



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek  
aan Zorglocatie Tusselerhof in Lochem  
op 15 maart 2016

Utrecht  
Juni 2016

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Aanleiding en belang .....	3
1.2	Doelstelling bezoek .....	3
1.3	Methode 3 .....	
1.4	Toetsingskader en handhaving .....	4
1.5	Beschrijving locatie .....	4
<b>2</b>	<b>Conclusie en beschouwing .....</b>	<b>6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten .....	6
2.2	Clientgerichtheid door grote betrokkenheid medewerkers. ....	6
2.3	Investeren in multidisciplinaire samenwerking .....	7
2.4	Conclusie: de zorg wordt niet of ten dele volgens de kernelementen uitgevoerd .....	7
<b>3</b>	<b>Handhaving .....</b>	<b>8</b>
3.1	Resultaatsverslag .....	8
3.2	Beoordeling van overige locaties .....	8
3.3	Vervolgacties inspectie .....	8
<b>4</b>	<b>Bevindingen .....</b>	<b>9</b>
4.1	Kernelement 1: De zorgaanbieder heeft een aantoonbare en geïmplementeerde visie op de zorg aan mensen met een vorm van dementie. ....	9
4.2	Kernelement 2: De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag en rapporteert hierover 11 .....	
4.3	Kernelement 3: De zorgaanbieder betreft het netwerk van de cliënt bij essentiële momenten in het zorgproces .....	12
4.4	Kernelement 4: Een multidisciplinair team met in ieder geval een verzorgende, arts en psycholoog zorgt dat zorgdoelen en interventies gebaseerd zijn op (een) gezamenlijk gedragen probleemstelling(en) .....	14
4.5	Kernelement 5: Het multidisciplinaire team maakt aantoonbaar een analyse van het onbegrepen gedrag met nagaan van oorzaken op lichamenlijk, psychisch en sociaal terrein.....	15
4.6	Kernelement 6: Om de risico's van het gedrag zoveel mogelijk te verkleinen passen medewerkers eerst persoonsgerichte psychosociale interventies toe en leggen ze deze vast in het zorgdossier .....	16
4.7	Kernelement 7: Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen .....	18
4.8	Kernelement 8: De multidisciplinaire afspraken ten minste twee maal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca .....	18
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten .....</b>	<b>20</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Uitleg observatiemethode SOFI .....</b>	<b>21</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Overzicht wetten, veldnormen en rapporten.....</b>	<b>22</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 15 maart 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Pro Senectute, locatie Tusselerhof (hierna: Tusselerhof) in Lochem.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie en beschouwing, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt met respect wordt behandeld.

De aanleiding voor het bezoek aan Tusselerhof was tweeledig. Enerzijds de aanmerking op grond van de Wet Bopz die Stichting Pro Senectute voor locatie Tusselerhof bij het ministerie van VWS aangevraagd heeft. De aanmerking betreft 15 plaatsen ten behoeve van psychogeriatrische cliënten. De inspectie adviseert het ministerie van VWS over aanwezige voorwaarden voor de gevraagde Bopz-aanmerking. De afhandeling van dit onderdeel van het bezoek vindt plaats in een apart toezichttraject. Anderzijds wilde de inspectie naar aanleiding van vorige bezoeken bij Pro Senectute, zicht krijgen op de kwaliteit van zorg in Tusselerhof.

### 1.2 Doelstelling bezoek

De gewenste uitkomst van het inspectiebezoek is dat de zorgaanbieder de zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag, voortkomend uit een vorm van dementie, volgens de 8 kernelementen<sup>1</sup> levert. De 8 kernelementen zijn gebaseerd op relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie maakt bij dit bezoek gebruik van de mogelijkheid om in een algemene ruimte van de zorglocatie gedurende enige tijd de zorg aan cliënten te observeren met een gevalideerde methode. Hierdoor kan de inspectie de zorg meer vanuit het cliëntperspectief toetsen. De inspectie vraagt zo nodig aan de zorgaanbieder om, na drie maanden, (de resultaten en eventuele planning van) verbeteringen te rapporteren.

### 1.3 Methode

De inspectie gebruikt een bezoekinstrument op basis van de 8 kernelementen voor zorg aan mensen met onbegrepen gedrag. In het instrument zijn de kernelementen als veldnormen vastgelegd. Elk kernelement bestaat uit een aantal beoordelingsaspecten. De inspectie beoordeelt het kernelement op basis van de bevindingen tijdens het bezoek.

<sup>1</sup> De kernelementen hebben hun oorsprong in het rapport 'Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie' (Vilans en Trimbos-instituut) 2013.

Om tot een oordeel te komen gebruikte de inspectie informatie uit verschillende bronnen:

- cliënten/cliëntvertegenwoordigers,
- verschillende medewerkers,
- de basisarts (telefonisch),
- het management van de locatie/het team,
- documenten (zie bijlage 1),
- cliëntdossiers,
- rondgang door de locatie .

Een onderdeel van het bezoekinstrument zijn observaties van maximaal vijf cliënten in openbare ruimtes van de locatie. Deze methode genaamd SOFI (Short Observational Framework for Inspection) is een observatie-instrument dat als doel heeft de zorg vanuit het perspectief van de cliënt in kaart te brengen (zie bijlage 2).

Tijdens een observatieperiode van – bij dit bezoek – twee keer 30 minuten hebben twee inspecteurs een indruk gekregen hoe cliënten de zorg ervaren en van de manier waarop medewerkers met cliënten omgaan. De observatie heeft in twee huiskamers plaatsgevonden, voor en tijdens de lunch.

Tijdens de observaties waren in beide huiskamers meerdere medewerkers en een vrijwilliger aanwezig.

Resultaten van de SOFI-observaties worden altijd gebruikt in combinatie met de informatie uit de verschillende hierboven genoemde bronnen (triangulatie).

#### 1.4 **Toetsingskader en handhaving**

De kernelementen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en branche- en beroepsverenigingen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 3.

