



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

Rapport van het inspectiebezoek  
aan DM Exploitatie B.V., locatie  
De Uylenburgh in Amsterdam op  
20 februari 2018

Utrecht, april 2018

V2004816

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving zorgaanbieder 3
1.2.1	Beschrijving DM Exploitatie B.V. 3
1.2.2	Beschrijving De Uylenburgh 4
<b>2</b>	<b>Conclusie 6</b>
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Wat gaat goed 6
2.3	Wat kan beter 6
2.4	Wat moet beter 7
2.5	Conclusie bezoek 7
<b>3</b>	<b>Wat zijn de vervolgacties 9</b>
3.1	Vervolgacties van de inspectie 9
3.2	De vervolgactie die de inspectie van u als zorgaanbieder verwacht 9
<b>4</b>	<b>Resultaten 10</b>
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 10
4.1.1	Resultaten 10
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 13
4.2.1	Resultaten 13
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 17
4.3.1	Resultaten 17
<b>Bijlage 1</b>	<b>Methode 20</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Beoordeelde documenten 22</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) bracht op 20 februari 2018 een onaangekondigd bezoek aan Domus Magnus Holding B.V. (hierna: Domus Magnus), woonzorglocatie De Uylenburgh (hierna: locatie De Uylenburgh) in Amsterdam.

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 de locatie Holland van Domus Magnus. De inspectie stelde die locatie op 21 juli 2016 voor de duur van zes maanden onder verscherpt toezicht. De inspectie stelde onder andere een verscherpt toezicht in omdat de afspraken over en de zorg aan de bewoners niet navolgbaar waren. Ook hadden de oproepmedewerkers geen toegang in de cliëntdossiers. De locatie Holland was geen Bopz-aangemerkte instelling en de cliënten verbleven er vrijwillig. Toch was er sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen in de vorm van codesloten, (beweging)sensoren en gedragsregulerende medicatie (psychofarmaca). De toestemming voor dergelijke maatregelen ontbrak.

Het Verscherpt Toezicht werd op 27 januari 2017 opgeheven. Op 16 januari 2018 besloot de inspectie een andere locatie van Domus Magnus te bezoeken om te toetsen of verbetermaatregelen naar aanleiding van het verscherpt toezicht en naar aanleiding van meldingen waren doorgevoerd. Locatie De Magistraat is gekozen omdat op deze locatie verbetermaatregelen naar aanleiding van een melding konden worden getoetst.

De bevindingen van het bezoek op 16 januari 2018 gaven aanleiding om nog een locatie van Domus Magnus te bezoeken. Locatie De Uylenburgh is gekozen omdat deze locatie niet eerder is bezocht, en er geen informatie over deze locatie beschikbaar is vanuit meldingen. De inspectie toetst in dit bezoek onder andere 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 Holding B.V. 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 Uylenburgh*

Locatie De Uylenburgh heeft 37 appartementen. De appartementen variëren in grootte van 50 tot 110 m<sup>2</sup>. Ieder appartement beschikt over een woonkamer, een slaapkamer, sanitair, en een eigen keuken. Daarnaast zijn er in De Uylenburgh gemeenschappelijke ruimtes. Op de begane grond, grenzend aan de binnentuin, is een ruimte die door middel van een wand gescheiden kan worden. Een helft van deze ruimte wordt gebruikt als huiskamer voor cliënten met een psychogeriatrische (hierna: PG) zorgvraag. De andere helft van de ruimte wordt vooral gebruikt door cliënten met een somatische zorgvraag. De gemeenschappelijke ruimte wordt gebruikt als restaurant, en er worden gezamenlijke activiteiten georganiseerd. In het souterrain is een pedicure en een kapsalon.

#### Cliënten en zorgzwaarte

Ten tijde van het inspectiebezoek op 20 februari 2018 wonen er 35 cliënten in locatie De Uylenburgh. De cliënten hebben een somatische en/of psychogeriatrische zorgvraag. Alle cliënten verblijven op vrijwillige basis binnen locatie De Uylenburgh.

