



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan DM Exploitatie B.V., locatie De Magistraat
in Rotterdam op 16 januari 2018

Utrecht, april 2018

V2001916

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving zorgaanbieder 3
1.2.1	Beschrijving DM Exploitatie B.V.. 3
1.2.2	Beschrijving De Magistraat 4
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	Vervolgacties van de inspectie 7
3.2	De vervolgacties die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 10
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 14
4.3.1	Resultaten 14
Bijlage 1	Methode 18
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 20

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna 'de inspectie') bracht op 16 januari 2018 een onaangekondigd bezoek aan Domus Magnus Holding B.V. (Hierna: Domus Magnus), woonzorglocatie De Magistraat (hierna: locatie De Magistraat) in Rotterdam.

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

De begrippen die gebruikt worden in dit rapport zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

Bij de observaties, rondleiding, het inzien van documenten en de gesprekken letten de inspecteurs op de volgende thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezocht in de periode 2016-2017 meermaals een andere locatie van Domus Magnus. De inspectie stelde die locatie op 21 juli 2016 voor de duur van zes maanden onder verscherpt toezicht. De bevindingen uit deze eerdere bezoeken zijn aanleiding om nu locatie De Magistraat te bezoeken. De inspectie toetst in dit bezoek of verbetermaatregelen naar aanleiding van eerdere bezoeken en meldingen breder in de organisatie zijn doorgevoerd.

1.2 Beschrijving zorgaanbieder

1.2.1 Beschrijving DM Exploitatie B.V..

Domus Magnus is een landelijke ouderenzorgorganisatie. Domus Magnus biedt zorg in kleinschalige woonomgevingen die gehuisvest zijn in karakteristieke panden. Domus Magnus is ingeschreven in de kamer van koophandel onder nummer 55426980 en statutair gevestigd in Haarlem. De zorgaanbieder bestaat momenteel uit veertien locaties. Drie locaties zijn in ontwikkeling, en worden naar verwachting in 2018 en 2019 opgeleverd.

Domus Magnus voert het concept van gescheiden wonen/zorg uit. Cliënten huren een appartement en kopen dienstverlening in. Daarnaast nemen cliënten zorg af bij Domus Magnus. Zorg wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), of vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (hierna: WMO). Domus Magnus heeft een Wtzi toelating en is aangesloten bij Actiz. Geen van de locaties van Domus Magnus heeft een Bopz aanmerking.

De bestuurstructuur van Domus Magnus bestaat uit een eenhoofdige raad van bestuur, een operationeel directeur, en een financieel directeur. Daarnaast heeft Domus Magnus een toezichthoudende raad van commissarissen en een centrale cliëntenraad.

1.2.2 *Beschrijving De Magistraat*

Locatie De Magistraat heeft 35 appartementen. De appartementen variëren in grootte van 50 tot 120 m². Ieder appartement beschikt over een woonkamer, één of meerdere slaapkamers, sanitair en een eigen keuken. Daarnaast zijn er in De Magistraat gemeenschappelijke ruimtes, zoals een huiskamer voor de cliënten die begeleiding ontvangen, een sociëteit en een restaurant.

Cliënten en zorgzwaarte

Ten tijde van het inspectiebezoek op 16 januari 2018 wonen er 32 cliënten in locatie De Magistraat. De cliënten hebben een somatische en/of psychogeriatrische (hierna: PG) zorgvraag. Alle cliënten verblijven op vrijwillige basis binnen locatie De Magistraat.

De huidige cliënten in De Magistraat ontvangen geïndiceerde (thuis)zorg vanuit de Zvw, of vanuit de Wlz.

In locatie De Magistraat wonen op 16 januari 2018:

- Veertien cliënten die Zvw geïndiceerde zorg ontvangen
- Twee cliënten met een Wlz zorgindicatie VV4
- Tien cliënten met een Wlz zorgindicatie VV5
- Vier cliënten met een Wlz zorgindicatie VV6
- Eén cliënt met een Wlz zorgindicatie VV7
- Eén cliënt verblijft als hotelzorg-cliënt in De Magistraat en is in afwachting van een Wlz indicatie.

De Wlz geïndiceerde zorg wordt grotendeels gefinancierd vanuit een volledig pakket thuis (hierna: VPT). Bij enkele cliënten wordt de zorg gefinancierd vanuit een modulair pakket thuis (hierna: MPT). Eén cliënt ontvangt zorg gefinancierd uit een persoonsgebonden budget (hierna: PGB).

Personeelsamenstelling:

Binnen locatie De Magistraat zijn 65 medewerkers werkzaam, in totaal 23,4 FTE.