De inspectie vraagt maatregelen aan de zorgaanbieder indien de/een kernelement(en) niet of deels voldoen/voldoet. Indien nodig vraagt de inspectie een resultaatverslag en brengt de inspectie een hertoetsbezoek.

#### 1.5 **Beschrijving locatie**

Tusselerhof is een van de vijf zorglocaties van Stichting Pro Senectute. Pro Senectute richt zich op 'gelijkgestemde ouderen met een vergelijkbare achtergrond en een brede maatschappelijke en culturele belangstelling' (bron: [www.prosenectute.nl](http://www.prosenectute.nl)). Naast zorglocaties beheert Pro Senectute ook woonlocaties. Tusselerhof is gelegen aan de rand van Lochem. Een locatiemanager en drie teamleiders sturen de locatie aan. 63 Cliënten wonen in het woonzorgcentrum, waarvan 15 cliënten met psychogeriatrische problematiek. Deze cliënten wonen verdeeld over twee kleinschalige woningen. De woningen zijn voormalige afdelingen van - en gelegen in - het woonzorgcentrum, op de eerste etage. Het inspectiebezoek richtte zich op deze twee kleinschalige woningen. De kleinschalige woningen hebben nog geen aanmerking in het kader van de wet Bopz (bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen). Een woning is reeds twee jaar bewoond, een tweede woning is recent geopend.

De huisarts van de cliënten is eindverantwoordelijk voor de behandeling. Behandelaren, te weten een basisarts onder directe verantwoordelijkheid van een Bopz-arts, psycholoog en fysiotherapeut, van een nabijgelegen zorgcentrum verzorgden een adviesfunctie naar de huisartsen, hier hadden zij (samen) 2 uur per week voor beschikbaar.

De cliënten van de kleinschalige woningen hebben merendeel een indicatie voor zorgzwaartepakket 5 (zpz 5).

Een nieuwe teamleider, een verpleegkundige, stuurt vanaf begin 2016 de twee teams van de kleinschalige woningen aan. In verband met de opening van de tweede woning, zijn deze twee teams nieuw gevormd uit het team van de eerste woning, aangevuld met medewerkers die al in de Tusselerhof werkten of met nieuwe medewerkers. De teams bestaan uit verzorgenden (IG) en zogeheten woonassistentes. Tevens is een GVP (Gespecialiseerd Verzorgenden Psychogeriatric ) voor de kleinschalige woningen ingezet. Op de kleinschalige woningen heeft iedere cliënt een eigen appartement met eigen sanitair. Iedere woning heeft een huiskamer en een zitje op de gang. Een van de woonkamers heeft een aansluitend buitenterras. In de huiskamer is een keuken met kookmogelijkheid. 's Middag wordt de warme maaltijd vanuit de keuken van Tusselerhof aangeleverd. Tusselerhof was in een overgangssituatie van een papieren zorgdossier naar een elektronisch zorgdossier.

Op de eerste etage is er een ruime overloop tussen de kleinschalige woningen waar de bewoners en familie kunnen zitten en waar ruimte is voor bijvoorbeeld het geven van een muziekconcert. In de kleine gymzaal op de eerste etage wordt elke dinsdagmiddag bewegingslessen gegeven door een oud-fysiotherapeut, waar de bewoners met dementie gebruik van (kunnen) maken.

## 2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de scores per kernelement. Hierna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. Tenslotte geeft de inspectie haar conclusie.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de oordelen per kernelement.

Kernelement		voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet
1.	De zorgaanbieder heeft een aantoonbare en geïmplementeerde visie op de zorg aan mensen met een vorm van dementie		x	
2	De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag en rapporteert hierover		x	
3	De zorgaanbieder betreft het netwerk van de cliënt bij essentiële momenten in het zorgproces		x	
4	Een multidisciplinair team met in ieder geval een verzorgende, arts en psycholoog zorgt dat zorgdoelen en interventies gebaseerd zijn op (een) gezamenlijk gedragen probleemstelling(en)		x	
5	Het multidisciplinaire team maakt aantoonbaar een analyse van het onbegrepen gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein		x	
6	Om de risico's van het gedrag zo veel mogelijk te verkleinen passen medewerkers eerst persoonsgerichte psychosociale interventies toe en leggen ze deze vast in het zorgdossier		x	
7	Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen			x
8	De multidisciplinaire afspraken ten minste twee maal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca		x	

### 2.2 Clientgerichtheid door grote betrokkenheid medewerkers.

Medewerkers in Tusselerhof kennen de cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Medewerkers behandelen hun cliënten met respect en met oog voor hun geschiedenis. De cliëntvertegenwoordigers die de inspectie sprak, voelden zich gesteund door de medewerkers en zetten zich veel in voor hun naasten in Tusselerhof. Medewerkers en management van Tusselerhof waren actief bezig meer kennis over dementie te verzamelen om zo vanuit hun visie op zorg de inrichting van de fysieke omgeving nog meer aan te laten sluiten bij de doelgroep.

Tusselerhof was een locatie in transitie. Het management was zich hiervan bewust en speelde hierop in o.a. door de scholing van medewerkers en het recent opstarten van de twee afdelingen kleinschalig wonen.

### 2.3 **Investeren in multidisciplinaire samenwerking**

De multidisciplinaire zorgverlening vraagt extra aandacht en investeringen. Temeer omdat de complexiteit van de zorgverlening naar verwachting toe zal nemen. Er is nog geen sprake van een goede afstemming tussen de verschillende disciplines. Dit was onder andere zichtbaar in zorgplannen waaruit de cliënt nog niet echt gekend kon worden en die niet of onvoldoende gebaseerd waren op multidisciplinaire analyses en gezamenlijk vastgestelde problemen/behoefes, doelen en interventies. Een multidisciplinaire aanpak waarbij men het netwerk van de cliënt betreft, zoekt naar oorzaken van onbegrepen gedrag, alternatieven bespreekt en de psycholoog een vanzelfsprekende rol heeft, is nog niet gebruikelijk.

