



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Vastgesteld rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Sevagram, locatie Tobias
in Heerlen op 13 oktober 2015

Utrecht
januari 2016

Inhoud

1	Inleiding	3
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
2	Conclusie en beschouwing	6
2.1	Overzicht van de resultaten	6
2.2	Discrepantie tussen gewenste en daadwerkelijk geboden zorg; meer focus gewenst op persoonsgerichte, kleinschalige dementiezorg.	7
2.3	Kwaliteitsslag nodig in methodisch en multidisciplinair werken	7
2.4	Conclusie: de zorg wordt niet of ten dele volgens de kernelementen uitgevoerd	7
3	Handhaving	8
3.1	Resultaatsverslag	8
3.2	Beoordeling van overige locaties	8
3.3	Vervolgacties inspectie	8
4	Bevindingen	9
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 ..	12
4.3	Kernelement 3: De zorgaanbieder betreft het netwerk van de cliënt bij essentiële momenten in het zorgproces	14
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).....	16
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	17
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	19
4.7	Kernelement 7: Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen	20
4.8	Kernelement 8: De multidisciplinaire afspraken ten minste twee maal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca	21
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten.....	23
Bijlage 2	Uitleg observatiemethode SOFI.....	24
Bijlage 3	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten	25

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 13 oktober 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Sevagram, locatie Tobias (hierna: Tobias) in Heerlen.

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 de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders. De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg onderzoek naar de zorg voor ouderen met onbegrepen gedrag voortkomend uit een vorm van dementie. In vervolg op het project 'Zorg aan ouderen met onbegrepen gedrag voortkomend uit een vorm van dementie' in 2014, toetst de inspectie in 2015 bij 25 zorgaanbieders de zorg aan deze doelgroep.

1.2 Doelstelling bezoek

De gewenste uitkomst van het onderzoek is dat zorgaanbieders de zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag, voortkomend uit een vorm van dementie, volgens de normen leveren.

De doelstelling van de inspectiebezoeken in 2015 is te beoordelen in hoeverre de geboden zorg voldoet aan de 8 kernelementen¹ die zijn gebaseerd op relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

In 2014 heeft de inspectie, bij de bezoeken in het kader van bovengenoemd onderzoek, beschrijvende rapporten zonder oordeel opgesteld om zo het onderwerp in het veld te agenderen. De inspectie maakte voor het eerst gebruik van de mogelijkheid om in een algemene ruimte van een zorglocatie gedurende enige tijd de zorg aan cliënten te observeren met een gevalideerde methode. Hierdoor kon de inspectie de zorg meer vanuit het cliëntperspectief toetsen. In 2015 zijn de rapporten van de inspectie wederom beschrijvend, echter nu wel voorzien van een oordeel. 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.

Om tot een oordeel te komen gebruikte de inspectie informatie uit verschillende bronnen. Zo sprak de inspectie met cliëntvertegenwoordigers, verschillende medewerkers, de arts en het management van de locatie. Ook gebruikte de inspectie schriftelijke informatie uit (beleids)documenten (zie bijlage 1) en cliëntdossiers.

¹ 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' (Een landelijk kennisinstituut en Trimbos-instituut) 2013.

Daarnaast kreeg de inspectie tijdens een rondleiding een algemene indruk van de omgeving van de cliënten.

Een onderdeel van het bezoekinstrument zijn observaties van maximaal vijf cliënten in openbare ruimtes van een zorglocatie. 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 – vier keer 35 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 vier verschillende huiskamers plaatsgevonden, voor en tijdens de lunch.

Tijdens de observaties waren in alle huiskamers meerdere medewerkers aanwezig. Er was ook familie aanwezig die op bezoek kwam.

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 follow up bezoek.

1.5 **Beschrijving locatie**

Locatie Tobias is één van de locaties van Sevagram, die in Limburg in de regio's Parkstad en Heuvelland zorg biedt aan ouderen. Tobias is een voormalig verzorgingshuis dat gelegen is in een woonwijk. Het gebouw is verbouwd om het geschikt te maken voor bewoning door cliënten met dementie. Het gebouw is in juli 2015 in gebruik genomen voor 72 cliënten met dementie en een behandelindicatie met zorgzwaartepakket (hierna: zzp) 5 en 7. Hiernaast verblijven er 32 cliënten zonder behandelindicatie, van wie 10 cliënten met een zzp 3, 4 of 6 en 22 cliënten met een zzp 5. Het gebouw bestaat uit vier etages met elk twee afdelingen (hierna: woningen). Twee woningen tellen respectievelijk 8 en 9 cliënten. In de andere zes woningen verblijven 14 of 15 cliënten. Elke etage kent een leefstijl: landelijk, stads, cultureel of klassiek. In de open ruimtes bij de liften zijn elementen zichtbaar die passen bij deze leefstijl. De verdere uitwerking hiervan, zoals de inrichting van de ontmoetingspleinen bij de liften, is in ontwikkeling. Bij aanmelding kiezen cliënten en/of hun netwerk in welke leefstijl ze willen wonen. Cliënten kunnen zich binnen het gebouw vrij bewegen. Alle cliënten hebben een eigen kamer en eigen sanitair.