Omvang dienstverband	Aantal medewerkers
80-100%	11
30-80%	8
Oproepmedewerkers 0%	34

Binnen locatie De Magistraat zijn 13 vaste zorgverleners werkzaam, in totaal 9,8 FTE. Het vaste zorgteam bestaat uit verzorgenden IG niveau 3 en drie verpleegkundigen. Gedurende de week is er dagelijks een medewerker welzijn aanwezig van 08:00 uur tot 20:00 uur. In het weekend is er een medewerker welzijn op een deel van de dag aanwezig. De medewerker welzijn doet activiteiten met cliënten en houdt toezicht in de huiskamer waar cliënten met een PG zorgvraag verblijven.

Twee huisartsen verlenen de medische zorg aan cliënten van De Magistraat. De expertise van een Specialist Ouderengeneeskunde (hierna: SO) en een psycholoog, kan op consultbasis worden ingeroepen door de huisarts of zorgverleners. De SO en de psycholoog zijn niet in dienst bij Domus Magnus.

In de nachtdienst is één medewerker werkzaam, tenminste een verzorgende IG niveau 3. Tijdens nachtdiensten en in het weekend kunnen zorgverleners terugvallen op een extern beveiligingsbedrijf voor assistentie. Dit beveiligingsbedrijf heeft geen zorginhoudelijke achtergrond/kennis. Daarnaast kan de locatiemanager gebeld worden.

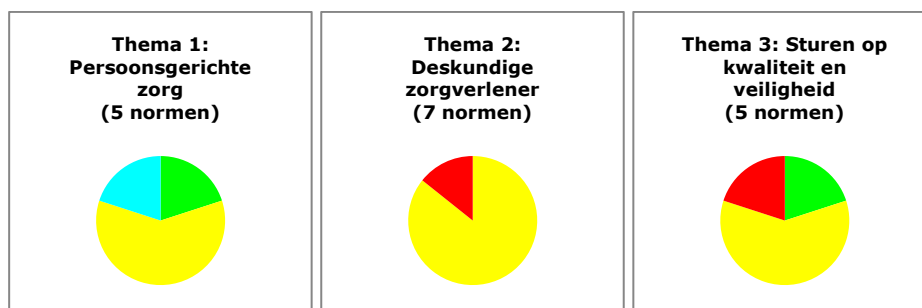
2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt.

Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Magistraat. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

2.1 Overzicht van de resultaten

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



2.2 Wat gaat goed

Zorgverleners bejegenen cliënten persoonlijk, respectvol en beleefd. De Magistraat besteedt veel aandacht aan diversiteit en keuzemogelijkheden in het aanbod van maaltijden. Zorgverleners hebben contact met de cliëntvertegenwoordigers.

De zorgverleners bij De Magistraat zijn betrokken en gemotiveerd. Bij het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen maken zij gebruik van protocollen. Domus Magnus draagt zorg voor de toegang tot protocollen.

2.3 Wat kan beter

Binnen Domus Magnus is het begrip persoonsgerichte zorg niet concreet uitgewerkt. Zorgverleners hebben onvoldoende handvatten om in de praktijk te komen tot het verlenen van persoonsgerichte zorg. Een meer zorginhoudelijke en professionele invulling van het begrip is daarom nodig. De activiteiten kunnen bij De Magistraat bijvoorbeeld meer aansluiten bij de individuele wensen, beperkingen en mogelijkheden van cliënten. Aandacht voor de levensgeschiedenis van de cliënten is daarvoor van belang

Oproepkrachten kunnen daarnaast meer betrokken worden bij beleidswijzigingen, veranderende afspraken en scholing.

2.4 Wat moet beter

Het methodisch werken bij De Magistraat moet verbeterd worden. Cliënten van De Magistraat moeten een compleet en actueel cliëntdossier hebben. Het cliëntdossier moet voldoen aan de beschrijvingen uit de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011. Zorgverleners hebben daarnaast te weinig doelgroepspecifieke deskundigheid. Met name de kennis over onbegrepen gedrag moet verbeteren omwille van de psychische en fysieke veiligheid van cliënten. Voordat vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet worden en voordat psychofarmaca ingezet wordt als vrijheidsbeperkende maatregel moet onder andere een gedragsanalyse uitgevoerd zijn en moeten gedragsinterventies overwogen zijn. Een

multidisciplinaire aanpak met (externe) behandelaren is nodig om aan te kunnen sluiten bij de reële zorgbehoefte van cliënten. De zorg die bij De Magistraat wordt gegeven moet voldoen aan de geldende richtlijnen zoals De Verenso richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie', 2018 en de richtlijn 'Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet-medicamenteuze aanbevelingen)', 2008.

De leefomgeving van cliënten moet veilig genoeg zijn voor cliënten. De huisvesting moet passend zijn zodat cliënten behoed worden voor het vallen van een steile trap.