De inspectie merkt verder op dat een goede dossiervoering door alle disciplines essentieel is. Het locatiemanagement en de nieuwe teamleider waren zich bewust van de aandacht die dossiervoering en multidisciplinair werken behoeft en hadden reeds de nodige eerste stappen op weg naar verbetering gezet.

### 2.4 **Conclusie: de zorg wordt niet of ten dele volgens de kernelementen uitgevoerd**

De zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag werd in Tusselerhof niet of ten dele volgens de kernelementen uitgevoerd. Dit betekent dat verantwoorde zorg niet altijd gegarandeerd is. Om de risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen vermeld en worden de vervolgacties aangegeven.

### 3 Handhaving

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie wat zij van de zorgaanbieder verwacht. De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren. De inspectie verwacht van de zorgaanbieder dat hij maatregelen neemt om te voldoen aan de kernelementen.

#### 3.1 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijk verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatverslag stuurt. Dit resultaatverslag verwacht de inspectie drie maanden na het versturen van het vastgestelde rapport.

De inspectie verwacht per beoordelingsaspect dat niet of deels voldoet een resultaatverslag waarin staat:

- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de beoordelingsaspecten te voldoen;
- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn voldoet aan de beoordelingsaspecten;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij aan de beoordelingsaspecten voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet aan de beoordelingsaspecten voldoet: welke acties hij de komende tijd inzet om alsnog aan de beoordelingsaspecten te voldoen.

#### 3.2 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties of in andere teams beoordeelt of aan de kernelementen en beoordelingsaspecten wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

#### 3.3 Vervolgacties inspectie

Op basis van het ontvangen resultaatverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Tusselerhof behoort tot de mogelijke vervolgacties.



## 4 Bevindingen

In dit hoofdstuk geeft de inspectie weer wat zij aantrof tijdens het inspectiebezoek. De beschrijving in het blauwe kader omschrijft een benadering van de wenselijke situatie. Per kernelement is een aantal beoordelingsaspecten beschreven. Tijdens het bezoek keek de inspectie naar de uitvoering van de beoordelingsaspecten. Het resultaat is een oordeel per beoordelingsaspect en per kernelement: voerde de zorgaanbieder de zorg volgens het kernelement, deels volgens het kernelement of niet volgens het kernelement uit? De inspectie hanteerde hierbij het uitgangspunt dat een kernelement voldoet wanneer alle beoordelingsaspecten voldoen. Een kernelement voldoet niet wanneer alle beoordelingsaspecten niet voldoen. In de andere gevallen voldoet een kernelement deels.

Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop het beoordelingsaspect van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek.

De inspectie illustreert haar oordeel met positieve en negatieve voorbeelden.

### 4.1 Kernelement 1: De zorgaanbieder heeft een aantoonbare en geïmplementeerde visie op de zorg aan mensen met een vorm van dementie.

*De zorgaanbieder heeft aantoonbaar een visie/beleid<sup>2</sup> waaruit blijkt vanuit welke gedachte en op welke manier hij zorg aan mensen met dementie wil bieden. Uit deze visie blijkt dat de zorgaanbieder het streven ondersteunt om het onbegrepen gedrag bij mensen met dementie te onderzoeken, te begrijpen en oorzaken van (probleem oproepend) onbegrepen gedrag aan te pakken. De visie wordt vertaald naar beleid. Uit onderzoek blijkt dat een visie vooral dan bijdraagt aan het succes van een woonvoorziening wanneer deze niet alleen op papier staat, maar ook in de praktijk is doorgevoerd en wordt nageleefd.*

*Kernelement (KE) met beoordelingsaspecten:*

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
<b>KE 1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een aantoonbare en geïmplementeerde visie op de zorg aan mensen met een vorm van dementie</b>		x		
1.1	De zorgaanbieder heeft vastgelegd vanuit welke visie hij zorg aan mensen met een vorm van dementie biedt.	x			
1.2	De zorgaanbieder toetst de praktijk continu aan de visie.	x			
1.3	De visie is leidraad voor personeels- en familiebeleid.		x		

<sup>2</sup> De gevraagde visie kan onderdeel zijn van een grotere, bredere visie van de zorgaanbieder. Ook het op de visie gebaseerde beleid (hoe wordt de visie in de praktijk gebracht) kan onderdeel zijn van een groter/breder beleid.