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

In locatie De Uylenburgh wonen op 20 februari 2018 35 cliënten:

- Elf cliënten die Zvw geïndiceerde zorg ontvangen
- Zes cliënten met een Wlz zorgindicatie VV4
- Elf cliënten met een Wlz zorgindicatie VV5
- Vijf cliënten met een Wlz zorgindicatie VV6
- Eén cliënt met een Wlz zorgindicatie VV7
- Eén cliënt verblijft zonder zorgindicatie in De Uylenburgh.

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). Twee cliënten ontvangen zorg gefinancierd uit een persoonsgebonden budget (hierna: PGB).

### Personeelsamenstelling

Binnen locatie De Uylenburgh zijn 55 medewerkers werkzaam, in totaal 13,4 FTE.

Omvang dienstverband	Aantal medewerkers
80-100%	11
8-80%	10
Oproepmedewerkers 0%	34

Binnen locatie De Uylenburgh zijn 7 vaste zorgverleners werkzaam, in totaal 5,4 FTE. Hiervan zijn twee zorgverleners nog in opleiding (BBL Verzorgende IG). Het vaste zorgteam bestaat uit verzorgenden IG niveau 3 en enkele medewerkers met de titel zorgteam. Gedurende de week zijn er dagelijks twee medewerkers welzijn aanwezig van 10.00 uur tot 20.00 uur. Deze uren zijn verdeeld over twee diensten, die elkaar deels overlappen. In het weekend is er één medewerker welzijn van 10:30 tot 19:30 aanwezig. De medewerker welzijn doet activiteiten met cliënten en houdt toezicht in de huiskamer waar cliënten met een PG zorgvraag verblijven.

Een vaste huisarts verleent de medische zorg aan cliënten van De Uylenburgh. De huisarts is wekelijks op een vaste dag aanwezig. Daarnaast is de Physician Assistant van de huisartsenpraktijk ook wekelijks op een vaste dag aanwezig in De Uylenburgh. Enkele cliënten maken gebruik van andere huisartsen. De expertise van een Specialist Ouderengeneeskunde (hierna: SO) kan op consultbasis worden ingeroepen door de huisarts of zorgverleners. De SO is tenminste wekelijks aanwezig in de Uylenburgh, op de dag dat ook de huisarts er is voor de visite. Sinds kort kunnen zorgverleners en de huisarts ook de expertise van een psycholoog inroepen. Indien nodig kunnen zorgverleners ook de eerstelijns hulp van een fysiotherapeut en ergotherapeut inschakelen. Geen van deze behandelaren zijn in dienst bij Domus Magnus. Locatie De Uylenburgh werkt samen met een vaste apotheek.

In de nachtdienst is één zorgverlener werkzaam, tenminste een verzorgende IG niveau 3. Bij calamiteiten in de nachtdienst kan de nachtdienst een beroep doen op een extern verpleegkundige vanuit een andere (thuiszorg) organisatie. 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 dienstdoende Domus Magnus locatiemanager gebeld worden.

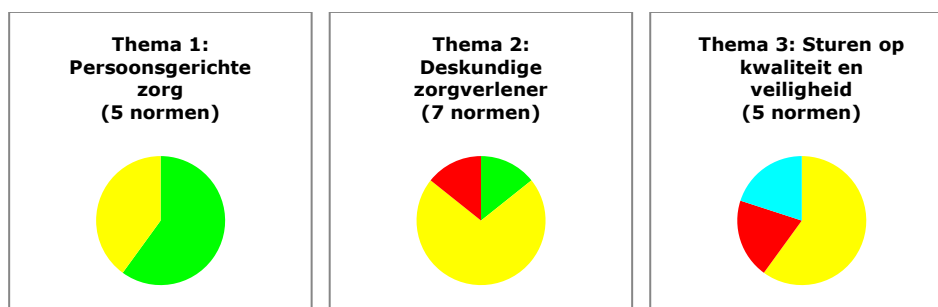
## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting. Hierin vindt u een overzicht met daarin de beoordeling hoe de inspectie de geleverde zorg ziet. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over De Uylenburgh. 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.

In hoofdstuk 4 ziet u het oordeel op normniveau terug van het bezoek van 20 februari 2018.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

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



### 2.2 Wat gaat goed

Bij de Uylenburgh staan de deuren open. Cliënten en cliëntvertegenwoordigers lopen gedurende de dag in en uit. Zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers beschikken over een sleutel om de locatie binnen te gaan en zelfstandig te verlaten. Het management en de medewerkers hebben een open en betrokken houding. Zorgverleners hebben contact met cliëntvertegenwoordigers en nodigen cliëntvertegenwoordigers uit voor het periodiek gehouden multidisciplinair overleg. Het informele netwerk van cliënten wordt zo goed als mogelijk ondersteund.