Elke woning beschikt over een grote huiskamer met een keuken en met diverse mogelijkheden waar cliënten kunnen zitten. In de huiskamers wordt niet gekookt. Ook wordt er niet zelf gewassen en gestreken. Medewerkers eten niet met de cliënten mee. Soms bakt een medewerker of een familielid met cliënten bijvoorbeeld koekjes of pannenkoeken.

De huiskamers zijn ingericht met projectmeubilair en ten tijde van het inspectiebezoek hing er standaard kunstentourage in herfst sfeer aan de plafonds. De cliënten zagen er verzorgd uit. Enkele cliënten die aan een eettafel zaten, konden niet met hun voeten bij de grond. Aanwezigheid van de medewerkers in de huiskamers is het uitgangspunt.

Ook artsensites en overleg tussen collega's vindt in de huiskamer plaats.

Medewerkers dragen geen uniformen. Om ongewenste luchtjes tegen te gaan worden in het gebouw etherische oliën ingezet. Op sommige gangen tussen woningen zijn hoekjes ingericht die aan vroeger doen denken.

Acht teams met in totaal ruim 53 fte aan medewerkers dragen zorg voor de dagelijkse verzorging en ondersteuning van de cliënten.

Per team is er een ochtenddienst van 07.00 tot 15.00 uur zonder pauze. Een tweede ochtenddienst startte om 08.00 uur. 's Avonds zijn er tot 20.00 uur twee medewerkers. Van 20.00 - 23.00 uur is er één medewerker in dienst. Op de derde verdieping van het gebouw lopen stagiaires van niveau 2 en 3 mee.

Locatie Tobias werkt in het zorgdossier met vijf domeinen voor kwaliteit van leven: psychische en fysieke conditie, beleving, sociaal netwerk, zelfredzaamheid en dagbesteding.

Sevagram heeft recent een reorganisatie achter de rug waarbij de functie van locatiemanager is komen te vervallen. Sindsdien leiden twee teamleiders locatie Tobias. Er volgt nog een reorganisatie voor de functie van teamleider.

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 Discrepancie tussen gewenste en daadwerkelijk geboden zorg; meer focus nodig op persoonsgerichte, kleinschalige dementiezorg

Locatie Tobias is bezig verpleeghuiszorg vorm te geven. Een stappenplan met bijbehorende scholingsagenda om te komen tot persoonsgerichte zorg aan mensen met dementie ontbreekt. Tobias kiest in grote lijn voor een meer individuele benadering maar deze is in de praktijk nog niet zichtbaar. Een aantal randvoorwaarden voor kwalitatief goede zorg aan mensen met dementie is nog niet aanwezig. Zorgplannen met werkdoelen en daarop gerichte rapportages zijn nauwelijks aanwezig. Medewerkers zijn onvoldoende toegerust om om te gaan met cliënten met onbegrepen gedrag. Medewerkers missen een duidelijke koers. Zij worden geconfronteerd met veel veranderingen in relatief korte tijd. De focus ligt te weinig op wat medewerkers nodig hebben om tot persoonsgerichte zorg aan mensen met dementie te komen.

2.3 Kwaliteitsslag nodig in methodisch en multidisciplinair werken

Om het zorgdossier ondersteunend te laten zijn aan de continuïteit van zorg kan Tobias een kwaliteitsslag maken in het methodisch werken. Tobias kan dit realiseren door relevante informatie zoals zorgleefplannen, levensgeschiedenis, signaleringsplannen en psychofarmacagebruik actueel te houden, aantoonbaar periodiek multidisciplinair te evalueren en in de cliëntdossiers op te nemen. De proactieve inbreng van een psycholoog is bij mensen met dementie en onbegrepen gedrag essentieel.

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

De zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag werd in locatie Tobias niet of ten dele volgens de kernelementen uitgevoerd. Dit betekent dat verantwoorde zorg niet altijd gegarandeerd is. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u 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:

- Of de zorgaanbieder voldoet aan het beoordelingsaspect of wat de planning is om aan het beoordelingsaspect te gaan voldoen.
- De aanpak en acties waarmee de zorgaanbieder bereikt dat aan het beoordelingsaspect is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat de zorgaanbieder aan het beoordelingsaspect voldoet.