### **Toelichting per beoordelingsaspect**

- 1.1 Pro Senectute heeft de visie op zorg aan ouderen met dementie beschreven in het document "kleinschalig wonen". Vrijheid, huiselijkheid en veiligheid vormen de drie pijlers van deze visie.
- 1.2 De visie was volgens gesprekspartners onlangs aan de orde geweest in een werkoverleg van de teams van de kleinschalige woningen. Ook in een recente scholing over dementie en de wet Bopz kwam de visie aan de orde. Gesprekspartners spraken de intentie uit om in de nabije toekomst de visie op het punt van huiselijkheid verder uit te werken voor de huiskamers van de kleinschalige woningen. In de huiskamers was door het gebruik van veel hard materiaal de akoestiek en de uitstraling nog niet ideaal voor de doelgroep volgens gesprekspartners. Tijdens de lunch dekten medewerkers in één huiskamer de tafel met een tafelkleed en schepten het eten op vanaf de dekschalen op tafel. Cliënten, bij wie dat nodig was, kregen een servet om. Cliënten schepten niet zelf op. De medewerker at zelf mee aan tafel. In de andere woonkamer werden de borden in de keuken opgeschept en daarna uitgedeeld. De cliënten zaten in groepjes aan verschillende tafels, iedere cliënt kreeg in deze huiskamer een servet om. De medewerkers aten zelf niet mee, maar ondersteunden sommige cliënten met het eten of moedigen ze aan. Medewerkers vertelden dat – hoewel in de visie van Tusselerhof staat dat cliënten vanwege hun achtergrond liever niet bij huishoudelijke activiteiten werden betrokken – zij dat soms wel deden. Juist het afwassen op tafel toen de afwasmachine kapot was, was een vrolijke activiteit met veel betrokkenheid van cliënten geworden.
- 1.3 De teams op de kleinschalige woningen waren recent nieuw samengesteld. Bij de samenstelling was rekening gehouden met ervaring van medewerkers met de doelgroep en met voorkeuren van medewerkers. Ten tijde van het inspectiebezoek was een scholing gaande om medewerkers meer kennis over dementie en de wet Bopz te geven. Familie was altijd welkom in Tusselerhof. De cliëntvertegenwoordigers die de inspectie sprak vertelden dat ze zich gesteund en gezien voelden door de medewerkers. Er was volgens hen ook zorg voor hen als familielid. Tusselerhof organiseerde regelmatig familieavonden waarin de gang van zaken op de woningen of een thema besproken werd. Cliëntvertegenwoordigers werden uitgenodigd om mee te doen in het dagelijks leven op de woningen. Zo gingen ze bijvoorbeeld mee naar de bewegingsactiviteit op dinsdagmiddag. Een vrijwilliger gaf aan het soms moeilijk te vinden wat zij met cliënten kon doen in een huiskamer. Ze had dit aangekaart bij het management. Er was binnenkort een bijeenkomst met alle vrijwilligers van de kleinschalige woningen gepland om te polsen of dit voor meer vrijwilligers gold en op welke wijze zij ondersteuning wensten. Volgens het management werd er regelmatig een scholing voor vrijwilligers georganiseerd. Een vrijwilligercoördinator, tevens activiteitenbegeleidster, is de contactpersoon bij Tusselerhof. Zowel van de cliëntvertegenwoordigers als van medewerkers vernam de inspectie dat er zorgen waren over toezicht en zorg in de huiskamer in relatie tot de zorgzwaarte van de cliënten. Dit gold vooral in één van de twee woningen, waar volgens gesprekspartners intensievere zorg nodig was. De zorg voor sommige cliënten (in de eigen slaapkamer) nam zoveel tijd in beslag, dat het voorkwam dat er geruime tijd geen medewerker in de huiskamer was. De aanwezigheid van vrijwilligers was dan noodzakelijk, maar niet gegarandeerd. Familieleden probeerden op sommige dagdelen deze leemte op te vullen. Vrijwilligers of aanwezige familieleden konden echter niet ingaan op hulpvragen van cliënten waarbij professionele zorg nodig was.

4.2 **Kernelement 2: De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag en rapporteert hierover**

Zorg voor de cliënt wordt geleverd vanuit het 'kennen' van de cliënt. Medewerkers weten welk gedrag, welke stemming, normaal is voor die cliënt. Medewerkers laten in de praktijk zien dat zij cliënten kennen en dat zij signalen van onbegrepen gedrag kunnen herkennen, hierover kunnen rapporteren en op het gedrag kunnen reageren. Voor iedere cliënt is een individueel zorgleefplan beschikbaar dat aansluit op de levensloop<sup>3</sup> en zorgbehoeften van de cliënt en dat, vanuit het cliëntperspectief, concreet geformuleerde doelen bevat. Uit het zorgleefplan blijkt dat signalen van het normale gedrag en het daarvan afwijkende, onbegrepen gedrag bekend zijn. Beschreven staat hoe escalatie voorkomen kan worden en hoe de cliënt weer in een positieve stemming gebracht kan worden. In de rapportage<sup>4</sup> is informatie over de duiding van onbegrepen gedrag en zo nodig preventie van escalatie en acties om de cliënt in een positieve stemming terug te brengen, terug te vinden. Het zorgleefplan komt multidisciplinair (kernelement 4) tot stand in samenwerking met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger (kernelement 3).

Kernelement met beoordelingsaspecten:

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
<b>KE 2</b>	<b>De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag en rapporteert hierover</b>		x		
2.1	De medewerker kent de cliënt.	x			
2.2	De levensloopinformatie is aantoonbaar in het dossier opgenomen.	x			
2.3	Medewerkers herkennen signalen van afwijkend gedrag van de cliënt en rapporteren hierover.		x		
2.4	Medewerkers reageren ondersteunends <sup>5</sup> naar de cliënt.		x		

**Toelichting per beoordelingsaspect**

2.1 De medewerkers die de inspectie sprak en aan het werk zag in Tusselerhof, kenden hun cliënten. Medewerkers vertelden over een cliënt hoe belangrijk het voor haar was om zich veilig te voelen, in verband met de oorlog. Zij wisten dat ze ongetrouwd bleef nadat zij haar verloofde verloren had. Bij een andere cliënt vertelden de medewerkers dat deze altijd 's avonds een 'ronde' deed op de afdeling. Hij was gewend in de fabriek, waar hij vroeger als directeur werkte, een laatste controle ronde te doen.

3 Levensloop: bedoeld wordt zowel de medische levensloop als de sociale levensloop.

4 Bedoeld wordt de (dagelijkse) rapportage waarin ten minste aan de hand van de zorgdoelen wordt gerapporteerd over het gebeurde, de rapportage van overleggen, de rapportage van anderen dan de verzorging.

5 Bedoeld wordt dat de medewerker de sterke kanten van de cliënt positief bekrachtigd. De cliënt weet zich daardoor gehoord en gezien. De houding van de medewerker is op de individuele cliënt afgestemd.