Domus Magnus verzamelt managementinformatie zoals ZZP's, personeelsverzuim, en MIC-meldingen. Zij gebruikt deze echter niet aantoonbaar voor kwaliteitsverbetering. Domus Magnus moet binnen haar organisatie zorg dragen voor een stelsel van systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg, om te kunnen komen tot het verlenen van goede zorg. De zorgorganisatie geeft pas dan uitvoering aan artikel 3 en 7 van de Wkkgz. Verbeteringen of beleidsveranderingen die Domus Magnus stelt behoren daarnaast intern bekend te zijn, toegepast te worden en doorleefd te worden. Bij (bijna) fouten moet de analyse naar basisoorzaken verbeteren om te kunnen komen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

2.5 Conclusie bezoek

De zorg bij De Magistraat voldoet niet aan twee van de 16 getoetste normen, grotendeels niet aan 12 van de 16 getoetste normen en grotendeels wel aan twee van de 16 getoetste normen. De zorgen van de inspectie betreffen met name de onderwerpen methodisch werken, omgaan met onbegrepen gedrag op het gebied van kennis en multidisciplinaire samenwerking en het sturen op kwaliteit en veiligheid. Dit zijn dezelfde thema's als bij het verscherpt toezicht op de locatie van Domus Magnus in Baarn.

De inspectie stelde die locatie op 21 juli 2016 voor de duur van zes maanden onder verscherpt toezicht. Onder andere de afspraken over de zorg waren niet voldoende navolgbaar, de vrijheidsbeperkende maatregelen werden niet zorgvuldig ingezet en uitgevoerd en er was onvoldoende vertrouwen in de aansturing van de locatie. Het verscherpt toezicht werd afgesloten op 26 januari 2017 omdat de zorgaanbieder op bijna alle punten voldeed aan de normen en de inspectie vertrouwen had dat de overige normen op korte termijn op orde zouden zijn. De inspectie vroeg Domus Magnus om de verbeteringen van de locatie Holland organisatiebreed door te voeren.

De inspectie concludeert dat de verbeteringen op locatie Holland niet doorgevoerd zijn in de hele organisatie. De inspectie constateert dat er na afloop van het verscherpt toezicht onvoldoende aansturing heeft plaats gevonden om te komen tot een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. De verbeteringen op de overige locaties van Domus Magnus blijven daardoor achter. Daaruit concludeert de inspectie dat er onvoldoende vermogen tot leren en verbeteren in de organisatie aanwezig is.

3 Wat zijn de vervolgacties

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

3.1 Vervolgacties van de inspectie

Gelet op de constatering in het rapport, concludeert de inspectie dat sprake is van ernstige tekortkomingen in de wijze waarop Domus Magnus de zorg verleent en de zorgverlening heeft georganiseerd. Domus Magnus handelt daarmee (onder meer) in strijd met artikel 2, 3 en 7 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

De inspectie heeft bij de brief van 13 april 2018 aan Domus Magnus, die gelijktijdig met dit vastgestelde rapport verzonden wordt, aangegeven dat de inspectie het voornemen heeft om een aanwijzing te geven aan Domus Magnus op grond van artikel 27 van de Wkkgz. Voor de inhoud van het voornemen tot opleggen van een aanwijzing en de onderbouwing ervan, wordt verwezen naar voormelde brief.

3.2 De vervolgacties die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht

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

In het voorliggende rapport staan bij de resultaten meerdere aspecten beschreven die, naast de verbeteringen genoemd in het voornemen tot het geven van een aanwijzing, als tekortkoming worden gezien omdat zij niet in lijn zijn met de huidige wet- en regelgeving en/of richtlijnen. Domus Magnus moet ook deze tekortkomingen in verbeteracties omzetten om te komen tot goede zorg.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder op alle normen waaraan tijdens het bezoek van 16 januari 2018 niet werd voldaan, de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt. De inspectie verwacht dat De Magistraat de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt om binnen zes maanden te voldoen aan de normen. De Magistraat informeert de inspectie over de stand van zaken in de vorm van een resultaatverslag. De inspectie ontvangt dit verslag uiterlijk 13 oktober 2018.

Dit resultaatverslag vermeldt over de punten waarbij de zorg van De Magistraat niet aan de normen voldeed:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de bij overige locaties de geboden zorg aan alle getoetste normen voldoet en dat hij zo nodig passende maatregelen treft.

4 Resultaten

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

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie/afdeling **voldeet aan de norm**

Licht groen: De locatie/afdeling **voldeet grotendeels aan de norm**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie/afdeling **voldeet grotendeels niet aan de norm**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De locatie/afdeling **voldeet niet aan de norm**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1¹

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

Volgens de inspectie **voldeet de locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm.

Bij toetsing van de cliëntdossiers is niet inzichtelijk of cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers inspraak hebben in afspraken over de zorg, en de evaluatie hiervan. Als er in het multidisciplinair overleg (hierna: MDO) afspraken zijn gemaakt tussen cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners, leidt dit niet navolgbaar tot bijstelling van het zorgplan. Meerdere gesprekspartners bevestigen dat.