3.2 **Beoordeling van overige locaties**

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties 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 Tobias 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/beleid² 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
KE 1	De zorgaanbieder heeft een aantoonbare en geïmplementeerde visie op de zorg aan mensen met een vorm van dementie		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		

² 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 De algemene visie van Sevagram op ouderenzorg ging uit van het Planetree-concept, dat staat voor mensgerichte zorg in een helende omgeving vanuit een gezonde organisatie voor cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers. Hiernaast beschikte Sevagram over een 'functieprogramma signalering en levensloop, van levensloop tot persoonsgerichte bejegening'. Dit programma was in het bijzonder gericht op cliënten die onbegrepen gedrag vertoonden en benadrukte het belang van signaleringsplannen en het in kaart brengen van de levensloop van een cliënt. Desgevraagd noemde het management als visie die in de praktijk werd gehanteerd: zorg met bezieling, eigenwaarde en regie van de bewoner, zoeken naar mogelijkheden in overleg met de familie, kwaliteit van zorg op hoog niveau, waarborgen van de continuïteit van zorg, kleinschalige zorg, zo veel mogelijk zoals thuis, aandacht voor bewegen. Medewerkers noemden kleinschalige zorg als kern van de visie. Voor de specialist ouderengeneeskunde was die kern kwaliteit van leven.
- 1.2 In het beleidsstuk "functieprogramma signalering en levensloop" staat omschreven dat van iedere cliënt een levensloop in kaart wordt gebracht. In het verleden is familie gevraagd levensloopboeken te maken. Hier kwam volgens gesprekspartners onvoldoende respons op en locatie Tobias heeft vervolgens geen actieve pogingen gedaan om de benodigde levensloopinformatie te verkrijgen. Medewerkers waren voorheen niet verplicht levensloopinformatie in het elektronisch cliëntdossier in te vullen.

Gesprekspartners gaven aan dat er periodiek een audit werd gehouden, die enkele toetsvragen over kleinschalig wonen bevat. Een deel van de medewerkers van Tobias was afkomstig van andere locaties van Sevagram waar kleinschalige zorg werd geboden. De overige medewerkers hadden geen ervaring in de kleinschalige zorg. Volgens gesprekspartners konden medewerkers via het intranet van Sevagram kennis nemen van de missie en visie van de organisatie maar deze werd niet expliciet besproken. Wel waren er sinds juli 2015 een aantal brainstormsessies onder medewerkers gehouden over de vraag wat zij onder kleinschalig wonen verstonden. Gesprekspartners vonden de zorg bij Tobias in de praktijk niet kleinschalig van aard. Zij ervoeren weinig gelegenheid voor echt contact met de cliënten. Ook konden zij nauwelijks met cliënten naar buiten. Gesprekspartners vertelden dat de medewerkers vooral op de kamers van de cliënten, of achter de pc aan het werk waren. Hoewel in de visie van Sevagram sprake is van mensgerichte zorg, was dit in het taalgebruik van gesprekspartners niet altijd te merken. Gesprekspartners spraken over 'dementerenden' als een homogene groep en niet over mensen met dementie. Het management vertelde dat het de visie uitdroeg naar medewerkers door te benadrukken dat zij het ritme van de cliënt zo veel mogelijk moesten volgen, niet zo maar handelingen over moesten nemen en cliënten niet steeds moesten corrigeren. Het management gaf aan dat eigen regie van cliënten werd gestimuleerd en dat zogenaamde individuele beweegplannen beschreven welke handelingen cliënten nog zelf konden uitvoeren.

In de praktijk was in de huiskamers weinig zichtbaar van de elementen van kleinschalig wonen. Er waren weinig huishoudelijke activiteiten op het dekken van tafels en het uitserveren van de elders bereide maaltijden na. Cliënten werden hier weinig actief bij betrokken. Gedurende de ochtend en de middag heeft de inspectie geen dagactiviteiten in de huiskamers gezien. Gesprekspartners vertelden dat het soms – bijvoorbeeld op zondag – lukte om een pannetje soep te maken en merkten dat dit waardevol was voor de sfeer in de huiskamer. Gesprekspartners konden niet aangeven hoe kleinschalig wonen in Tobias uiteindelijk vorm moest krijgen.