- 2.2 De levensloopinformatie was in het zorgdossier opgenomen. De inspectie zag in een aantal zorgdossiers uitgebreide informatie over de levensgeschiedenis van cliënten. Zo stonden er bijvoorbeeld voor de cliënt belangrijke data als de verjaardagen van hun ouders en haar of zijn trouwdag in. Bij een cliënt stond vermeld dat zij hield van oude muziek en vroeger viool en piano had gespeeld. Ook was er aandacht voor het vroegere beroep van cliënten en bijvoorbeeld het beroep van hun vader.
- 2.3 Uit de dossiers bleek dat er aandacht was voor het noteren van stemmingswisselingen en gedrag van de cliënt. Ten behoeve van een observatie werd bij een cliënt met onbegrepen gedrag gerapporteerd, welk gedrag de cliënt in welke situatie vertoonde. Er waren echter over het algemeen in de dossiers nog weinig individuele doelen in het zorgplan genoteerd waarop gerapporteerd kon worden.
- 2.4 Medewerkers reageerden over het algemeen ondersteunend naar cliënten. Ze keken en raakten cliënten aan, pasten hun tempo aan en reageerden respectvol op vragen of opmerkingen. Een medewerker begreep dat een tas voor een cliënt belangrijk was en zorgde ervoor dat deze cliënt de tas weer in haar nabijheid kreeg. Een medewerker was met twee cliënten – voor wie dat erg belangrijk was – naar buiten geweest. In één huiskamer was gedurende de eerste observatie van 30 minuten alleen een vrijwilliger aanwezig. Cliënten hadden hier weinig om handen. Sommigen lazen een krant, anderen hadden niets binnen hun bereik om te doen. Medewerkers waren bezig om andere cliënten uit bed te halen. Bij de tweede observatie waren eerst één, daarna twee medewerkers in de woonkamer aanwezig. Voorafgaand aan de lunch ging een medewerker van neuriën over naar zingen toen zij respons merkte waarna bijna alle cliënten met haar meezongen of neurieden.

4.3 **Kernelement 3: De zorgaanbieder betreft het netwerk<sup>6</sup> van de cliënt bij essentiële momenten in het zorgproces**

**Gevraagd en ongevraagd tellen de ervaring, wensen en inzichten van de cliënt en zijn netwerk over het welzijn en het gedrag van de cliënt mee bij het analyseren en vaststellen van het (onbegrepen) gedrag van de cliënt. Ook bij het bepalen van het zorg- en behandelbeleid door het multidisciplinaire team, de evaluaties en bijstellingen van de zorgafspraken is de betrokkenheid van het netwerk van de cliënt van belang. Het netwerk van de cliënt krijgt ruimte om de eigenheid en de autonomie van de cliënt te bewaken en te bevorderen.**

<sup>6</sup> De inspectie kiest hier voor de term netwerk omdat naast de betrokkenheid van de (wettelijke) vertegenwoordiger van de cliënt ook betrokkenheid van andere naasten (familie en mantelzorgers) bij het betekenis geven aan onbegrepen gedrag denkbaar is en mogelijk zou moeten zijn.

*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	<b>Kernelement</b>	<b>Voldoet</b>	<b>Voldoet deels</b>	<b>Voldoet niet</b>	<b>Niet beoordeeld</b>
<b>KE 3</b>	<b>De zorgaanbieder betreft het netwerk van de cliënt bij essentiële momenten in het zorgproces</b>		<b>x</b>		
3.1	Het netwerk van de cliënt leverde een bijdrage aan het opstellen van de (sociale) levensloop van de cliënt.	<b>x</b>			
3.2	Het netwerk van de cliënt leverde een bijdrage aan het vaststellen van de probleemanalyse en aan het kiezen van passende interventies hiervoor (shared decision making).		<b>x</b>		
3.3	Het netwerk van de cliënt leverde een bijdrage aan het bepalen van de zorg- en behandeldoelen en de evaluatie hiervan.		<b>x</b>		

**Toelichting per beoordelingsaspect**

- 3.1 Het netwerk van de cliënt vulde bij opname een formulier in over de levensloop van de cliënt. Deze gegevens vulden medewerkers in de loop van de opname aan indien er meer informatie over de levensloop van de cliënt beschikbaar kwam.
- 3.2 Volgens gesprekspartners was er nog geen sprake van een expliciete probleemanalyse. Cliëntvertegenwoordigers vonden wel dat ze voldoende betrokken waren indien er sprake was van onbegrepen gedrag en er interventies gekozen werden. Zo vertelde een cliëntvertegenwoordiger dat er een sensor ingezet was om 's nachts op tijd bij zijn vrouw te kunnen zijn voor hulp bij toiletbezoek. Medewerkers gaven op een gegeven moment aan dat zij dachten dat de sensor niet meer nodig was. Na enige tijd bleek toch dat de cliënte 's nachts onrustig was en is in overleg met de cliëntvertegenwoordiger de sensor weer ingezet. De cliëntvertegenwoordiger zei: "het gebeurt in tweespraak".
- 3.3 In het zorgplan waren nog weinig doelen omschreven. De doelen die omschreven waren, daarvan was het netwerk op de hoogte. Deze doelen werden geëvalueerd in het bijzijn van de cliëntvertegenwoordiger tijdens het MDO.

4.4 **Kernelement 4: Een multidisciplinair team<sup>7</sup> met in ieder geval een verzorgende, arts en psycholoog zorgt dat zorgdoelen en interventies gebaseerd zijn op (een) gezamenlijk gedragen probleemstelling(en)**

Multidisciplinair werken is een voorwaarde om gedrag te onderzoeken, een best passende interventie samen te stellen, uit te voeren en te evalueren. Multidisciplinair werken, gericht op de zorg voor mensen met onbegrepen gedrag voortkomend uit een vorm van dementie, gebeurt door een vast team. Dit vaste multidisciplinaire team heeft een gezamenlijk gedachtegoed, gebaseerd op de visie van de zorgaanbieder (kernelement 1) van waaruit gewerkt wordt. Het team bestaat minimaal uit de disciplines die direct bij de behandeling en verzorging/verpleging van de cliënt betrokken zijn. Het multidisciplinaire team wordt zo nodig aangevuld met externe deskundigen (bijvoorbeeld: psychiater, CCE, gedragsdeskundigen GGZ); zeker als de cliënt onvrijwillige zorg krijgt. Het multidisciplinaire team heeft een met de zorgbehoefte van de cliënt harmoniërende overlegfrequentie; het minimum is een keer per half jaar.

