



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het
vervolginspectiebezoek aan
Stichting Johannahuis in Wassenaar
op 20 maart 2019

Utrecht, mei 2019

V2011332

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving van het Johannahuis 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 6
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van het Johannahuis verwacht 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
Bijlage 1	Methode 19
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 21

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 20 maart 2019 een onaangekondigd vervolgspectiebezoek 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. Als 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 in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende [woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de 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

Dit vervolgspectiebezoek brengt de inspectie naar aanleiding van het eerdere bezoek. Tijdens het inspectiebezoek van 26 juni 2018 constateerde de inspectie dat Johannahuis grotendeels niet voldeed aan 9 van de 16 getoetste normen. Dit waren normen binnen de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverleners en sturen op kwaliteit en veiligheid.

De inspectie verwachtte dat Johannahuis voor 1 februari 2019 de verbetermaatregelen zou doorvoeren. Op 28 januari 2019 ontving de inspectie van Johannahuis het resultaatverslag met daarin de verbetermaatregelen. De inspectie bracht op 20 maart 2019 een onaangekondigd vervolgspectiebezoek aan Johannahuis om te beoordelen of de kwaliteit van zorg voldoende is verbeterd.

Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek op 26 juni 2018. Zie hiervoor de website van de inspectie (www.igj.nl) onder [publicaties](#).

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.

In het Johannahuis is plaats voor 52 cliënten (49 appartementen) met een indicatie voor wet langdurige zorg (wlz). Daarnaast zijn er 98 aanleunwoningen waar het Johannahuis verschillende diensten levert en acht kamers voor bijvoorbeeld eerstelijnsverblijf of respijtzorg. Het Johannahuis bestaat uit vier verdiepingen. De 49 appartementen zijn verdeeld over de eerste tot en met de derde verdieping. Op de eerste en tweede etage zijn gemeenschappelijke huiskamers aanwezig. In deze huiskamers staan verschillende zitjes met comfortabele fauteuils. En er is een tafel waar cliënten bijvoorbeeld een krant kunnen lezen. Op deze twee verdiepingen wonen cliënten met psychogeriatrische beeld en cliënten met somatische klachten.

Op de derde etage bevindt zich de gesloten afdeling voor cliënten met psychogeriatrische beeld (PG). Er wonen vijftien cliënten vanuit de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Op deze verdieping is een gemeenschappelijke huiskamer. In deze huiskamer staan verschillende tafels waaraan cliënten kunnen eten of een activiteit kunnen doen. Ook kunnen cliënten aan deze twee tafels bijvoorbeeld de krant of een boek lezen. Er is een derde tafel voor activiteiten. Ook is er een tovertafel en er is een zitje met gemakkelijke stoelen bij een openhaard. Cliënten kunnen als zij willen op een groot balkon naar buiten.

Alle 49 appartementen bestaan uit een woonkamer, een slaapkamer, een badkamer en een keukenblok. De appartementen op de eerste en tweede verdieping hebben een balkon.

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

Cliënten

Op het moment van het inspectiebezoek wonen er 52 cliënten. De zorgindicaties Wlz (VV's) van deze cliënten variëren tussen VV4 en VV7. Twintig cliënten hebben een VV5 indicatie zonder behandeling, vier cliënten met een VV5 met behandeling, tien cliënten met een VV4 zonder behandeling, veertien cliënten met een VV6 met behandeling, drie met een VV6 zonder behandeling en één cliënt met een VV7.

Zorgverleners

In het Johannahuis werken 54,3 fte in de directe zorg. Hiervan zijn 4,8 fte niveau 1, 11,8 fte helpende niveau 2, 9,7 fte verzorgende niveau 3 en 3 IG (ViG), 2,9 fte verpleegkundige niveau 4. Daarnaast zijn binnen het Johannahuis leerlingen verzorgende IG, verpleegkundige niveau 4 en verpleegkundige niveau 5 werkzaam (8,7 fte). Tot slot zijn er 4,5 fte stagiaires. Sinds ongeveer een jaar zet Johannahuis 11,9 fte gastvrouwen in de drie woonkamers in. Zij helpen van de ochtend tot en met de avond mee met de maaltijden en activiteiten. In het Johannahuis werken ook activiteitenbegeleiders (2,17 fte). Het Johannahuis werkt niet met uitzendkrachten. In alle diensten werken gediplomeerden. In de nachtdienst zijn er twee zorgverleners aanwezig met minimaal niveau ViG. Er is altijd een 24-uurs verpleegkundige achterwacht.

Tot 1 mei 2019 kiest Johannahuis ervoor met één team te werken in Johannahuis en in de thuiszorg. Vanaf 1 mei 2019 komen er teams per verdieping en voor de thuiszorg. Het verzuim binnen het Johannahuis is over de periode 2018 3,55%.