1.3 In de afgelopen anderhalf jaar hadden medewerkers drie keer een bijeenkomst over het schrijven van een signaleringsplan bijgewoond. Nieuwe eerstverantwoordelijke verzorgenden die intern naar deze functie waren doorgegroeid, kregen een kortdurende e-learning voor deze functie. Medewerkers hadden de indruk dat het management het op orde zijn van de zorgleefplannen belangrijk vond. Medewerkers zeiden houvast te missen. Ze waren druk met administratie, het inwerken van nieuwe collega's, met de komst van een nieuwe cliënt en met interne verhuizingen naar andere woningen. Ze vonden een luisterend oor bij de teamleider en hun collega's. De teams van de woningen waren kleiner geworden. Medewerkers zagen hun collega's weinig. Alle medewerkers die niet afkomstig waren uit de kleinschalige zorg hadden een interactieve cursus dementie van vijf modules gevolgd, waarin onder meer de verschillende vormen van dementie werden behandeld. Deze cursus werd gegeven door verschillende psychologen van Sevagram. Volgens medewerkers bevatte deze cursus geen handvatten voor het activeren van cliënten. Elke twee jaar werd er een facultatieve update van deze scholing gegeven. Enkele medewerkers afkomstig uit de kleinschalige zorg hadden in 2013 scholing gegeven aan collega's die niet uit de kleinschalige zorg kwamen. Sinds de nieuwe setting vanaf juli 2015 bij Tobias was er geen scholing op het terrein van dementie en onbegrepen gedrag meer gegeven of gepland³. Volgens gesprekspartners waren nog niet alle verzorgenden voldoende opgeleid voor het werken met mensen met dementie en onbegrepen gedrag. Een medewerker meende dat alle cliënten incontinent waren, en vroeg zich af waarom een dergelijk zorgprobleem in het zorgplan moest worden opgenomen. Een andere gesprekspartner gebruikte de omschrijving 'ongewenst gedrag' voor gedrag van cliënten en legde uit dat die benadering medewerkers naar zijn idee het beste hielp om steeds alert te zijn op wat nodig was om cliënten gelukkig te laten zijn en gedragsproblemen te voorkomen. In het maandelijks teamoverleg was het thema dementie een structureel gespreksonderwerp. Hiernaast was recent een beleidsoverleg met verplichte aanwezigheid van medewerkers ingevoerd. Dit zou vier keer per jaar plaatsvinden. Het was voor medewerkers niet duidelijk waar dit overleg uiteindelijk toe moest leiden. Tobias zette stagiaires in die door hun achtergrond minder makkelijk aan het werk kwamen. Tijdens observaties in de huiskamer was niet zichtbaar dat vaste medewerkers deze stagiaires gericht ondersteunden en begeleidden. Zo zat een stagiaire achterstevoren op een rollator heen en weer te rijden terwijl de stagiaire probeerde een gesprekje aan te knopen met een cliënt. Een vaste medewerker werkte gedurende deze tijd achter de laptop. Voor vervanging bij langdurig ziekteverzuim maakte Tobias gebruik van een externe flexpool. Omdat de zorg complexer werd en daardoor meer flexibiliteit nodig was, was het management van plan een interne flexpool op te zetten. Vier keer per jaar organiseerde Tobias een familieavond. Via familieparticipatie hielp familie met het schoonmaken van de kamer van hun familielid, en met activiteiten in de huiskamer, zoals koekjes en pannenkoeken bakken. Gesprekspartners vertelden dat Tobias samen met de familie continue zocht naar mogelijkheden voor eigen regie van individuele cliënten. Gesprekspartners noemden daarbij voorbeelden zoals het zelf haren kammen en een washandje over het gezicht halen. Een gesprekspartner vertelde dat er sinds juli 2015 meer afstemmingsmomenten tussen medewerkers en familie waren.

³ In de reactie op feitelijke onjuistheden in het conceptrapport geeft Stichting Sevagram aan dat de interactieve cursus dementie onder meer aandacht besteedt aan gedragsaspecten van mensen met dementie. Een aantal van de modules in de cursus is opgezet vanuit belevingsgerichte zorg. Hiernaast verzorgt de psycholoog bij urgentie en escalatie scholing op casuïstiek niveau.

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 levensloop⁴ 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 rapportages 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
KE 2	De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag en rapporteert hierover		X		
2.1	De medewerker kent de cliënt.		x		
2.2	De levenslopinformatie 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 ondersteunend ⁶ naar de cliënt.		x		

Toelichting per beoordelingsaspect

- 2.1 Cliëntvertegenwoordigers ervoeren dat medewerkers in het algemeen goed op de hoogte waren van de cliënten en hun behoeften. Ook hadden zij de indruk dat medewerkers hun best deden om goede zorg en ondersteuning te bieden. Tegelijkertijd merkten cliëntvertegenwoordigers dat medewerkers het liefst een vast dagritme hadden. Dit paste niet altijd bij de behoeften van de cliënten. Ook voelden volgens gesprekspartners niet alle medewerkers voldoende aan welke bejegening passend was voor mensen met dementie.

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

5 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.

6 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.

Zo vertelde een cliëntvertegenwoordiger dat medewerkers haar moeder, die veel sliep omdat ze erg moe was, steeds wakker maakten, en haar niet altijd rustig benaderden. Als er wat mis ging in de bejegening, stonden medewerkers open voor verbeteringsuggesties van de familie. Medewerkers noteerden deze en droegen deze volgens gesprekspartners over het algemeen over aan collega's. Medewerkers vertelden over een cliënte met beweegdrang en veel valincidenten. Deze cliënte zag er graag goed verzorgd uit. Familie van de cliënte stelde kledingsetjes samen en hing deze klaar in haar kledingkast. Medewerkers lieten blijken deze cliënt te kennen door te noemen dat deze blij werd van chocolade, water en persoonlijke aandacht. Bij een allochtone cliënte was sprake van een taalbarrière. Recent had de specialist ouderengeneeskunde eenmalig een tolk ingeschakeld bij een bezoek aan deze cliënte. Medewerkers vonden de communicatie met deze cliënte moeilijk.