*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
KE 4	<b>Een multidisciplinair team met in ieder geval een verzorgende, arts en psycholoog, zorgt dat zorgdoelen en interventies gebaseerd zijn op (een) gezamenlijk gedragen probleemstelling(en)</b>		x		
4.1	Het vaste multidisciplinaire team voor mensen met onbegrepen gedrag bij dementie bestaat tenminste uit verzorgenden, de medisch behandelaar en de gedragsdeskundige.			x	
4.2	Het multidisciplinaire team baseert de zorgdoelen en de interventies op (een) gezamenlijk gedragen probleemstelling(en).			x	
4.3	Het multidisciplinaire team betreft zo nodig externe/andere deskundigen bij het overleg.		x		

7 In veel protocollen en richtlijnen wordt de term 'multidisciplinair team' gebruikt. Deze term wordt in de protocollen niet ingevuld. Uit de context mag worden opgemaakt dat bedoeld wordt dat het team ten minste bestaat uit de specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriater en (een vertegenwoordiging van) verzorgenden. Een psycholoog is bij voorkeur een vast teamlid of is door de arts en verzorgenden makkelijk te consulteren. Andere deskundigen, zoals paramedici, zijn in ieder geval bij overlegmomenten betrokken als zij daadwerkelijk zorg verlenen aan de betreffende cliënt.

### **Toelichting per beoordelingsaspect**

- 4.1 De (11) huisartsen waren niet bij het multidisciplinaire overleg (MDO). Bij het MDO waren de basisarts, de EVV'er (eerst verantwoordelijke verzorgende), de teamleider en de cliëntvertegenwoordiger aanwezig. De basisarts nam zo nodig contact op met de huisarts. Gesprekspartners vertelden dat de communicatie onderling laagdrempelig en soepel verliep. Bij één cliënt van de Tusselerhof was ten tijde van het inspectiebezoek de psycholoog ingeschakeld. Deze was niet standaard aanwezig bij het MDO. Een van de cliëntvertegenwoordigers miste een fysiotherapeut bij het MDO. Het management van Tusselerhof vertelde op korte termijn de uren van de behandelaars uit te willen breiden, zodat een vaste specialist ouderengeneeskunde en een vaste psycholoog eindverantwoordelijk zouden zijn voor de behandeling en bij het MDO aanwezig konden zijn. Onderhandelingen met het zorgkantoor over de functie behandeling waren gaande.
- 4.2 In het zorgdossier was niet zichtbaar dat het multidisciplinaire team de zorgdoelen en interventies op een gezamenlijk gedragen probleemstelling baseerde. De basisarts was de verbindende schakel tussen de verschillende disciplines. Zij legde contacten indien nodig.
- 4.3 De basisarts en psycholoog waren volgens gesprekspartners op adviesbasis betrokken en werden zo nodig ingeschakeld. Een externe deskundige was in het recente verleden tijdelijk ingehuurd in verband met onbegrepen gedrag van een cliënt. De inspectie vond een uitgebreide rapportage en omgangsadvies van deze deskundige in het zorgdossier. Hierin was in – voor medewerkers begrijpelijke taal - uiteengezet wat de dementie voor deze cliënt inhield en hoe de cliënt anderen en de zorg ervoer. De medewerkers vertelden hier ook over. Niet bij alle cliënten die onbegrepen gedrag vertoonden en hiervoor bijvoorbeeld psychofarmaca kregen, was de psycholoog ingeschakeld. Ten tijde van het bezoek was de psycholoog bij één cliënt ingeschakeld.
- 4.5 **Kernelement 5: Het multidisciplinaire team maakt aantoonbaar een analyse van het onbegrepen gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein**

**Vanuit het 'kennen' van de cliënt is bekend wanneer onbegrepen gedrag optreedt. De zorgaanbieder analyseert onbegrepen gedrag op een methodische wijze en in multidisciplinair verband. De analyse bevat onderzoek naar lichamelijke factoren en medicijngebruik, onderzoek naar psychische factoren (de aanwezigheid van een psychische stoornis) en onderzoek naar sociale factoren (inclusief de levensgeschiedenis, de bejegening en de omgevingsfactoren) als mogelijke oorzaken van het onbegrepen gedrag.**

*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	<b>Kernelement</b>	<b>Voldoet</b>	<b>Voldoet deels</b>	<b>Voldoet niet</b>	<b>Niet beoordeeld</b>
<b>KE 5</b>	<b>Het multidisciplinaire team maakt aantoonbaar een analyse van het onbegrepen gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein</b>		x		
5.1	Er is multidisciplinair of door meerdere disciplines onderzoek gedaan naar oorzaken van onbegrepen gedrag op lichamelijk, psychisch en sociaal (levensgeschiedenis en omgevingsfactoren) terrein.		x		
5.2	De resultaten van het onderzoek naar oorzaken van het onbegrepen gedrag zijn in het zorgdossier opgenomen.		x		

**Toelichting per beoordelingsaspect**

5.1 Er was niet altijd multidisciplinair of door meerdere disciplines onderzoek gedaan naar oorzaken van onbegrepen gedrag op lichamelijk, psychisch en sociaal (levensgeschiedenis en omgevingsfactoren) terrein. Gesprekspartners vertelden dat de verschillende disciplines dat onafhankelijk van elkaar deden. Bij een cliënt die volgens gesprekspartners last had van de verhuizing naar de nieuwe afdeling, waren de basisarts en psycholoog betrokken bij het zoeken naar oorzaken. Deze oorzaken lagen volgens gesprekspartners in het verlies van autonomie en controle van deze cliënte.

5.2 Bij twee cliënten was een benaderingsadvies van de psycholoog respectievelijk van een externe deskundige in het dossier aanwezig. Bij andere cliënten was niet herleidbaar welke oorzaken van onbegrepen gedrag waren gevonden of uitgesloten.