Zorgverleners bejegenen cliënten persoonlijk, respectvol en beleefd. Zorgverleners kennen de cliënten goed. De Uylenburgh besteedt veel aandacht aan diversiteit en keuzemogelijkheden in het aanbod van maaltijden.

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

Het locatiemanagement is zich bewust van de grenzen die er zijn aan de zorg in De Uylenburgh. Daarvoor is onder andere het initiatief genomen om binnenkort meer gedragskundige kennis in huis te halen en het verder concreet maken van de grenzen van de zorgverlening.

### 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 Uylenburgh

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 Uylenburgh moet verbeterd worden. Cliënten van De Uylenburgh 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 Uylenburgh 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 bijvoorbeeld 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 Uylenburgh voldoet niet aan twee van de 16 getoetste normen, grotendeels niet aan 10 van de 16 getoetste normen en grotendeels wel aan vier 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 vervolgactie 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 20 februari 2018 niet werd voldaan, de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt. De inspectie verwacht dat De Uylenburgh de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt om binnen zes maanden te voldoen aan de normen. De Uylenburgh 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 Uylenburgh 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 De Uylenburgh wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

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

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

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

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

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

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

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

Blauw: De norm is **niet getoetst**

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

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

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1.1<sup>1</sup>

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm.

Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat zorgverleners het zorgplan niet structureel met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger bespreken. De omgang met cliëntvertegenwoordigers is volgens zorgverleners soms moeizaam. De inspectie ziet dat ook beschreven in een cliëntdossier. Hierdoor is inspraak in zorgdoelen, behandeling, en ondersteuning moeilijk te realiseren. De afspraak bij Domus Magnus is dat cliënten(vertegenwoordigers) zorgplannen na bespreking tekenen. Bij toetsing van de cliëntdossiers ziet de inspectie zorgplannen die niet ondertekend zijn door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. Een gesprekspartner geeft aan dat de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger wel akkoord is. De zorgverlener wijzigt de status van het zorgplan naar actueel tijdens het inspectiebezoek. In de zorgplannen staan vooral algemene doelen beschreven. Bijvoorbeeld het doel dat de administratie op orde is, en het appartement van de cliënt schoon is. Er wordt weinig gewerkt met cliëntspecifieke zorgdoelen.

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

Volgens gesprekspartners vindt er voor iedere cliënt twee keer per jaar een multidisciplinair overleg (hierna: MDO) plaats. De Uylenburgh nodigt cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers uit om bij dit overleg aanwezig te zijn. Daarnaast is het voor cliëntvertegenwoordigers mogelijk contact op te nemen met zorgverleners als zij wensen over de zorg hebben. Ook hebben zij toegang tot het systeem Caren. Cliëntvertegenwoordigers bespraken bijvoorbeeld met de zorgverleners de wens om een echtpaar zolang mogelijk samen te laten wonen.

#### Norm 1.2<sup>1</sup>

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken, tijdens de rondgang door de locatie, en uit de observaties komt naar voren dat alle zorgverleners de cliënten goed kennen. Gesprekspartners vertellen dat een cliënt geschiedenis heeft gestudeerd, en in een museum heeft gewerkt. Als de cliënt onrustig is, dan praten zorgverleners met de cliënt over deze onderwerpen, waardoor de onrust afneemt. Deze afspraak ziet de inspectie terug in het cliëntdossier.

Met kerst krijgen alle cliënten een kaart waarop ze een wens kunnen schrijven, zoals eten in een favoriet restaurant, of een bezoek aan de oude buurt. Deze wens wordt in het daarop volgende jaar vervuld.

Locatie De Uylenburgh houdt rekening met persoonlijke voorkeuren van cliënten, en cliënten krijgen keuzemogelijkheden. Gesprekspartners geven aan dat er rekening wordt gehouden met dieetwensen, zoals vegetarisch of diabetes. Er wordt veel aandacht besteed aan een diversiteit in het aanbod van maaltijden.