Aansturing

Het Johannahuis heeft één directeur-bestuurder en een raad van toezicht met vijf leden. Het management van Johannahuis bestaat uit een manager zorg met een verpleegkundige achtergrond en een kwaliteitsmedewerker. Het Johannahuis beschikt over een cliëntenraad en een medewerkersvertegenwoordiging (OR).

Behandeling

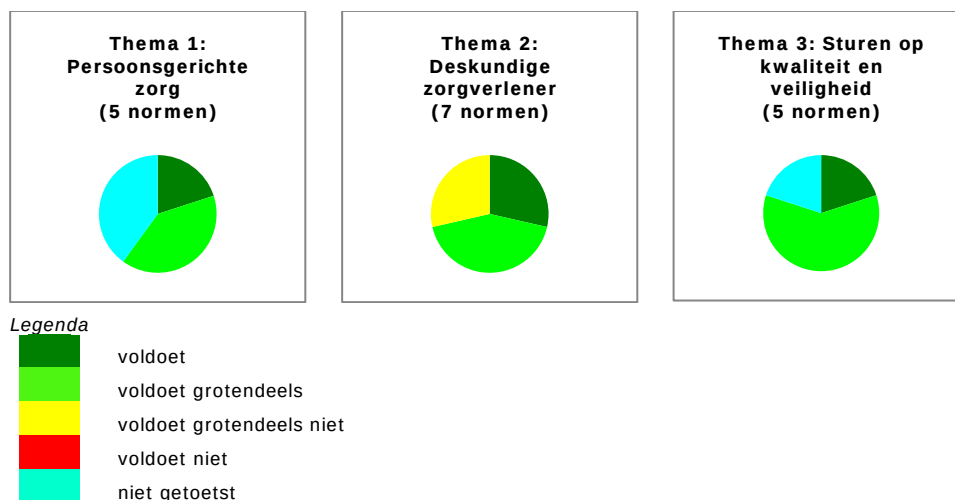
De huisartsen zijn de hoofdbehandelaars van 34 cliënten. Deze cliënten hebben hun eigen huisarts. Bij drie of vier cliënten is een psycholoog betrokken. Voor achttien cliënten met een indicatie met behandeling is de specialist ouderengeneeskunde (SO) hoofdbehandelaar. De psycholoog en de SO zijn via een landelijk werkende aanbieder van medisch en paramedisch personeel vast verbonden aan het Johannahuis.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. 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 zij de scores op de normen geeft. Een toelichting op de scores er norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 26 juni 2018.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaand diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie het Johannahuis beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



2.2 Wat gaat goed

Cliënten binnen Johannahuis kunnen rekenen op een warme benadering en respectvolle bejegening door de zorgverleners. Cliënten hebben inspraak in hun zorg en behandeling.

Het Johannahuis biedt zorgverleners voldoende scholing aan en zorgverleners houden de ontwikkelingen in hun vakgebied bij. Zo kunnen cliënten rekenen op ondersteuning en begeleiding ontvangen van deskundige zorgverleners.

De multidisciplinaire samenwerking verloopt goed. Cliënten kunnen daardoor rekenen op behandeling door een multidisciplinair team.

2.3 Wat kan beter

Zorgverleners kunnen meer oog hebben voor de eigen regie van cliënten zodat zij een gestimuleerd worden om tijdens dagbesteding en activiteiten te doen wat zij zelf kunnen. Verdere aandacht is nodig dat cliënten zelf regie voeren over hun leven waarbij zij worden gestimuleerd om in de dingen te doen die zij nog kunnen doen. Zorgverleners kunnen nog beter de gemaakte afspraken nakomen en transparant zijn over hun eigen handelen.

2.4 Wat moet beter

Het methodisch werken moet beter. Rapportages en evaluaties vertonen te weinig éénduidigheid en samenhang. De professionele afwegingen om te komen tot alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen verdienen nog meer aandacht. Zo kunnen cliënten erop rekenen dat vrijheidsbeperking zo beperkt mogelijk wordt ingezet.

Medicatieveiligheid heeft nog extra aandacht nodig. Zorgverleners moeten zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn binnen Johannahuis rondom medicatieveiligheid. Dit geldt ook voor het nakomen van afspraken over het melden van incidenten.

2.5 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat Johannahuis in acht maanden tussen het inspectiebezoek in 2018 en het huidige bezoek in 2019 op veertien van de getoetste normen grotendeels voldoet en op twee normen grotendeels nog niet voldoet. Dit is een verbetering ten opzichte van de bevindingen van de inspectie op 26 juni 2018.

De raad van bestuur en management van Johannahuis herkennen dat methodisch werken, met name in cliëntdossiers nog aandacht vraagt en hebben daar inmiddels maatregelen op genomen.