Volgens gesprekspartners vindt er voor iedere cliënt twee keer per jaar een MDO plaats. De Magistraat nodigt cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers uit om bij dit overleg aanwezig te zijn. Een cliënt met een somatische zorgvraag heeft zitting in de cliëntenraad.

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

Norm 1.2¹

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Gesprekspartners geven aan dat zorgverleners de wensen en behoeften van cliënten regelmatig niet (h)erkennen. Zorgverleners gaan bijvoorbeeld voorbij aan gemaakte afspraken met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Cliënten worden niet volgens afspraak uitgenodigd voor gezamenlijke activiteiten, of afspraken over kleding en uiterlijke verzorging worden niet opgevolgd.

Een beschrijving van de levensgeschiedenis van de cliënt is niet altijd in het cliëntdossier aanwezig. De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen liggen niet structureel vast in het cliëntdossier.

De georganiseerde activiteiten zijn voornamelijk groepsactiviteiten. Zo wordt er bijvoorbeeld mindfulness, yoga, of een concert aangeboden. Alleen de concerten staan open voor alle cliënten, maar in de praktijk blijkt dit niet zo te zijn. Meerdere gesprekspartners geven aan dat de groepsactiviteiten door de diversiteit in zorgvragen en zorgbehoeften niet voor iedere cliënt geschikt zijn. Bepaalde cliënten ervaren het onbegrepen gedrag van een aantal andere cliënten bij activiteiten soms als belastend.

Een gesprekspartner geeft aan dat individuele activiteiten mogelijk zijn, maar dit behoort niet tot het structurele aanbod. Voor cliënten met een PG zorgvraag is in de huiskamer gedurende de dag begeleiding aanwezig. Voor andere cliënten met een overwegend somatische zorgvraag is geen gezamenlijke ruimte beschikbaar waar begeleiding aanwezig is. Gesprekspartners geven aan contact en aandacht van zorgverleners voor deze groep cliënten te missen. Cliënten met een somatische zorgvraag kunnen ook gebruik maken van de huiskamer waar cliënten met een PG zorgvraag verblijven. In de praktijk gebeurt dit vrijwel niet doordat de deur van de huiskamer meestal dicht is.

Anderzijds blijkt uit gesprekken dat zorgverleners de cliënten kennen. Een zorgverlener vertelt bijvoorbeeld dat zij rekening houdt met de wens van een cliënt om uit te slapen. In locatie De Magistraat wordt veel aandacht besteed aan een diversiteit in het aanbod van maaltijden. De kok geeft aan rekening te houden met de voorkeuren van individuele cliënten.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Tijdens een observatie ziet de inspectie dat een cliënt aan tafel wil gaan zitten. In eerste instantie wordt dit door de zorgverlener niet geaccepteerd. De cliënt wordt erop gewezen dat haar vaste plek aan een andere tafel is.

Bij een cliënt met onbegrepen gedrag spreken zorgverleners af om gedurende de dag, de cliënt in een aparte ruimte te laten verblijven. De deur van deze ruimte is dicht (niet op slot) om prikkels voor de cliënt zoveel mogelijk te beperken. De cliënt kan niet zelfstandig lopen. De cliëntvertegenwoordiger is met deze afspraak akkoord, na overgehaald te zijn door zorgverleners. Zorgverleners besluiten de cliënt op een directieve manier te benaderen. Een analyse van het onbegrepen gedrag ontbreekt, evenals een bejegeningplan of benaderingswijze.

Gesprekspartners kunnen niet toelichten waarom dit niet navolgbaar in het cliëntdossier is vastgelegd.

Uit gesprekken met zorgverleners, en tijdens de rondgang blijkt dat er binnen de locatie veel aandacht is voor normen en waarden. Hierin houden zorgverleners rekening met de autonomie van cliënten. Een zorgverlener vertelt dat indien een cliënt aangeeft (nog) niet uit bed te willen, zij op een later moment terugkomt.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels** aan deze norm. Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven aan cliënten. Hierbij houden zij rekening met het tempo van de cliënten, ook als deze verbaal niet meer in staat zijn om aan te geven wat ze willen. Een cliëntvertegenwoordiger geeft aan dat zorgverleners zeer adequaat hebben gereageerd op een signaal over een onplezierige omgang binnen de groep cliënten met een somatische zorgvraag. Ook ziet de inspectie dat in een cliëntdossier is vastgelegd dat de cliënt met de voornaam aangesproken wil worden. Zorgverleners zijn hiervan op de hoogte en voeren dit uit.

In de gang staan drie medicijnkarren met daarop medicijnklappers. Gesprekspartners geven aan dat de klappers daar niet horen te liggen in verband met de privacy van medische gegevens. Toch blijven de medicijnkarren (geopend) met de medicijnklappers er bovenop tijdens de inspectiedag onbeheerd in de gang staan. Het kantoor van de zorgverleners staat open. Vanaf de gang is van alle cliënten, met voor- en achternaam, het reanimatiebeleid zichtbaar.