- 2.2 Er was beknopte levensloopinformatie in de cliëntdossiers opgenomen. Van een cliënte was een belangrijk deel van haar geschiedenis niet bekend bij de verzorgenden. Een gesprekspartner vertelde dat hierover meer bekend was dan in het dossier van deze cliënte was vastgelegd. Medewerkers konden beknopt iets vertellen over de vroegere gezinssituatie en hobby van een andere cliënte.
- 2.3 Het beleid binnen Tobias was dat alle cliënten met een behandelindicatie en onbegrepen gedrag een signaleringsplan hadden. Dit signaleringsplan was niet aanwezig voor al deze cliënten. De eerstverantwoordelijke verzorgenden schreven de signaleringsplannen voor cliënten met een zzp 5. De psycholoog was betrokken bij het schrijven van signaleringsplannen voor cliënten met een zzp 7 met behandeling. Gesprekspartners vertelden dat de deskundigheid van medewerkers voor het schrijven van zorgleefplannen wisselend was. De psycholoog gaf over het schrijven van signaleringsplannen trainingen on-the-job. Medewerkers rapporteerden over gedrag van cliënten op gedragsobservatielijsten. Het signaleren stond onder druk omdat verzorgenden het steeds drukker kregen. Medewerkers rapporteerden niet altijd de reacties op voorgeschreven psychofarmaca. In de zorgleefplannen stonden geen doelen en medewerkers rapporteerden niet op doelen. Er was volgens gesprekspartners een e-learning beschikbaar over het schrijven van doelen.
- 2.4 Medewerkers reageerden deels wel en deels niet ondersteunend naar de cliënt. Tijdens de observaties viel op dat medewerkers contact hadden met elkaar en niet of nauwelijks met de cliënten. In één van de huiskamers kregen cliënten die de huiskamer binnenkwamen, even aandacht. In een andere huiskamer gebeurde dat niet. Daar was een cliënte lange tijd weggeweest en toen zij terugkwam, keek de medewerkster niet op van haar laptop. Een medewerker signaleerde dat een cliënt naar het toilet wilde en gaf hierbij de nodige ondersteuning. Een stagiaire maakte een cliënte zachtjes wakker en vroeg of zij iets wilde drinken. Een cliënt hielp op eigen initiatief met het rondbrengen van de ingeschonken kommen soep naar de eettafels. Een cliënte zat met een knuffel tegen haar borst gedrukt aan een tafel. Een stagiaire bood haar drinken aan en haalde daarbij de knuffel bij haar weg. De knuffel kwam op tafel te liggen op een plek waar de cliënte er zelf niet bij kon. Ook het glas drinken bleef op tafel staan zonder dat iemand naging of de cliënte zelf bij het glas kon, of de cliënte nog wist hoe dat moest, dan wel de cliënte hierbij hulp bood. Een uur voordat de lunch daadwerkelijk begon, startten medewerkers met het dekken van de tafel. De soep was toen al gearriveerd in een warmhoudpan op een kar. Cliënten gingen verwachtingsvol aan tafel zitten, maar leken zich na verloop van tijd te vervelen. Een cliënte dronk gulzig van het drinken dat ze aangeboden kreeg.

Op een gegeven moment was de drinkbeker leeg. Ze bleef drinkbewegingen maken alsof ze nog meer wilde drinken. Medewerkers merkten dit niet meteen op. Een medewerkster sprak een cliënte aan met 'schattebout'. Een cliëntvertegenwoordiger vertelde dat er medewerkers waren die haar moeder steeds wakker maakten als ze overdag in slaap viel, met de opmerking "wakker worden, u moet 's nachts slapen".

In de huiskamers vond weinig tot geen activiteit met de cliënten plaats. Elders in het gebouw werden regelmatig activiteiten voor alle cliënten georganiseerd zoals zingen, gym en sjoelen. Voor sommige cliënten van de pg-groepen waren die activiteiten volgens medewerkers te massaal en daardoor te druk.

Gesprekspartners vertelden dat gym soms ook in de huiskamers werd aangeboden.

4.3 Kernelement 3: De zorgaanbieder betreft het netwerk⁷ 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.

Kernelement met beoordelingsaspecten:

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

⁷ 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.