De raad van bestuur en management van Johannahuis hebben laten zien dat zij de gewenste en noodzakelijke verbeteringen hebben opgepakt met resultaat. Daardoor heeft Johannahuis laten zien dat zij over lerend vermogen beschikt. Op 26 april 2019 ontvangt de inspectie een reactie van de raad van bestuur van Johannahuis op de conceptrapportage. Hierin geeft de raad van bestuur aandacht te hebben voor de gewenste verbeteringen waarbij zij aandacht zullen hebben voor de borging van de aanpassingen. De inspectie heeft daarom voldoende vertrouwen in Johannahuis dat zij de verbeterpunten die er nu nog zijn, oppakken.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat de inspectie van het Johannahuis verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 **De vervolgactie die de inspectie van het Johannahuis verwacht**

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

De inspectie verwacht dat het Johannahuis de verbetermaatregelen treft en tijdens een volgend bezoek aan alle normen voldoet.

De inspectie heeft met dit vervolgbezoek opnieuw een beeld gekregen van de kwaliteit en veiligheid bij het Johannahuis. Zij gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven om aan de normen te (blijven) voldoen. Met dit rapport sluit de inspectie het bezoek af.

Dit betekent dat de inspectie in 2019 Johannahuis niet opnieuw bezoekt. De inspectie sluit daarmee de toezichtbezoeken van 26 juni 2018 en 20 maart 2019 af. Als de inspectie signalen krijgt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is, kan zij opnieuw op bezoek komen.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 26 juni 2018 beoordeelde. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

- Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Licht groen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet** getoetst.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij¹ 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 een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis grotendeels** aan deze norm tijdens het vorige bezoek.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet Johannahuis** aan deze norm.

Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat de cliënten en hun cliëntvertegenwoordiger inspraak hebben in de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers intakeformulieren. Deze intakeformulieren vullen cliënten eventueel met hulp van hun cliëntvertegenwoordiger in. Hierin staan wensen over de doelen van zorg, behandeling en ondersteuning. De inspectie hoort van zorgverleners dat direct na de opname een contactverzorgende het zorgleefplan maakt. Dit zorgleefplan wordt met de cliënt en cliëntvertegenwoordiger besproken. De inspectie ziet in dossiers dat cliënten en cliëntvertegenwoordiger ter goedkeuring daarna het zorgleefplan tekenen voor akkoord. Cliënten met PG problematiek die niet meer mee kunnen beslissen tekenen niet. Hun cliëntvertegenwoordiger doet dit voor hen. De cliëntvertegenwoordiger kan ook bij de bespreking en evaluatie van het zorgleefplan aanwezig zijn.

1 Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

De inspectie hoort van zorgverleners dat zij na ieder multidisciplinair overleg (MDO) de zorgleefplannen waar nodig aanpassen. Daarna tekent de cliënt en/of zijn cliëntvertegenwoordiger opnieuw voor akkoord. De inspectie ziet dit ook in de dossiers.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgspectiebezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners de zorgbehoeften, wensen en behoeften kennen van cliënten. De inspectie ziet tijdens de rondgang door het Johannahuis verschillende appartementen van cliënten. Naast de voordeur hangt een lijst met een 'top vijf' van wat de cliënt leuk vindt. Deze top vijf ziet de inspectie ook in de dossiers van de cliënt staan. De zorgverleners vertellen de inspectie dat deze top vijf hen houvast biedt om bijvoorbeeld een gesprek met een cliënt te starten.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de fysieke omgeving voldoende aansluit op de wensen en zorgvragen van de cliënt. Cliënten mogen hun eigen kamer inrichten met hun eigen spullen. Ook mogen cliënten bijvoorbeeld een kleed op de vloer leggen. Zorgverleners vertellen dat een kleed alleen weg moet als een cliënt steeds over het kleed struikelt. De zorgaanbieder stemt dit af met de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger.

Ook ziet de inspectie dat de woonkamer op de derde verdieping van de Bopz-afdeling anders is ingericht na het vorige bezoek. Er staan nu twee eettafels. En er zijn twee aparte tafels voor activiteiten. Op een van deze tafels ziet de inspectie een puzzel liggen waar een cliënt mee bezig is. Een cliënt vertelt de inspectie dat zij de woonkamer gezellig vindt. Van zorgverleners hoort de inspectie dat de cliëntvertegenwoordigers deze nieuwe inrichting gezellig vinden. En er ontstaat meer rust in de woonkamer.

In de gang ziet de inspectie planken hangen waarop bollen wol en knuffels liggen. De inspectie hoort dat cliënten als zij door de gang lopen even kunnen pauzeren bij deze spullen. Ook ziet de inspectie een zitje in de gang. De wanden bij dit zitje zijn voorzien van behang met foto's van het strand. De cliënten herkennen het strand. De zorgverleners vertellen dat zij hier met cliënten koffiedrinken. Ook hoort de inspectie zachte muziek.

In de dossiers van cliënten leest de inspectie over de levensloop van cliënten. De zorgverleners vertellen dat tijdens de intake de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger de vragen over de levensloop invullen op het intakeformulier. Tijdens de observatie hoort de inspectie dat een zorgverlener een cliënt vraagt over zijn verleden. Zij weet dat de cliënt in het buitenland heeft gewoond en gebruikt deze informatie. Daarna vraagt zij de cliënt of hij een boek over een land waar hij is geweest, wil lezen.

