschillende disciplines en specialismen. Wel krijgt een zorgverlener de ruimte om een opleiding te volgen tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatrie. Het is nog niet duidelijk hoe zorgverleners deze kennis breder gaan inzetten.

Norm 2.5
De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
De inspectie ziet in het 'Scholingsoverzicht 2016/2017' en het 'Scholingsoverzicht 2017/2018' nauwelijks gevolgde scholingen terug. Het is onduidelijk of zorgverleners bepaalde klinische lessen volgen of scholingen op het gebied van onbegrepen gedrag. Uit het 'Scholingsbeleidsplan 2017' blijkt niet hoe het Johannahuis inzet op voldoende deskundige zorgverleners afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen. De meeste opleidingen en trainingen zijn door slechts enkele zorgverleners gevolgd.

Met name de toenemende complexiteit van de zorgvragen van cliënten op de psychogeriatrische afdeling vraagt specifieke expertise die nog niet bij iedereen aanwezig is. Het is de vraag of zorgverleners zich voldoende kunnen specialiseren wanneer zij op verschillende afdelingen moeten werken waar zij verschillende types zorg bieden.

Zorgverleners geven aan dat de bezetting overdag en in de nacht voldoende is om te voldoen aan de zorgvraag van cliënten.

Norm 2.6
Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om

De norm is niet getoetst.

Norm 2.7
Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
De inspectie ziet in meerdere cliëntdossiers niet de betrokkenheid van de psychologen, huisartsen of de SO terug. Dit geldt ook voor de MDO's. Het is in enkele cliëntdossiers niet zichtbaar of deze MDO's plaatsvinden. Wanneer ze wel plaatsvinden, zijn de uitkomsten hiervan niet terug te vinden in het dossier.

Reactie van Johannahuis na lezing conceptrapport: Daar waar SO/psycholoog e.a. een rol spelen is dit terug te vinden in het cliëntdossier, onder 'medische rapportage'

Van zorgverleners hoort de inspectie dat zij expertise inschakelen wanneer dit nodig is. De inspectie ziet bij de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel dat de psycholoog betrokken is.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg en coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1[1]
De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels aan deze norm.
In het 'Kwaliteitsplan 2018' staat dat het Johannahuis zich als doel stelt cliënten een liefdevolle en waardige oude dag te bezorgen. Het Johannahuis wil cliënten met een Wlz-indicatie een hoge kwaliteit van wonen, welzijn en zorg bieden. Het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten voor zover dit mogelijk is, is een belangrijk uitgangspunt bij de zorg- en dienstverlening. Op het gebied van persoonsgerichte zorg wil het Johannahuis alle aandacht richten op het leefplezier van de cliënten en daaromheen de zorg inplannen. De individuele levensgeschiedenis en identiteit zijn het uitgangspunt bij de zorg- en dienstverlening. Het Johannahuis heeft als doelstelling: *'Medewerkers van het Johannahuis weten wat belevingsgericht werken is en hoe zij dit toe kunnen passen'.* In het 'Kwaliteitsplan 2018' staat niet nader geduid wat belevingsgericht werken inhoudt. In een gesprek met zorgverleners blijkt dat zorgverleners dit ook niet kunnen duiden. Zoals eerder aangegeven doen zij 'veel op gevoel'. De zorgverleners hebben of krijgen niet de juiste tools in handen om persoonsgerichte zorg uit te bouwen en er gestalte aan te geven.

Norm 3.2
De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels aan deze norm.
Wanneer bij het Johannahuis een incident plaatsvindt, vullen medewerkers een Melding Incident Cliënt (MIC) in. Het Hoofd Zorg doet de analyse van de meldingen. Er is een multidisciplinaire commissie die gebruik maakt van de Prisma methode. De MIC-commissie doet de analyse van de meldingen en stelt een verbeterplan op. In het overzicht van 'Analyse MIC meldingen 2017 Johannahuis' ziet de inspectie dat na analyse voornamelijk cliënt-gerelateerde oorzaken zijn gedefinieerd. Mogelijk zet het Johannahuis hierdoor niet de juiste verbetermaatregelen in. Specifieke kennis over de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ontbreekt bij de medewerkers die meldingen onderzoeken. Zorgverleners geven aan dat zij geen terugkoppeling ontvangen over de afhandeling van MIC-meldingen. Bij de gesprekspartners is niet bekend of er naar aanleiding van de meldingen verbeteracties zijn ingezet.

Zorgverleners geven aan dat zij een veilige meldcultuur ervaren. De inspectie ziet dat het Johannahuis de MIC-meldingen op locatieniveau analyseert.

Norm 3.3
De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
De PDCA-cyclus is niet rond bij het Johannahuis. De zorgaanbieder maakt wel gebruik van een specifieke methode: het EPD heeft een ingebouwd dashboard met een kwaliteitsmonitor waar iedereen gebruik van kan maken en waarbij het hoofd zorgdienst een totaal overzicht heeft. De input van dit dashboard in het EPD is niet in de dossiers terug te zien. Zorgverleners zijn niet betrokken bij de terugkoppeling van de analyse van meldingen en het opstellen van verbeterplannen.

In het 'Kwaliteitsplan 2018' besteedt het Johannahuis aandacht aan het leren en verbeteren van kwaliteit door een cliënttevredenheidsonderzoek en externe audits (HKZ) uit te gaan laten voeren. In het 'Kwaliteitsverslag 2017' staat dat de 'risico-inventarisatie 2017' op beleidsniveau is geëvalueerd.

Norm 3.4
De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie voldoet het Johannahuis grotendeels niet aan de norm.
Vanuit het Johannahuis vindt onvoldoende sturing plaats gericht op het leren en verbeteren. Een voorbeeld hiervan is dat analyses van meldingen niet op de juiste manier plaatsvinden. Daarnaast geven zorgverleners aan dat zij geen periodieke functioneringsgesprekken hebben.

De bestuurder geeft aan dat het Johannahuis deel uit maakt van een lerend netwerk samen met Stichting Wassenaarse Zorgverlening en Woonzorgcentrum Mr. L.E. Visserhuis. In dit lerend netwerk werkt het Johannahuis samen, wisselen de zorgaanbieders elkaars kwaliteitsplan en verslag uit en werken zijn samen op het gebied van intern auditen.

Norm 3.5[1]
Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

De norm is niet getoetst.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door het Johannahuis geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:
- Een cliëntvertegenwoordiger;
- Een vertegenwoordiger uit de cliëntenraad;
- Observatie van acht cliënten op de afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met vijf uitvoerende medewerkers van de afdeling;
- Gesprekken met het management(team);
- Zes cliëntdossiers van de afdeling;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door het Johannahuis.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats waardoor de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Daarna zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is. Verder kijken de inspecteurs waarom vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Wat valt op en waar hebben de inspecteurs vragen over?

De inspecteurs voeren door de dag heen gesprekken met zorgverleners, behandelaren, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadleden. Ook worden cliëntdossiers en documenten ingezien.

Overlegvormen kunnen bijgewoond worden zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment.

Uitleg observatiemethode SOFI
De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Wordt met de cliënten gepraat, een liedje gezongen, een spelletje gedaan, gewandeld? Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Overzicht van ZZP's van cliënten van het Johannahuis;
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op het Johannahuis;
- Overzicht van ziekteverzuim van het Johannahuis;
- Overzicht van scholing in de periode 2016/2017 en 2017/2018 aan de medewerkers van het Johannahuis;
- Scholingsbeleidsplan 2017;
- Overzicht van MIC-meldingen op het Johannahuis;
- Kwaliteitsverslag 2017;
- Kwaliteitsplan 2018.