**4.6 Kernelement 6: Om de risico's van het gedrag zoveel mogelijk te verkleinen passen medewerkers eerst persoonsgerichte psychosociale interventies toe en leggen ze deze vast in het zorgdossier**

**Onbegrepen gedrag kan door verschillende interventies aangepakt worden. Afhankelijk van de oorzaak van het gedrag wordt bij een keuze tussen psychosociale interventies en toepassing van psychofarmaca eerst gekozen voor psychosociale interventies. Dit omdat psychosociale interventies passen bij een persoonsgerichte benadering van cliënten. De interventies moeten passen binnen professionele standaarden. De psychosociale interventies worden in het vaste multidisciplinaire team (eventueel aangevuld met externe deskundigheid) en met het netwerk van de cliënt besproken en vastgelegd in het zorgleefplan. Indien uit evaluatie van de interventie(s) blijkt dat de interventie en eventuele alternatieve psychosociale interventies het cliëntgedrag niet voldoende beïnvloeden, kan (aanvullend) psychofarmaca gebruikt worden. Medewerkers moeten deskundig en creatief zijn in het toepassen van psychosociale interventies. In uitzonderingssituaties is eerst psychofarmaca toepassen te verdedigen, maar dan wel altijd evalueren en verminderen/vervangen door psychosociale interventie.**



*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	<b>Kernelement</b>	<b>Voldoet</b>	<b>Voldoet deels</b>	<b>Voldoet niet</b>	<b>Niet beoordeeld</b>
<b>KE 6</b>	<b>Kernelement 6: Om de risico's van het gedrag zo veel mogelijk te verkleinen passen medewerkers eerst persoonsgerichte psychosociale interventies toe en leggen ze deze vast in het zorgdossier</b>		<b>x</b>		
6.1	Uit het zorgdossier blijkt dat medewerkers eerst persoonsgerichte psychosociale interventies toepassen voordat zij andere interventies toepassen.			x	
6.2	Psychosociale interventies sluiten aan bij de cliënt.		x		
6.3	Medewerkers kennen een scala aan psychosociale interventies. Ze zijn deskundig in het toepassen hiervan waarbij ze hun eigen mogelijkheden en beperkingen kennen, evenals die van de fysieke omgeving en de medecliënten.		x		

**Toelichting per beoordelingsaspect**

- 6.1 Uit het zorgdossier bleek niet dat medewerkers eerst persoonsgerichte interventies toepasten voordat zij andere interventies toepasten. Een aantal cliënten kreeg psychofarmaca. Uit het dossier bleek niet dat eerst psychosociale interventies waren geprobeerd. Voor het gebruik van psychofarmaca was geen doel beschreven in het zorgleefplan.
- 6.2 Sommige psychosociale interventies sloten aan bij de cliënt. Zo was van een aantal cliënten bekend dat ze graag dagelijks naar buiten gingen. Medewerkers of vrijwilligers begeleidden deze cliënten daarbij. Ook gingen cliënten wel met andere familie mee naar buiten. Bij een cliënt die constant en met onrust hardop zat te tellen was niet in het dossier beschreven welke psychosociale interventies medewerkers konden toepassen om zijn welzijn te vergroten.
- 6.3 Niet alle medewerkers waren volgens gesprekspartners ervaren in het omgaan met cliënten met dementie en deskundig in het toepassen van psychosociale interventies. Ook benaderingsplannen waren volgens gesprekspartners soms nog niet bij alle nieuwe medewerkers bekend. De fysieke omgeving moest nog verder ingericht worden om ook bijvoorbeeld op de gang mogelijkheden te creëren voor cliënten om zich terug te kunnen trekken. Er waren medewerkers die mooie voorbeelden gaven van een psychosociale interventie. Bij een cliënt die onrustig was omdat zij 's avonds weg wilde gaan beschreven zij hoe zij deze cliënt konden afleiden, waardoor de onrust verdween. Een cliëntvertegenwoordiger vond dat medewerkers handig op het (onbegrepen) gedrag van haar partner inspeelden.

**4.7 Kernelement 7: Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen**

Als psychosociale interventies onvoldoende resultaat bereiken kan het toepassen van psychofarmaca een (aanvullend) alternatief zijn. Psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica en hypnotica) worden voorgeschreven om het gedrag te beïnvloeden. In diverse richtlijnen staat omschreven welke geneesmiddelen bij cliënten met dementie, waarbij onbegrepen gedrag voorkomt, voorgeschreven kunnen worden. In het geval een voorschrijver redenen heeft om af te wijken van de richtlijnen, horen de redenen vastgelegd te zijn in het cliëntdossier.

*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
KE 7	<b>Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen</b>			x	
7.1	In het zorgdossier is terug te lezen welk (gedrags)probleem met behulp van psychofarmaca wordt behandeld.			x	

**Toelichting per beoordelingsaspect**

7.1 In het zorgdossier was niet terug te lezen welk (gedrags)probleem met behulp van psychofarmaca werd behandeld. Hierdoor rapporteerden medewerkers niet structureel op het effect van de psychofarmaca.

**4.8 Kernelement 8: De multidisciplinaire afspraken ten minste twee maal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca**

Evaluatie is belangrijk om de effectiviteit van de behandeling te bepalen. De ingezette aanpak van onbegrepen (probleemoproepend) gedrag (psychosociale interventie, psychofarmaca) moet regelmatig, in elk geval halfjaarlijks, in een multidisciplinair overleg geëvalueerd en zo nodig bijgesteld worden. De evaluatie is niet alleen gericht op de totale behandeling. Ook moet per geneesmiddel bekeken worden of de inzet van dat middel nog passend is. Het netwerk van de cliënt hoort bij dit overleg aantoonbaar betrokken te zijn. Bij de evaluatie van een behandeling met psychofarmaca, horen de evaluatie en vervolgmaatregelen gericht te zijn op het verminderen van de psychofarmaca. Hierdoor wordt onnodig lang behandelen met psychofarmaca voorkomen.