Uit observaties en gesprekken ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners in wisselende mate weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn.

De inspectie hoort dat cliënten wekelijks uit een menu hun warme maaltijden uitkiezen. Zij krijgen hierbij hulp van een zorgverlener.

Tijdens de maaltijd op de derde verdieping in de woonkamer PG ziet de inspectie dat cliënten tijdens het opscheppen van de maaltijd niet zelf kiezen wat zij eten. Op de tafel staat er geen menukaart. De inspectie hoort tijdens de observatie een zorgverlener niet vertellen wat er op het menu staat.

De zorgverlener schept de maaltijd per cliënt op een bord. Deze zorgverlener staat in de hoek van de woonkamer met haar rug naar de tafels. De inspectie ziet dat het 10 minuten duurt voordat de laatste cliënt een bord eten krijgt. De cliënt die het langst moet wachten, wordt steeds onrustiger. De inspectie hoort dat sommige cliënten tegen andere cliënten zeggen dat zij moeten wachten totdat iedereen een bord eten krijgt.

De cliënten die in het restaurant op de begane grond eten kunnen zelf ter plekke kiezen wat zij willen eten.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis grotendeels** aan deze norm tijdens het vorige bezoek.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat zorgverleners in voldoende mate de veiligheidsrisico's afwegen tegen de kwaliteit van leven. In een dossier leest de inspectie dat een cliënt op verzoek van de cliëntvertegenwoordiger zelfstandig vanaf de Bopz-afdeling op de derde verdieping door het hele huis kan lopen. Ook leest de inspectie dat deze cliënt daarna tijdens een van de wandelingen door het huis verdwaalt. De zorgverlener vertelt de inspectie dat zij hebben vastgesteld dat deze cliënt onrustig wordt als zij verdwaalt. Daarna bepaalt de contactverzorgende samen met de cliëntvertegenwoordiger dat deze cliënt niet meer zelfstandig door het hele huis kan lopen.

Tijdens de observatie op de derde verdieping ziet de inspectie dat zorgverleners in wisselende mate de regie van de cliënt versterken. Een zorgverlener vraagt twee cliënten of zij de tafel willen dekken. Eén cliënt wil helpen. Zij staat op en helpt een zorgverlener met het dekken van de tafel. Een andere cliënt wil niet helpen met tafel dekken. De zorgverlener respecteert de wens van deze cliënt.

Op een verdieping ziet de inspectie een weekprogramma met activiteiten hangen. Cliënten kunnen zo zelf bepalen aan welke activiteiten zij mee willen doen.

De inspectie hoort van een cliënt dat zij graag elke middag een kop thee wil. Zij wil graag zelf theezetten. In het dossier van deze cliënt leest de inspectie dat zorgverleners deze cliënt elke dag een kop thee horen te brengen. Uit het gesprek met een zorgverlener komt naar voren dat dit niet altijd gebeurt.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldeed het Johannahuis** aan deze norm tijdens het vorige bezoek.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

Norm 1.5

Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Volgens de inspectie **voldeed het Johannahuis** aan deze norm tijdens het vorige bezoek.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder 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 zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- 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 en ondersteuning op basis van de gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldeed het Johannahuis niet** aan deze norm tijdens het vorige bezoek.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften en beperkingen van de cliënt voldoende betrekken bij het maken van professionele afwegingen.

De zorgverleners kunnen vertellen over de wensen en behoeften van cliënten. En hoe zij dit betrekken bij het maken van hun professionele afwegingen. Over een cliënt vertellen zij dat deze cliënt een aantal weken na een val in bed moest blijven. Deze cliënt houdt van mensen om zich heen. Daarom brachten zorgverleners deze cliënt elke dag in haar bed naar de woonkamer.

Bij een andere cliënt ziet de inspectie een vloerkleed op de grond liggen. Dit kleed is belangrijk voor de cliënt. Een zorgverlener vertelt dat Johannahuis het valrisico met de cliënt heeft besproken, waardoor het kleed kan blijven liggen.

De inspectie hoort van zorgverleners dat zij afstemmen met een psycholoog en/of de specialist oudergeneeskunde (SO) om tot een professionele afweging te komen. Tijdens de dossierinzage ziet de inspectie hierover verslaglegging. In alle zorgleefplannen van cliënten is aandacht voor beperkingen van cliënten. De zorgverleners vertellen dat zij de risico's van alle cliënten kennen. Zo is er een cliënt die sinds kort incontinent is. Deze cliënt heeft tijd nodig om te wennen aan het dragen van incontinentiemateriaal. In het dossier van deze cliënt ziet de inspectie dat met de cliëntvertegenwoordiger is afgesproken om met licht incontinentiemateriaal te starten.

Bij de inzet van vrijheid beperkende maatregelen (VBM's) evalueren de zorgverleners cyclisch. De inspectie ziet dat een lijst is van alle VBM's van alle cliënten. De zorgmanager en SO evalueren de lijst maandelijks en door de SO ondertekent. In alle dossiers die de inspectie ziet staat de uitkomst van de evaluatie.