Norm 1.5

De norm is **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

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

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Cliënten verblijven vrijwillig in De Magistraat. De inspectie ziet dat bij meerdere cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen zijn ingezet. In geen van de dossiers is aantoonbaar dat cliënten toestemming geven voor de vrijheidsbeperkende maatregelen. Een gedragsanalyse of -interventie voorafgaand aan deze toepassingen ontbreekt. Het is in het cliëntdossier niet navolgbaar wie, waarom, en op welk moment heeft besloten tot inzet van deze vrijheidsbeperkende maatregelen. Gesprekspartners kunnen dit niet verhelderen.

Daarnaast blijkt uit gesprekken met zorgverleners dat zij bij cliënten met onbegrepen gedrag primair zoeken naar een oplossing met psychofarmaca. Dit ziet de inspectie ook terug in een cliëntdossier. De inzet van psychofarmaca is geëvalueerd door de arts. Op verzoek van zorgverleners, en na overleg met de huisarts, is de medicatie naar de avond verplaatst vanwege de stemming van de cliënt. De inbreng van de cliënt is in het dossier niet aantoonbaar.

In de getoetste cliëntdossiers treft de inspectie bij sommige cliënten risicosignaleringen aan. De ingevulde risicosignaleringen krijgen geen vervolg in zorgdoelen. De inventarisatie rondom 'Beheer Eigen Medicatie' is voor sommige cliënten aanwezig. De levensdomeinen in het zorgplan zijn niet structureel ingevuld. Hierdoor is niet inzichtelijk op welke wijze zorgverleners hun professionele afwegingen maken, en deze vertalen naar cliëntspecifieke zorgdoelen.

De inspectie ziet dat individuele benaderingsplannen voor cliënten met onbegrepen gedrag ontbreken. In de notulen van een teamvergadering is voorgesteld om een algemene benaderingswijze voor het omgaan met onbegrepen gedrag te formuleren.

In een cliëntdossier ziet de inspectie dat zorgverleners vanaf oktober 2017 rapporteren dat er sprake is van agressief gedrag. Een zorgverlener vertelt dat zij onderling bespreken hoe met het gedrag om te gaan. De zorgverlener geeft aan dat het team hierin nog zoekende is, en erkent dat regie op de zorg ten aanzien van de gedragsproblematiek ontbreekt.

In een verbeterplan schrijft Domus Magnus op 3 september 2017 aan de inspectie dat tijdens het MDO mogelijke grenzen aan de zorg bij iedere cliënt een vast bespreekpunt wordt. Dit is ten tijde van het inspectiebezoek niet bekend bij zorgverleners. Zorgverleners geven tijdens gesprekken aan tot op heden geen grenzen aan de zorg te hebben ervaren.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. De getoetste cliëntdossiers zijn niet compleet. Signaleringsplannen, benaderingswijzen, gedragsanalyses en gedragsinterventies ontbreken veelal. Rapportages zijn veelal gericht op de somatische zorgvraag. Bij een cliënt met onbegrepen gedrag rapporteren zorgverleners regelmatig dat de cliënt suf, rustig of agressief is. De aanleiding van het gedrag, of er een

gedragsinterventie is toegepast, en de eventuele reactie van de cliënt daarop, is niet beschreven. Bij een andere cliënt rapporteren zorgverleners herhaaldelijk dat de cliënt medicatie uit de handen van zorgverleners slaat. Een analyse van dit gedrag blijft daarbij uit. Bij een cliënt signaleren zorgverleners risico op incontinentie, overgewicht en onbegrepen gedrag. Het is vervolgens niet navolgbaar welke acties zorgverleners naar aanleiding van deze risico's ondernemen. Gesprekspartners herkennen dat en geven aan benaderingswijzen vooral mondeling aan elkaar door te geven.

Op basis van gesprekken met zorgverleners en inzage in cliëntdossiers is methodisch werken voor de inspectie niet navolgbaar. Het 'opleidingsjaarplan Magistraat 2018' bevat geen scholing gericht op het thema methodisch werken.

Bij een cliënt staat in de risicosignalering dat er een verhoogd valrisico is, dit is uitgewerkt in het zorgplan.

Norm 2.3

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Binnen De Magistraat vindt geen structurele reflectie op de geboden zorg plaats. Zorgverleners en behandelaren reflecteren niet gezamenlijk op de geboden zorg. Het is voor de inspectie niet navolgbaar of zorgverleners en behandelaren samen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ook hoort en ziet de inspectie niet terug dat er aandacht is voor de invloed van bejegening op het gedrag van cliënten.