De georganiseerde activiteiten zijn voornamelijk groepsactiviteiten. Zo wordt er bijvoorbeeld een presentatie over kunst, of een concert aangeboden. Een gesprekspartner geeft aan dat zij bij het aanbieden van activiteiten zoveel mogelijk rekening houden met de doelgroep. Door de diversiteit in zorgvragen en zorgbehoeften zijn de groepsactiviteiten niet voor iedere cliënt geschikt. Cliënten met een somatische zorgvraag ervaren het gedrag van cliënten met een PG zorgvraag bij groepsactiviteiten soms als belastend. Gesprekspartners vertellen dat individuele activiteiten mogelijk zijn, maar dit behoort niet tot het structurele aanbod.

Voor sommige cliënten is volgens de manager facilitair een levensboek gemaakt, met daarin bijvoorbeeld persoonlijke foto's. Anderzijds liggen wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen niet structureel vast in het cliëntdossier. Een beschrijving van de levensgeschiedenis van de cliënt is niet altijd in het cliëntdossier aanwezig.

#### Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels niet** aan deze norm.

Uit gesprekken met medewerkers, tijdens de rondgang door de locatie, en uit de observaties komt naar voren dat er aandacht is voor eigen regie van cliënten. Zorgverleners respecteren de autonomie van cliënten. Een zorgverlener vertelt dat ze een cliënt tweemaal per week helpen met douchen. Als de cliënt aangeeft op een andere dag onder de douche te willen dan kan dit. Tegelijkertijd spreken zorgverleners af, en leggen vast, dat cliënten op gezette tijden het toilet bezoeken.

Een cliënt met onbegrepen gedrag zorgt regelmatig voor onrust in de huiskamer waar medecliënten met een PG zorgvraag verblijven. Om die reden spreken zorgverleners af de cliënt, buiten de maaltijden om, zoveel mogelijk in het eigen appartement te laten

verblijven. De cliënt kan niet goed staan, zit in een rolstoel, en is bekend met valrisico. De cliënt kan als ze eenmaal op haar appartement zit niet meer zelfstandig het appartement verlaten. In het cliëntdossier leest de inspectie niet wat de cliënt vindt van deze maatregel. In het dossier staat daarentegen beschreven dat de cliënt behoefte heeft aan sociaal contact en antidepressiva gebruikt. In het dossier staat niet beschreven of de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger akkoord is met deze afspraak.

Tijdens de observatie in de huiskamer ziet en hoort de inspectie dat zorgverleners aan cliënten vragen wat zij tijdens de lunch willen eten en hoeveel. Gesprekspartners vertellen dat als de cliënt dat aangeeft, er de mogelijkheid is om in het eigen appartement te eten.

#### Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels** aan deze norm. Uit gesprekken met zorgverleners, tijdens de rondgang door de locatie, en uit de observaties blijkt dat er binnen de locatie veel aandacht is voor normen en waarden. Voordat het appartement van cliënten wordt binnengegaan, wordt eerst aangebeld of geklopt en gevraagd of de zorgverlener verder mag komen. Een cliënt heeft bezoek waarop de zorgverlener aangeeft op een later moment terug te komen. Zorgverleners spreken op een respectvolle manier over cliënten en benaderen hen op een positieve wijze. Tijdens de observatie in de huiskamer ziet en hoort de inspectie dat een zorgverlener aandacht heeft voor de sfeer in de huiskamer. De muziek wordt tijdens de lunch bijvoorbeeld uitgezet, zodat cliënten rustig kunnen eten.

De inspectie ziet diverse voorbeelden waarin zorgverleners aansluiten bij de belevingswereld van cliënten. De ene cliënt wordt benaderd met woorden, een andere cliënt vooral non-verbaal, door een korte aanraking. Daarentegen blijkt uit gesprekken met zorgverleners en uit inzage in cliëntdossiers, dat er weinig aandacht is voor de invloed van bejegening door zorgverleners op het gedrag van cliënten.