De inspectie ziet in de dossiers geen afweging van eventuele alternatieven voor een VBM in bijvoorbeeld een MDO staan.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldeed het Johannahuis niet** aan de norm tijdens het vorige bezoek.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners nauwelijks rapporteren op doelen en acties. De inspectie ziet in de dossiers dat er bij tien rapportages er twee rapportages op doel zijn geschreven. Ook ziet de inspectie een vergelijkbare verhouding van rapporteren volgens de SOAP-methodiek (Subjectief Objectief Analyse Plan (SOAP) staat voor een manier van methodisch rapporteren). In het scholingsplan 2018 staat dat alle zorgverleners de e-learning SOAP in oktober 2018 volgen. In de notulen van een werkoverleg van november 2018 staat dat vijf zorgverleners de e-learning SOAP nog moeten volgen.

De inspectie ziet dat in de meeste rapportages de observatie van de zorgverlener staat. De observatie is de uitwerking van het onderdeel Objectief van SOAP. De onderdelen analyse en plan ontbreken meestal.

Uit de gesprekken met zorgverleners hoort de inspectie dat zij nog niet alle mogelijkheden binnen het elektronisch cliëntdossier (ECD) gebruiken.

Een zorgverlener laat de inspectie zien dat bijvoorbeeld het voorbereiden van het MDO inclusief (risico)analyses helemaal met behulp van beschikbare formulieren in het ECD kan worden ingevuld. De inspectie hoort dat de contactverzorgenden alle MDO's vanaf april 2019 met behulp van de beschikbare formulieren in het ECD wil uitvoeren. In de notulen van een werkoverleg zorg van februari 2019 staat dat er een nieuwe werkinstructie komt voor het voorbereiden en de verslaglegging van de MDO's in het ECD.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat er wel samenhang is in het cliëntdossier tussen de intake en de zorgleefplannen. In de dossiers die de inspectie ziet, zijn verslagen van de intake aanwezig. De contactverzorgende maken vanuit deze intake doelen en acties voor het zorgleefplan. Zo ziet de inspectie bijvoorbeeld doelen voor ADL-zorg en activiteiten. De doelen in de dossiers staan uitgewerkt in acties.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken, dossiers en documenten blijkt dat Johannahuis zorgverleners leert om te reflecteren op het eigen functioneren.

Met behulp van individuele begeleiding van een coach leren alle zorgverleners nu reflecteren op hun handelen. Dit leest de inspectie ook in documenten. Ook leert de coach de zorgverleners om met behulp van SOAP te rapporteren. Hierbij is reflecteren op eigen gedrag onderdeel.

Uit documenten blijkt dat Johannahuis aandacht heeft voor reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg.

In de notulen van werkoverleggen van november 2018 leest de inspectie dat er aandacht is voor inhoudelijke thema's op het gebied van goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor cliënten.

De inspectie leest in notulen van werkoverleggen van verzorgenden (november 2018) en verpleegkundigen (21 maart 2019) dat er geen intervisie is. Wel leest de inspectie dat Johannahuis intervisie opstart. En dat er medio 2019 op een vaste dag en tijd intervisie komt waarbij aandacht is voor complexiteit van de ziektebeelden.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat zorgverleners niet rapporteren op het effect van hun gedrag op de cliënt.

De inspectie hoort van zorgverleners dat zij elkaar tips geven hoe zij cliënten bijvoorbeeld benaderen of verzorgen. Deze tips en effecten ervan leest de inspectie niet terug in de betreffende dossiers van cliënten.

Norm 2.4

Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet Johannahuis** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat Johannahuis een adequaat scholingsbeleid heeft. Van het management, de bestuurder en zorgverleners hoort de inspectie dat er een nieuw scholingsbeleid is waarin er ruimte is voor verdieping. De verdieping richt zich bijvoorbeeld op onbegrepen gedrag. Van zorgverleners hoort de inspectie dat zij blij zijn met het aanbod van scholing. In het kwaliteitsplan 2019 en scholingsplan 2019 leest de inspectie dat de scholing 'onbegrepen gedrag' voor alle zorgmedewerkers verplicht is gesteld. Ook leest de inspectie dat de directie van Johannahuis een verdieping dementiezorg gaat volgen in 2019.

Tijdens gesprekken en inzien van documenten blijkt dat zorgverleners aangeven welke scholingsbehoefte zij hebben en welk vervolg dit krijgt.

Zorgverleners die sinds januari 2019 contactverzorgende zijn, geven bij de zorgmanager aan wat zij nodig hebben. De inspectie hoort van zorgverleners dat zij bij hun taken van contactverzorgende hulp vragen aan de coach. Ook hoort de inspectie dat contactverzorgenden tijd krijgen om hun taken uit te voeren.