*Kernelement met beoordelingsaspecten:*

	<b>Kernelement</b>	<b>Voldoet</b>	<b>Voldoet deels</b>	<b>Voldoet niet</b>	<b>Niet beoordeeld</b>
<b>KE 8</b>	<b>De multidisciplinaire afspraken ten minste tweemaal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca</b>		x		
8.1	Het multidisciplinaire team evalueert aantoonbaar de multidisciplinaire afspraken over het omgaan met onbegrepen gedrag en stelt deze afspraken zo nodig bij. Deze afspraken gaan over de inzet van psychosociale interventies en de behandeling van lichamelijke oorzaken.		x		
8.2	Het gebruik van psychofarmaca is aantoonbaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.		x		

**Toelichting per beoordelingsaspect**

- 8.1 Het multidisciplinaire team evalueerde niet aantoonbaar de multidisciplinaire afspraken over het omgaan met onbegrepen gedrag en stelde deze afspraken niet bij. Uit het MDO verslag was dit niet herleidbaar. Volgens gesprekspartners was het wegens tijdgebrek soms niet mogelijk om een cliënt twee keer per jaar te bespreken in het MDO. Wel evalueerde de basisarts de middelen en maatregelen eens per 3 maanden.
- 8.2 Het gebruik van psychofarmaca was niet aantoonbaar geëvalueerd. In één situatie waarbij recent gestart was met een psychofarmacon, was de stopdatum op drie maanden bepaald, zo was zichtbaar op de toedienlijst. Uit het dossier bleek niet waar deze stopdatum op gebaseerd was. In de zorgdossiers die de inspectie inzag, was geen verslaglegging over het waarom of over evaluatie van psychofarmaca. Gesprekspartners gaven aan in de praktijk regelmatig het initiatief te nemen om de psychofarmaca met de huisarts te evalueren. Uit het gesprek met de cliëntvertegenwoordiger bleek dat het gebruik van psychofarmaca bij de partner aanzienlijk was verminderd na de bemoeienis van de basisarts.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Tusselerhof, scholingsplan 2015 en 2016
- Beleidsvisie Pro Senectute 2015 – 2018;
- Zorgdossier en zorgleefplan –hoe maak ik mijn zorgleefplan, september 2015;
- Bopz in Pro Senectute, 10 november 2015;
- Werkinstructie bewonersbespreking, 6 augustus 2013;
- Kleinschalig wonen volgens de visie van Pro Senectute;
- Overzicht Middelen en Maatregelen inclusief psychofarmaca gebruik 26 juli 2015, 17 augustus 2015, 2 november 2015, 28 januari 2016,15 maart 2016;
- Overzicht Fte medewerkers 15 maart 2016.

## Bijlage 2 Uitleg observatiemethode SOFI

Omdat veel mensen met dementie niet zelf kunnen aangeven hoe zij de zorg ervaren, kan de inspectie bij dit toezichtbezoek observatie via een gestandaardiseerde methode (SOFI) als extra bron van informatie gebruiken.

SOFI staat voor 'Short Observational Framework for Inspection' en is een door de Bradford Dementia Group (Universiteit van Bradford) en de Care Quality Commission in Engeland in 2006 ontwikkelde methode. De tweede editie van SOFI is in 2011 gepubliceerd. De inspectie heeft een licentie voor het gebruik van SOFI 2. SOFI is geen complex onderzoeksinstrument maar geeft handvatten om cliëntervaringen te kunnen zien en eenduidig in te schatten hoe cliënten de zorg ervaren. In situaties waar cliënten wonen die niet zelf kunnen vertellen hoe zij de zorg ervaren, kan de inspectie gebruik maken van deze methode. De inspecteurs van de inspectie zijn in het gebruik van SOFI getraind door (medewerkers van) de Universiteit van Bradford. De informatie die verkregen wordt via de SOFI methode staat niet op zichzelf en wordt enkel gebruikt om de focus tijdens het toezichtbezoek te kunnen bepalen en bevindingen te onderbouwen. De methode wordt altijd gebruikt als aanvulling op en naast een regulier toezichtinstrument van de inspectie.

De observatie richt zich op het algemeen welbevinden van de cliënt en diens betrokkenheid bij en interacties met de omgeving.

De observatie door de inspecteur(s) vindt voornamelijk in een groep cliënten plaats, waarbij de medewerkers hun gebruikelijke werkzaamheden kunnen blijven doen. De resultaten van de observatie zijn, waar relevant, verwerkt in het rapport van het toezichtbezoek.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford: [http://www.bradford.ac.uk/health/career-areas/dementia/dementia-care-mapping/short-observational-framework-for-inspection-\(sofi-2\)/](http://www.bradford.ac.uk/health/career-areas/dementia/dementia-care-mapping/short-observational-framework-for-inspection-(sofi-2)/).

## Bijlage 3 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

### Wetgeving:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet Langdurige zorg.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Richtlijn Probleemgedrag Dementie (Nvva/Verenso) 2008/2013.
- Richtlijn omgaan met gedragsproblemen met dementie (niet medicamenteuse aanbevelingen) (V&VN) 2008.
- Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie (Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) 2009.
- Richtlijn voor verzorgenden - Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn (NIVEL) 2004.
- Richtlijn voor verzorgenden - Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn (NIVEL & Waerthove) 2004.
- Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen (Inholland & Stichting Geriant) 2007.
- Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie (NIP) 2009.
- Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie (Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam & LEVV) 2012.
- Standaard Dementie (2e herziening) (NHG) 2009 2e herziening, 2012 3e herziening).
- Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland & Vilans) 2012.
- Kennisbundel Probleemgedrag (Vilans, V&VN, Zorg voor Beter 2011).

### Rapporten:

- Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland & Vilans) 2012.
- Kennisbundel Probleemgedrag (Vilans, V&VN, Zorg voor Beter 2011).
- Monitor Woonvormen dementie '10 factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie' (trimbos) 2011.
- Monitor Woonvormen dementie 'Trends en succesfactoren' (trimbos) 2012.
- Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. (Vilans en het Trimbos-instituut) 2013.