Desgevraagd geven gesprekspartners aan dat agressie momenteel niet speelt. Vervolgens blijkt uit diezelfde gesprekken dat er recent ruzie was tussen twee cliënten. Ook worden er regelmatig MIC-meldingen gedaan over agressie.

Binnen De Magistraat is regelmatig teamoverleg. Behandelaren en andere externe deskundigen zijn niet aanwezig bij dit overleg. Stagiaires maken meerdere dagen per week onderdeel uit van het team. Zij kunnen op eigen initiatief bij het teamoverleg aanwezig zijn. De stagiaires hebben vaste praktijkbegeleiders waarmee regelmatig gesprekken zijn. Zorgverleners geven aan dat er een open aanspreekcultuur is.

Norm 2.4

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. In een verbeterplan schrijft Domus Magnus op 3 september 2017 aan de inspectie dat in het najaar van 2017 een bijscholing over het omgaan met onbegrepen gedrag op het programma staat. Zorgverleners geven aan dat deze scholing niet heeft plaatsgevonden. In het 'opleidingsplan Magistraat 2018' staat voor alle medewerkers van Domus Magnus wel een inspiratiesessie dementie gepland, ter verbreding van de kennis over dit onderwerp.

Ook schrijft Domus Magnus in hetzelfde verbeterplan dat er naast het digitale scholingsaanbod ruimte moet komen voor praktijk trainingen. Het opleidingsplan

schept geen duidelijkheid over de wijze waarop hier invulling aan wordt gegeven. Hoewel gesprekspartners tijdens het inspectiebezoek niet kunnen aangeven of er plannen zijn om dit uit te voeren geeft Domus Magnus na afloop van het bezoek bij de inspectie aan dat een training en bijscholing 'onbegrepen gedrag' tussen januari en maart 2018 op de locatie gegeven wordt. Ook is er een lezing aangeboden voor cliënten en zorgverleners aldus Domus Magnus.

Het scholingsaanbod binnen De Magistraat bestaat grotendeels uit het volgen van e-learning modules. In de scholingen voor zorgverleners ligt de focus op het medische/somatische vlak, zoals wondzorg en katheteriseren. Gesprekspartners geven aan dat er in ieder geval sinds september 2017 geen klinische lessen of andere scholingen zijn aangeboden op de locatie. Domus Magnus geeft in een naschrift bij de inspectie aan casuïstiekbesprekingen als klinische lessen aan te bieden. Gesprekspartners tijdens het bezoek waren hiervan niet op de hoogte.

Norm 2.5

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Locatie De Magistraat hanteert in- en exclusiecriteria. Desondanks zijn zorgvragen en aandachtspunten in de zorgverlening divers. Tijdens het bezoek ziet de inspectie niet terug op welke wijze de samenstelling van het personeel hierop is aangepast. Domus Magnus heeft beleid om niet meer dan één stagiaire per dienst in te zetten. Desondanks werken er tijdens het inspectiebezoek twee stagiaires in de dagdienst.

Volgens het toegestuurd personeelsoverzicht van locatie De Magistraat zijn er ten tijde van het bezoek 34 medewerkers met een oproepcontract, waaronder stagiaires. Er staan 19 medewerkers op het overzicht met vaste uren, daarvan zijn 7 in de zorgverlening werkzaam. Het is niet navolgbaar wat de zorgaanbieder, behalve het toesturen van de periodiek nieuwsbrief, doet om de oproepmedewerkers op de hoogte te houden van inhoudelijke ontwikkelingen en adequaat bij te scholen.

Domus Magnus schrijft in een verbeterplan op 3 september 2017 aan de inspectie dat het hoofd zorg van De Magistraat gaat starten met een opleiding tot verpleegkundige. Tijdens het inspectiebezoek blijkt dat hier geen sprake van is.

In de huiskamer waar cliënten met een PG zorgvraag verblijven, is van 08:00 uur tot 20:00 uur toezicht aanwezig. Een gesprekspartner geeft als voorbeeld dat indien cliënten negatief op elkaar reageren er altijd een zorgverlener komt ter ondersteuning.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. In het beleid 'psychofarmaca en onbegrepen gedrag' van Domus Magnus staat als uitgangspunt omschreven dat voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca een gedragsanalyse plaatsvindt. In de getoetste cliëntdossiers is dat niet gebeurd. Zorgverleners zijn bij navraag niet op de hoogte.

Zorgverleners geven aan dat bepaalde medicatie volgens protocol dubbel geparafeerd moet worden, bijvoorbeeld fentanylpleisters. Bij het inzien van de

medicijnklappers blijkt dat deze medicatie niet dubbel geparafeerd is. Ook blijkt bij navraag dat hier geen MIC-melding van gemaakt is. Een gesprekspartner geeft aan dat dit wel had gemoeten.