Tijdens gesprekken en inzien van documenten blijkt dat zorgverleners op de hoogte zijn van relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

De inspectie hoort van zorgverleners dat er klinische lessen zijn om hen op te hoogte houden van relevante ontwikkelingen in de zorgverlening. Een deel van deze klinische lessen wordt gegeven door de verpleegkundigen van Johannahuis.

Ook is in het scholingsplan 2019 opgenomen dat er bijscholing Bopz is voor alle zorgverleners. En de inspectie leest dat twee verzorgenden de opleiding gespecialiseerd verzorgende PG volgen in Rotterdam.

In de notulen van het werkoverleg leest de inspectie dat zorgverleners zich nog niet allemaal bekwaam voelen in het rapporteren volgens de SOAP-methodiek. De inspectie hoort van het management dat de coach een half jaar langer blijft om zorgverleners individueel te coachen op dit punt.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgspectiebezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat Johannahuis de inzet en deskundigheid van zorgpersoneel afstemt op de zorgbehoefte van de cliënten.

Zorgverleners vertellen de inspectie dat er voldoende collega's zijn om zorg te verlenen. Sinds 2019 werken in alle huiskamers op de alle verdiepingen gastvrouwen die scholing hebben gehad en mogen rapporteren. Tussen 8.30 en 21.00 is altijd een gastvrouw in de woonkamers. Dit ontlast de zorgverleners. Zorgverleners en management vertellen de inspectie dat cliënten daardoor meer aandacht krijgen.

In de roosters ziet de inspectie dat er iedere dienst er tenminste een VIG-er of verpleegkundige is. Tijdens de dagdienst zijn dat er meestal twee Vig-ers per verdieping. De zorgmanager vertelt dat hij als verpleegkundige bij kan springen. In de nachten werken er twee verzorgenden IG. Er is 24 uur per dag is er een verpleegkundige achterwacht. Ook kan het team in geval van acute zorgvraag bellen met de SO.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat Johannahuis de activiteitenbegeleiders op verschillende momenten in de week inzet. Op sommige dagen werken drie activiteitenbegeleiders op één dag en tijdens een avonddienst. Op vrijdag werkt een activiteitenbegeleider in de dagdienst.

De inspectie hoort van medewerkers dat binnen Johannahuis de activiteitenbegeleiders de groepsactiviteiten begeleiden voor de bewoners van de eerste en tweede verdieping en de aanleunwoningen. Ook kunnen activiteitenbegeleiders cliënten individueel begeleiden. Cliënten van de PG-afdeling nemen soms deel aan de groepsactiviteiten. Twee cliënten gaan soms schilderen tijdens een groepsactiviteit op een andere verdieping. Voor de andere dertien PG cliënten op de derde etage bieden gastvrouwen activiteiten aan.

Norm 2.6

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

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgspectiebezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels niet** aan deze norm.

Uit dossiercontrole blijkt dat zorgverleners niet alle incidenten als MIC-incident melden.

De inspectie leest in een dossier dat een cliënt gevallen is. De zorgverlener kan in het dossier van deze cliënt geen MIC-melding vinden. Ook van een incident tussen twee cliënten is geen MIC-melding te vinden in het dossier.

Tijdens inzage van documenten ziet de inspectie dat zorgverleners afwijken van het protocol over dubbele controle van insuline.

De inspectie ziet op de toedienlijsten dat de tweede handtekening voor de controle van insuline meestal ontbreekt. De zorgverlener vertelt dat er vaak op het moment van toedienen geen tweede gediplomeerde zorgverlener in de buurt is. Zij weet dat de tweede handtekening nodig is. Zij vertelt dat er binnen Johannahuis geen afspraken zijn of een helpende of gastvrouw mag aftekenen. Soms vraagt een gediplomeerde een helpende wel om te controleren. Deze helpende zet dan geen tweede paraaf op de toedienlijst.

De inspectie ziet in documenten dat een aantal zorgverleners de parafenlijst voor het delen van medicijnen nog niet hebben getekend. Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij collega's hierop aan hebben gesproken.

Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat protocollen beschikbaar, actueel zijn en bekend zijn.

Zorgverleners vertellen dat zij weten waar de actuele protocollen zijn. Zij zoeken bijvoorbeeld de actuele protocollen op door in te loggen bij Vilans Kick-portaal. Ook gebruiken zorgverleners werkinstructies van Johannahuis die in het kwaliteitssysteem staan dat Johannahuis gebruikt. In de notulen van een werkoverleg van verpleegkundigen staat dat in het kwaliteitssysteem bijvoorbeeld de nieuwe werkinstructie voor contactverzorgenden staat.

Tijdens gesprekken en de rondleiding komt naar voren dat de zorgverleners bij de inzet van voorbehouden en risicovolle handelingen de juiste protocollen gebruiken. De inspectie hoort van zorgverleners hoe zij werken met bijvoorbeeld opiaten. De inspectie ziet dat de opiaten in een afgesloten kamer staan waar één zorgverlener tijdens de dienst bij kan. Ook ziet de inspectie dat de zorgverleners volgens de richtlijnen van de protocollen aftekenen op opiatenlijsten per cliënt. De opiaten worden door twee zorgverleners afgetekend. Zorgverleners tekenen ook andere risicovolle medicatie dubbel af, zo ziet de inspectie.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet Johannahuis** aan deze norm.