Toelichting per beoordelingsaspect

- 3.1 Het netwerk van de cliënt was benaderd om een levensboek te maken. Niet elke familie/contactpersoon werkte daar actief aan mee. Dit leidde vervolgens niet aantoonbaar tot aanvullende acties vanuit Tobias om meer levensloopinformatie te verkrijgen. Levensloopinformatie van een cliënt die voorheen bij een andere woonlocatie van Sevagram had gewoond, was volgens een cliëntvertegenwoordiger niet in het dossier opgenomen bij de verhuizing naar Tobias.
- 3.2 Tobias nodigde het netwerk van de cliënt standaard uit voor het deelnemen aan multidisciplinair overleg over de cliënt met de arts, de psycholoog, de teamleider, de eerstverantwoordelijke verzorgende en de zorgcoördinator. Een cliëntvertegenwoordiger vertelde dat dit overleg ruimte bood voor het geven van tips over de bejegening en voor evaluatie van het medicijngebruik en bespreking van mogelijke bejegeningalternatieven. Een medewerker vertelde dat zij het houden van een MDO niet zinvol achtte zonder aanwezigheid van de familie daarbij. Als de familie verhinderd was, kreeg die na afloop een terugkoppeling van de uitkomsten.
- 3.3 Een cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat een rustige aangename oude dag voor haar moeder het belangrijkste was, waarbij het van belang was dat medewerkers haar moeder rustig benaderden, haar niet steeds wakker maakten als ze wilde slapen, en dat het belangrijk was dat medewerkers aanvoelden dat haar moeder door haar dementie niet meer alles begreep. De cliëntvertegenwoordiger ervoer dat zij hierover makkelijk met de eerstverantwoordelijke verzorgende kon overleggen. De cliëntvertegenwoordiger had de indruk dat de eerstverantwoordelijke verzorgenden daadwerkelijk aan de slag gingen met de inbreng van de cliëntvertegenwoordigers.
- 3.4 Een cliëntvertegenwoordiger gaf aan dat de cliënt altijd rustig was als de cliëntvertegenwoordiger op bezoek was. Van de medewerkers hoorde de cliëntvertegenwoordiger dat de cliënt soms onbegrepen gedrag vertoonde in de vorm van schoppen, krabben en boze buien. De cliëntvertegenwoordiger wist niet hoe medewerkers daar in de praktijk mee omgingen. De cliëntvertegenwoordiger nam zelf de cliënt bij onrust even mee naar buiten om de cliënt op andere gedachten te brengen. Ook werd de cliënt blij van persoonlijke aandacht, lachen, een arm om zich heen, een kopje koffie met een stukje vlaai en soms van knuffelen met een pluchen knuffeldier. De cliëntvertegenwoordiger wist niet of medewerkers deze informatie actief inzetten bij onrust.
- 3.5 Een dochter vertelde dat ze bij een evaluatie bespreekbaar had gemaakt dat ze het niet aangenaam vond als verzorgenden haar moeder op de bank in de huiskamer lieten slapen als ze doodop was. De dochter had toen aangegeven dat ze liever had dat haar moeder dan een uurtje naar bed werd gebracht in haar eigen slaapkamer.

4.4 **Kernelement 4: Een multidisciplinair team⁸ 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	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		
4.1	Het vaste multidisciplinaire team voor mensen met onbegrepen gedrag bij dementie bestaat tenminste uit verzorgenden, de medisch behandelaar, de gedragsdeskundige en de vertegenwoordiger van de cliënt.	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			

⁸ 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 Het vaste multidisciplinaire team voor mensen met onbegrepen gedrag bij dementie bestond uit verzorgenden, de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog, de maatschappelijk werker en indien van toepassing één of meer paramedici. Dit team besprak eenmaal per jaar iedere cliënt in het multidisciplinaire overleg (hierna: MDO). Tobias nodigde de vertegenwoordiger van de cliënt standaard uit voor het MDO. De cliëntvertegenwoordiger was bijna altijd aanwezig. Tobias stuurde de vertegenwoordiger van de cliënt twee weken vóór het MDO de te bespreken onderwerpen. Bij verhindering van de vertegenwoordiger ontving deze later de uitkomst van het MDO. Tobias werkte met een jaarplanning voor de MDO's. Hierin was ruimte voor extra MDO's wanneer dat nodig was. Het vijf domeinenformulier en het concept zorgplan stonden in het MDO op de agenda en werden daarna zo nodig aangepast. De MDO-leden maakten geen verslag van de MDO's. Naast het MDO was er eenmaal per jaar een overleg tussen de eerstverantwoordelijke verzorgende en de vertegenwoordiger van de cliënt. Soms was de specialist ouderengeneeskunde hierbij aanwezig. Gesprekspartners vonden de procedure rond het houden van een MDO star; een MDO zou moeten worden gehouden wanneer dat nodig was.
- 4.2 De inspectie zag in de cliëntdossiers geen gezamenlijk gedragen multidisciplinaire probleemstelling. De specialist ouderengeneeskunde gaf aan dat zij met de psycholoog regelmatig gezamenlijke visites aan de woningen bracht. Medewerkers vertelden daarentegen dat zij de psycholoog weinig in de woningen zagen. Zij gaven aan dat de psycholoog de woningen niet op eigen initiatief bezocht. Tijdens de weekenden was er geen psycholoog beschikbaar.
- 4.3 Vóór de verhuizing naar het huidige Tobias had het Centrum voor Consultatie en Expertise voor één cliënt advies uitgebracht. Zo nodig werden paramedici uitgenodigd voor het MDO.
- 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:

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
KE 5	Het multidisciplinaire team maakt aantoonbaar een analyse van het onbegrepen gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein		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 Gesprekspartners noemden voorbeelden van onderzoek dat zij via observaties en extra MDO's hadden gedaan naar het roepgedrag van een cliënt. Hieruit was naar voren gekomen dat in ca. 80% van de situaties een lichamelijke oorzaak was gevonden voor het onbegrepen gedrag, bijvoorbeeld nat incontinentie-materiaal of een urineweginfectie. Ook de verhuizing naar Tobias had veel invloed op deze cliënt. Bij een cliënt met weglooptgedrag was een dwaaldetector ingezet, en vroegen gesprekspartners zich af of de cliënt buiten het gebouw de weg naar Tobias kon vinden. Onduidelijk was welke gerichte dagactiviteiten en afleiding deze cliënt kreeg aangeboden. Bij een cliënte met onbegrepen gedrag was er discussie met de familie over de diagnose dementie. Deze cliënte had beweegdrang en viel vaak. In verband met haar beweegdrang was een vloersensor ingezet voor de nacht. In het MDO-overleg werd vervolgens besloten beddekken in te zetten. Uiteindelijk belandde cliënte in een rolstoel, eerst met en later zonder tafelblad, waarmee ze na de maaltijden kon trippelen door het gebouw. Bij onrust werkte het bij deze cliënte goed om samen op haar kamer fotoboekjes te bekijken, of naar buiten te gaan. Dit laatste kon alleen als haar familie er was.

5.2 In de zorgleefplannen die de inspectie inzag, was zichtbaar dat er werd gezocht naar lichamelijke oorzaken voor onbegrepen gedrag. In de zorgleefplannen stonden geen doelen die hiermee te maken hadden, en medewerkers rapporteerden niet op doelen. De specialist ouderengeneeskunde gaf een aantal voorbeelden waar zij het initiatief had genomen om te zoeken naar oorzaken voor onbegrepen gedrag en zij rapporteerde over de resultaten. Aan de hand van die rapportages paste de eerstverantwoordelijke verzorgende het zorgleefplan aan.

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:

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
KE 6	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		X		
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	
6.4	Wanneer na onderzoek de oorzaak van het gedrag niet achterhaald is, wordt aangegeven hoe risico's zo veel mogelijk verkleind worden.			x	

Toelichting per beoordelingsaspect

- 6.1 Voor een aantal cliënten met een behandelindicatie en onbegrepen gedrag was een signaleringsplan opgesteld. Daarin waren toe te passen psychosociale interventies beschreven.
 - 6.2 Tijdens de observaties waren er bij de meeste cliënten geen psychosociale interventies. Het was stil in de huiskamers en cliënten leken veelal te wachten en te slapen. De inspecteurs zagen een voorbeeld van een passende psychosociale interventie. Een medewerker signaleerde dat een onrustige cliënt naar het toilet wilde en gaf hierbij passende ondersteuning. Gesprekspartners vertelden over geslaagde psychosociale interventies waardoor de inzet van gedragsregulerende medicatie niet nodig was.
 - 6.3 Uit de observaties en de gesprekken bleek niet dat medewerkers een scala aan psychosociale interventies kenden en deskundig waren in het toepassen hiervan. Medewerkers waren vooral bezig met administratie. In één huiskamer was het midden op de ochtend meer dan 30 minuten doodstil en zat het merendeel van de cliënten te slapen. Een gesprekspartner vertelde, als voorbeeld van een psychosociale interventie, dat zij bij een cliënte die op haar kamer roepgedrag vertoonde, de kamerdeur even dicht deed.
 - 6.4 Uit de observaties, de gesprekken en de inzage in cliëntdossiers bleek niet dat er altijd gericht gezocht werd naar mogelijkheden om risico's zo veel mogelijk te beperken, als de oorzaak van onbegrepen gedrag niet was achterhaald. Een cliënt met wegloopdrang die al eens bij zijn vrouw op de stoep had gestaan, was hierna voorzien van een dwaaldetector. Gesprekspartners twijfelden of deze cliënt zelf nog de weg terug naar Tobias kon vinden. Niet onderzocht was of deze cliënt overdag voldoende afleiding en passende activiteiten aangeboden kreeg en of deze cliënt bijvoorbeeld voldoende buiten kwam. Een andere cliënte zei tijdens de observatie tegen een inspecteur dat ze pijn had en daardoor niet kon zitten. Desgevraagd zei een medewerker dat deze cliënte geen lichamelijke klachten had.
- 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	Psychofarmaca volgens de landelijk geldende richtlijnen toepassen		x		
7.1	In het zorgdossier is terug te lezen welk (gedrags)probleem met behulp van psychofarmaca wordt behandeld.			x	
7.2	De cliënt krijgt psychofarmaca voorgeschreven op basis van de richtlijn probleemgedrag (met herziene medicatieparagraaf) en de richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie.				x
7.3	Indien de voorschrijver argumenten heeft om af te wijken van de richtlijnen, legt hij deze argumenten in het cliëntdossier vast.				x