De inspectie ziet dat zorgverleners niet altijd handelen volgens werkafspraken. Controle op de medicatie door de verantwoordelijke dienst heeft niet plaats gevonden, terwijl dat wel de afspraak is.

Een zorgverlener vertelt dat protocollen beschikbaar zijn voor alle medewerkers op intranet. Bij verpleegtechnische handelingen zoals injecteren en katheteriseren wordt volgens een zorgverlener gewerkt volgens protocol.

Norm 2.7

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat niet** aan de norm.

In de getoetste cliëntdossiers ontbreken adviezen van behandelaren voor zorgverleners. Het is niet navolgbaar wie welke beslissingen heeft genomen, op welk moment deze beslissingen zijn genomen, en waarom. Dit blijkt met name uit cliëntsituaties die over onbegrepen gedrag gaan. En specifiek over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals het gebruik van bedekken.

De huisarts, en regelmatig de praktijkondersteuner, brengt wekelijks een bezoek aan locatie De Magistraat. Een externe GZ- psycholoog en een SO kunnen op verzoek van zorgverleners geconsulteerd worden. In de praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Voor een cliënt met complex gedrag is geen benaderingsplan beschikbaar, ondanks de betrokkenheid van externe expertise. Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat zij door het ontbreken van passende adviezen, verschillende gedragsinterventies gebruiken. Deze interventies zijn niet vastgelegd en zorgverleners evalueren ze niet. Hierdoor weten zorgverleners niet welke interventies effectief zijn.

In een cliëntdossier noteren verschillende zorgverleners dat er sprake is van (aanhoudend) onbegrepen gedrag. Het blijft bij deze constatering, hier wordt geen actie op ondernomen. Het is niet duidelijk wie hier verantwoordelijk voor is.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1¹

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Domus Magnus werkt vanuit de visie 'de bedoeling'. In het kwaliteitsjaarplan 2018 staan de volgende kernelementen beschreven: 'prioriteiten stellen, keuzes maken, inzetten op en monitoren van wat belangrijk is, samenwerken over locaties en disciplines heen, samen voor het welzijn van bewoners'. Een concrete visie op persoonsgerichte zorg ontbreekt hierin. Tijdens het inspectiebezoek wordt niet duidelijk op welke wijze invulling is gegeven aan bovenstaande kernelementen. De

inspectie ziet wel dat er aandacht is voor welzijn, bijvoorbeeld in de vorm van gastvrijheid en maaltijden.

Binnen locatie De Magistraat bestaat een lokale cliëntenraad. De cliëntenraad heeft regelmatig contact met de locatiemanager.

Locatie De Magistraat heeft geen Bopz aanmerking. Alle cliënten die zelfstandig bewegen kunnen zich vrij door de locatie en in de tuin begeven. De toegangspoort is afgesloten, en kan overdag geopend worden door op een verdekt opgestelde knop te duwen. Deze is bevestigd aan de achterzijde van een paal.

De opstelling van de toegangsknop vormt hierdoor voor een aantal cliënten een barrière om zelfstandig de locatie te kunnen verlaten.

In de zuidvleugel van het pand is een trappenhuis, welke voor alle cliënten toegankelijk is. Er zijn geen voorzieningen aanwezig om het risico op een val van de trap te beperken.

Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. De inspectie ziet het overzicht MIC meldingen (derde en vierde kwartaal 2017) in. Daarnaast ziet de inspectie in de getoetste cliëntdossiers ook de meldingen van individuele cliënten. De thema's uit de MIC-meldingen betreffen vooral medicatie, vallen, en agressie. Dit beeld bevestigen gesprekspartners tijdens het inspectiebezoek. Naar aanleiding van de meldingen zoekt de MIC commissie niet navolgbaar naar (basis)oorzaken. Met name de meldingen over agressie leiden niet zichtbaar tot een analyse, of structurele verbetering van de zorg. Het blijft bij het vaststellen van een (bijna) incident.

Een gesprekspartner vertelt dat er een controlesysteem voor medicatietoediening is ingesteld naar aanleiding van een MIC. In de drie medicijnklappers ziet de inspectie dat deze controle in de dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek, en op de bezokedag zelf niet zijn uitgevoerd.

In de MIC-commissie zitten meerdere zorgverleners en de locatiemanager. Zorgverleners werkzaam bij locatie De Magistraat melden regelmatig incidenten en geven tijdens het inspectiebezoek aan zich veilig te voelen om te melden.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat niet** aan de norm. Er is actuele managementinformatie beschikbaar waaronder ZZP's, verzuim, en MIC-meldingen. Het is niet inzichtelijk hoe deze informatie wordt gebruikt om systematisch te werken aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Gesprekspartners kennen verschillende verbetermaatregelen die Domus Magnus zou hebben doorgevoerd naar aanleiding van meldingen aan de inspectie niet.