Tijdens gesprekken met zorgverleners blijkt dat de zorgaanbieder de doelen en afspraken die in het zorgleefplan staan multidisciplinair afstemt.

De inspectie hoort dat alle betrokken disciplines doelen en afspraken tijdens een MDO met de cliëntvertegenwoordiger afstemmen. De inspectie hoort van zorgverleners dat als de huisarts niet aanwezig kan zijn bij een MDO, hij zijn input schriftelijk geeft.

Tijdens de gesprekken en de dossierinzage blijkt dat zorgverleners als het nodig is andere disciplines raadplegen. Zorgverleners vertellen dat zij bijvoorbeeld een psycholoog, een fysiotherapeut, een SO of een ergotherapeut betrekken als dat voor een cliënt nodig is.

Dit leest de inspectie ook terug in de dossiers van cliënten. De SO vertelt de inspectie dat zij elke vrijdag in Johannahuis is. Ook kan zij op verzoek van Johannahuis op de andere dagen voor een consult langs komen. Tijdens de consulten maakt de SO afspraken met zorgverleners over het in te zetten beleid. De SO vertelt dat zij nog niet heeft meegemaakt dat zorgverleners zonder opnieuw af te stemmen met de SO afwijken van beleid. Zij vertelt dat zij kan vertrouwen op de zorgverleners.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Tijdens gesprekken en inzage documenten blijkt dat Johannahuis een missie en visie heeft op persoonsgerichte zorg.

In het kwaliteitsplan 2019 staat dat Johannahuis cliënten een hoge kwaliteit van wonen, welzijn en zorg wil bieden. Stimulering van de zelfredzaamheid van cliënten is een belangrijk uitgangspunt. Johannahuis stelt zich tot doel om cliënten liefdevol een waardige oude dag te bezorgen. Ook staat er in het kwaliteitsplan als doel persoonsgerichte zorg en ondersteuning, waarbij de individuele levensgeschiedenis en identiteit uitgangspunt zijn bij zorg en dienstverlening. Een voorbeeld is dat de top 5 van een cliënten met daarin de belangrijkste interesses en ervaringen van cliënten, bekend zijn. De inspectie ziet de top vijf van iedere cliënt terug in de dossiers. Zorgverleners vertellen dat zij deze top 5 gebruiken bij een gesprek tijdens de ADL.

Tijdens de rondleiding ziet de inspectie dat de missie van Johannahuis op de werkvloer zichtbaar is. Op de eerste en tweede verdiepingen zijn woonkamers gekomen waar cliënten zelfstandig naar toe kunnen. Daar is tussen 8.30 en 21.00 een gastvrouw. Op de begane grond een restaurant waar cliënten bijvoorbeeld samen met hun bezoek kunnen eten.

Ook hoort de inspectie van het management dat in het afgelopen half jaar Johannahuis gezellig is gemaakt. Op alle verdiepingen zijn muren voorzien van foto's uit de omgeving van Wassenaar. De inspectie ziet bijvoorbeeld een muur met het (oude) gemeentehuis van Wassenaar.

Uit gesprekken blijkt dat Johannahuis nog werkt aan verbeteren van persoonsgerichte zorg. De inspectie hoort van het management dat het Johannahuis per 1 mei 2019 gaat werken met vaste teams per verdieping. Nu worden alle zorgverleners op alle vier verdiepingen ingezet. Cliënten zien daardoor veel verschillende zorgverleners.

Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna) incidenten en klachten voor verbeteren van zorg.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en kwaliteitsinformatie blijkt dat Johannahuis kwaliteitsinformatie gebruikt om continu te verbeteren.

Na een incident vullen zorgverleners een Melding Incident Client (MIC) in. De zorgverlener vertelt dat de manager zorg en de bestuurder de MIC krijgt. De manager zorg maakt de analyse van de meldingen. Hierbij gebruikt de manager soms de PRISMA-analyse methodiek. Er is een MIC-commissie die elke twee maanden bij elkaar komt. Deze commissie werkt vanuit het MIC-reglement. In de MIC-analyse ziet de inspectie dat er een PDCA-cyclus per cliënt is. En er is een analyse van alle incidenten per periode.

Uit gesprekken met zorgverleners komt naar voren dat in Johannahuis een veilige cultuur is om open te zijn over fouten en incidenten en deze te melden.

Ook kunnen zorgverleners gesprekken hebben met iemand van de MIC-commissie als na de analyse een actie nodig is van zorgverleners. Zorgverleners vertellen dat zij dit prettig vinden. De inspectie hoort dat zorgverleners soms vergeten een MIC-rapportage in te vullen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet Johannahuis** aan deze norm.