Toelichting per beoordelingsaspect

- 7.1 Gesprekspartners vertelden dat het voorschrijven van psychofarmaca en de reden daarvoor pas in het zorgleefplan werden vermeld als sprake was van structureel gebruik. Een cliënt was enkele weken eerder gestart met psychofarmaca. In het cliëntdossier van deze cliënt waren dit gebruik en de reden ervoor niet vermeld. Ook bij een andere cliënt die al jarenlang psychofarmaca gebruikte, ontbraken in het zorgleefplan een vermelding van het gebruik van de soort medicatie en de reden voor dit gebruik.
- 7.2 Diverse cliënten kregen een middel voorgeschreven dat geen voorkeursmiddel meer was. Bij één cliënt was recent gestart met deze medicatie. Een andere cliënt gebruikte dit middel al jarenlang. Dit onderwerp is niet met de specialist ouderengeneeskunde besproken en scoort daarom "niet beoordeeld".
- 7.3 Dit beoordelingsaspect heeft de inspectie niet beoordeeld.

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:

	Kernelement	Voldoet	Voldoet deels	Voldoet niet	Niet beoordeeld
KE 8	De multidisciplinaire afspraken ten minste tweemaal per jaar evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van psychofarmaca			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 De afspraken over de inzet van psychosociale interventies en de behandeling van lichamelijke oorzaken werden niet aantoonbaar geëvalueerd.
- 8.2 Gesprekspartners vertelden dat het multidisciplinaire team het gebruik van psychofarmaca alleen ingeval van onbegrepen gedrag regelmatig evalueerde⁹. Deze evaluatie en de uitkomst ervan waren niet zichtbaar in het zorgleefplan. Ook vertelden gesprekspartners dat medewerkers, ondanks afspraken daarover, niet altijd rapporteerden over reacties op voorgeschreven psychofarmaca. Doelen over (afbouw van) psychofarmaca waren niet zichtbaar in het zorgleefplan. Gesprekspartners achtten het niet onmogelijk dat psychofarmaca soms werd voorgeschreven bij het ontbreken van de juiste begeleiding en bejegening. De specialist ouderengeneeskunde beschikte niet over een overzicht van voorgeschreven psychofarmaca¹⁰. Tijdens artsenvisites gaf de specialist ouderengeneeskunde aan medewerkers aan wanneer zij 'zo nodig medicatie' mochten toedienen. Dit werd vastgelegd in het vijfdomenformulier.

9 In haar reactie op feitelijke onjuistheden in het conceptrapport geeft Stichting Sevagram aan dat de specialist ouderengeneeskunde tweemaal per jaar met de apotheker de medicatie per cliënt doorneemt. De afspraken die naar aanleiding van dit overleg worden gemaakt worden alleen vastgelegd in de medische dossiers van de cliënten.

10 In haar reactie op feitelijke onjuistheden in het conceptrapport geeft Stichting Sevagram aanvullend aan dat de apotheek deze lijsten op aanvraag aan de specialist ouderengeneeskunde kan verstrekken.

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.

- Plan van aanpak Planetree label voor mensgerichte zorg, maart 2013
- Functieprogramma Signalering en Levensloop, december 2014
- Zorgprogramma Dementie Sevagram, 5 december 2013
- Handleiding Chronisch Zorgproces, juli 2015
- Criteria lijst zorgleefplan
- Plan van aanpak "Bevoegd en aantoonbaar bekwaam voor complexere zorg", 12 mei 2015
- Opleidingen dementie en zorgproces

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:

- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet langdurige zorg.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.

Veldnormen:

- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Richtlijn Probleemgedrag Dementie (Nvva/Verenso) 2008/2013.
- Richtlijn omgaan met gedragsproblemen met dementie (niet medicamenteuze 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 & Een landelijk kennisinstituut) 2012.
- Kennisbundel Probleemgedrag (Een landelijk kennisinstituut, V&VN, Zorg voor Beter 2011).

Rapporten:

- Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland & Een landelijk kennisinstituut) 2012.
- Kennisbundel Probleemgedrag (Een landelijk kennisinstituut, 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. (een landelijk kennisinstituut en het Trimbos-instituut) 2013.