In het visiedocument 'Domus Magnus 2020' staat dat onder andere medicatieveiligheid een dagelijks speerpunt is. De overzichten en analyses van MIC-meldingen over medicatie die de inspectie inziet, hebben (nog) niet geleid tot

systematische kwaliteitsverbetering. De PDCA-cyclus voor het leren van (bijna) incidenten komt niet zichtbaar op gang.

Gesprekspartners geven aan dat er de laatste jaren op de locatie een groot personeelsverloop is geweest. Zowel in de zorg als in het management zijn wisselingen geweest volgens gesprekspartners. De locatiemanager heeft met een andere locatiemanager van positie gewisseld. Ook zijn meerdere zorgverleners naar andere locaties verplaatst of uit dienst gegaan. Hierdoor is de continuïteit van bijvoorbeeld de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV) gemist. Domus Magnus geeft in een naschrift aan dat de locatiemanager al wel drie jaar voor Domus Magnus werkt.

In het visiedocument 'Domus Magnus 2020', en het 'kwaliteitsjaarplan 2018' wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers. Bijvoorbeeld ten aanzien van scholing en kwaliteit. Op welke wijze Domus Magnus hier een bijdrage aan levert is niet beschreven.

Norm 3.4

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels niet** aan de norm. Het sturen op kwaliteit en het stimuleren van medewerkers om te leren met en van elkaar, ziet de inspectie niet terug tijdens het bezoek. Gesprekspartners geven aan dat er geen specifieke thema's of speerpunten zijn waaraan gezamenlijk gewerkt wordt. Vanuit een melding aan de inspectie over locatie De Magistraat zijn hier wel aanknopingspunten voor. Het omgaan met onbegrepen gedrag wordt hierin meerdere malen als voorbeeld gegeven. In een naschrift meldt Domus Magnus dat van januari tot en met maart 2018 een training onbegrepen gedrag gegeven wordt voor het team van De Magistraat door een externe partner. Gesprekspartners zijn zich hiervan echter niet bewust tijdens het inspectiebezoek.

De locatiemanager is tijdens het inspectiebezoek afwezig. De coördinator zorg (niveau 3 verzorgende IG) heeft in de week van het inspectiebezoek haar laatste werkweek op de locatie. De coördinator zorg gaat binnen Domus Magnus een opleidingstraject in tot locatiemanager. In het kader van dit traject wordt de coördinator zorg tijdens het inspectiebezoek niet zichtbaar ondersteund vanuit het management. Het is voor de inspectie niet duidelijk op welke wijze mogelijkheden om te leren en te verbeteren worden benut, zowel binnen de organisatie als op medewerkers niveau.

Tijdens het bezoek treft de inspectie gemotiveerde en betrokken medewerkers. Zorgverleners geven aan dat zij elkaar aan durven spreken. Er wordt een open sfeer ervaren, waarin zij feedback kunnen geven en ontvangen.

Norm 3.5¹

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

Volgens de inspectie **voldoet locatie De Magistraat grotendeels** aan deze norm. Cliëntvertegenwoordigers zijn aanwezig tijdens het inspectiebezoek. Zij tonen zich betrokken bij het beleid en de organisatie. Zorgverleners geven aan de aanwezigheid en betrokkenheid van cliëntvertegenwoordigers te waarderen.

Cliëntvertegenwoordigers willen nog meer betrokken worden door zorgverleners en locatiemanagement bij de dagelijkse zorg voor hun dierbare.

Zorgverleners kunnen cliëntvertegenwoordigers meer betrekken bij het formuleren van benaderingswijzen en zorginhoudelijke wensen. Uit een MIC-overzicht die de inspectie inziet, is hiertoe wel een voornemen beschreven. Er wordt een afspraak gepland met familie van een cliënt om te analyseren hoe zorgverleners het beste om kunnen gaan met de wisselende stemming van de cliënt.

Bijlage 1 Methode

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

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Twee cliëntvertegenwoordigers;
- Observatie van drie cliënten, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met vijf medewerkers;
- Vier cliëntdossiers;
- Documenten zoals genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

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

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

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

Uitleg observatiemethode SOFI

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

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

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

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

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

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Verzuimstatistiek Magistraat 18-01-2018
- MIC 1^e en 2^e kwartaal 2017
- MIC analyse 3^e kwartaal 2017
- MIC analyse 4^e kwartaal
- MIC commissie verslag 4^e kwartaal
- Domus Magnus visieboekje 2020
- Verbeterplan Magistraat
- Kwaliteitsjaarplan 2018
- Opleidingsjaarplan Magistraat 2018
- Personeelsbestand Magistraat 2017-2018
- Twee weekmails Magistraat
- Beleid vrijheidsbeperking en wilsonbekwaamheid Domus Magnus
- Procedure vrijheidsbeperkende maatregelen
- Beleid psychofarma en onbegrepen gedrag
- Overzicht ZPP bewoners Magistraat