De inspectie leest in het auditverslag HKZ van 2 oktober 2018 dat Johannahuis de kwaliteit en veiligheid van zorg systematisch bewaakt, beheerst en verbetert. Ook ziet de inspectie in bijvoorbeeld verslagen van werkoverleggen met zorgverleners en gastvrouwen dat zij met de PDCA-cyclus werken. Het management vertelt dat zij dit vanaf de zomer in alle werkoverleggen hebben geïntroduceerd. De inspectie leest dit terug in de verslagen van werkoverleggen. Zo hebben zorgverleners een procedure met behulp van de PDCA-cyclus ingericht rond de verjaardag van een cliënt. Hierin staat de planning van de verjaardagen, wie wat doet en de checkt.

In een verslag van een werkoverleg van de zorgverleners leest de inspectie de PDCA-cyclus terug over de introductie van SOAP. De hele cyclus is doorlopen. Alle stappen die zijn uitgevoerd staan in het verslag van het werkoverleg. Alle acties die nog volgen ook. Dit hoort de inspectie ook terug van het management en zorgverleners.

In het kwaliteitsplan 2019 en opleidingsplan 2019 is aandacht voor de inhoudelijke thema's voor goede, veilige en persoonsgerichte zorg.

Uit gesprekken met management en zorgverleners, de documenten en de cliëntdossiers blijkt dat het management soms niet op de hoogte is van handelen van zorgverleners bij gemaakte afspraken over verbeteren van de kwaliteit van rapporteren.

Het management vertelt dat zij systematisch cliëntdossiers controleren. Zij vertellen de inspectie dat rapporteren met gebruik van SOAP toeneemt. Dit leest de inspectie terug in documenten. De inspectie hoort van zorgverleners dat zij nog niet met behulp van SOAP rapporteren omdat het soms meer tijd kost. Hiervan is het management niet op de hoogte.

Norm 3.4

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldeed Johannahuis** tijdens het vorige bezoek **grotendeels niet** aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet het Johannahuis grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken met de bestuurder, management en zorgverleners en uit documenten blijkt dat Johannahuis deelneemt aan meerdere lerende netwerken in de regio. In alle gesprekken hoort de inspectie dat de deelname inspirerend is.

Uit de gesprekken en de documentinzage blijkt dat de introductie van de PDCA-cyclus een voorwaarde-scheppend kader biedt om te kunnen verbeteren. Het management vertelt de inspectie dat de PDCA-cyclus in alle relevante documenten en alle overleggen is opgenomen. De inspectie leest dit terug in bijvoorbeeld de notulen van werkoverleggen. Daar ziet de inspectie dat de PDCA-cyclus leidend is in gesprek en verslaglegging.

Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij zich graag willen inzetten voor het verbeteren van de zorg. Zij weten zich hierbij gesteund door bijvoorbeeld de coach met wie zij kunnen afstemmen.

In het medewerkers-tevredenheidsonderzoek van februari 2019 staat dat 67,5% van de medewerkers zich bevlogen en betrokken voelt bij Johannahuis.

Tijdens het bezoek komt naar voren dat een deel van de zorgverleners moeite heeft met de overgang naar zwaardere zorg en professioneel werken. Zorgverleners vertellen de inspectie dat zij hierover met het management kunnen praten. Het heeft de aandacht van het management. Zij denken na over de stappen die zij nog moeten zetten om meer zwaardere zorg te bieden.

Norm 3.5

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 komen.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Deze norm is tijdens het vervolfbezoek **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. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de door 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:

- Gesprekken met drie cliënten;
- Gesprekken met x aantal cliëntvertegenwoordigers van afdelingen;
- Observatie van 12 cliënten op afdeling, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met vier uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met één behandelaars;
- Gesprekken met het management(team);
- Zes cliëntdossiers van afdeling, team, huiskamer;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door afdelingen PG en somatiek, locatie Johannahuis.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder 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. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder). Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment bijwonen.

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? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. 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

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief.
De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Overzicht van 'de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht dienstrooster per dag per etage/afdeling 2019;
- Werkrooster maart 2019 van teams activiteiten, zorgverleners en gastvrouwen;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Scholingsplan 2017-2018;
- Scholingsplan 2019;
- Klinische lessen 2019;
- Kwaliteitsplan 2019;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- MIC-regelement 08-10-2018;
- MIC-analyse 3^e kwartaal 2018 cliëntniveau 13-11-2018;
- MIC-analyse 3^e kwartaal 2018 Johannahuis 11-11-2018;
- Getekend overzicht VBM cliënten Johannahuis 06-03-2019;
- HKZ-audit 02-10-2018;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Notulen werkoverleg 29 november 2018;
- Notulen overleg gastvrouwen 31-01-2019;
- Notulen werkoverleg zorgdienst februari 2019;
- Notulen VP-overleg 21 maart 2019;
- Medewerkersonderzoek 14-01-2019.
- Reactie RvB op conceptrapportage van 26-04-2019