Zorgverleners hebben afgesproken een cliënt aan te spreken op dwingend gedrag. In het cliëntdossier leest de inspectie dat de cliënt niet te corrigeren is. Een analyse van het onbegrepen gedrag ontbreekt, evenals een eenduidige benaderingswijze. Een gesprekspartner vertelt dat zorgverleners gedurende de dag onderling afstemmen op welke wijze de cliënt het beste benaderd kan worden. Uit het dossier blijkt niet op welke wijze de cliënt graag zou worden aangesproken

#### Norm 1.5

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels** aan deze norm. Gesprekspartners geven aan dat er in gesprekken met familieleden wordt gezocht naar mogelijkheden om de zorgverlening beter aan te laten sluiten bij de cliënt. Op verzoek van familie is 'De Mantelaar' (mantelzorgondersteuning door zorgstudenten) ingeschakeld om de cliënt meer individuele aandacht te geven. Een zorgverlener vertelt dat een cliënt wordt ondersteund om tweemaal per week een familielid te bellen, om dit contact in stand te houden. In locatie De Uylenburgh zijn geen bezoektijden. Indien gewenst kan de cliënt samen met visite de maaltijd gebruiken in de gezamenlijke ruimte, of in het eigen appartement. Cliënten hebben de mogelijkheid om hun verjaardag te vieren binnen de locatie met een aantal gasten.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

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

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

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

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

### 4.2.1 Resultaten

#### Norm 2.1

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm.

In de getoetste cliëntdossiers treft de inspectie risicosignaleringen aan die deels, of niet correct zijn ingevuld. De ingevulde risicosignaleringen krijgen geen structureel vervolg in zorgdoelen. De levensdomeinen in het zorgplan zijn niet in alle cliëntdossiers ingevuld. Hierdoor is niet inzichtelijk op welke wijze zorgverleners hun professionele afwegingen maken en deze vertalen naar cliëntspecifieke zorgdoelen.

Cliënten verblijven vrijwillig in De Uylenburgh. De inspectie ziet dat bij meerdere cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen zijn ingezet zoals het gebruik van beddekken, psychofarmaca en beddekken. Het cliëntdossier bevat hierover geen aantoonbare professionele afweging. Een gedragsanalyse of -interventie voorafgaand aan de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen ontbreekt. In het cliëntdossier is niet vastgelegd of alternatieven zijn overwogen.

De inspectie ziet in twee cliëntdossiers dat de cliënt zelf heeft getekend voor de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. Van één van deze cliënten is echter op het formulier vrijheidsbeperkende maatregelen vastgelegd dat de cliënt wilsonbekwaam is. Ook is niet vastgelegd of de cliënt voor andere handelingen of beslissingen wilsbekwaam is. Voor deze cliënt is geen officiële vertegenwoordiger beschikbaar. Vanwege het moeizaam verloopende contact met familie van de cliënt, is na aandringen van de locatiemanager, door familie een tussenpersoon ingehuurd. Over de wilsbekwaamheid van de andere cliënt is in het cliëntdossier geen informatie opgenomen.

Uit een gesprek blijkt dat zorgverleners het eerst zoeken naar een oplossing met psychofarmaca bij cliënten met onbegrepen gedrag. Dit ziet de inspectie ook terug in een cliëntdossier. De inspectie leest ook in het dossier dat de cliënt medicatie uit de handen van een zorgverlener slaat en dit weigert in te nemen. Op advies van een

collega zorgverlener is de medicatie vervolgens gemaskeerd toegediend in een beker drinken.

De inspectie ziet dat individuele benaderingsplannen voor cliënten met onbegrepen gedrag veelal ontbreken. Een zorgverlener vraagt aan de inspectie of er een algemene benaderingswijze is voor het omgaan met onbegrepen gedrag.

Een gesprekspartner vertelt over een cliënt dat cliëntvertegenwoordigers het valrisico en dwaalgedrag accepteren. De voor De Uylenburgh bereikte grenzen aan de zorg zijn met hen besproken. De cliënt heeft een valrisico, woont bovenaan een trap, en loopt nog zelfstandig trappen. Vanwege het dwaalgedrag van de cliënt is in overeenstemming met familie een beroep gedaan op 'De Mantelaar'. Elke nacht slaapt er iemand in De Uylenburgh om bij onrust of dwaalgedrag in te kunnen grijpen. In afwachting van een Bopz indicatie is met cliëntvertegenwoordigers afgesproken dat de cliënt binnen drie maanden moet worden overgeplaatst naar een andere woonvoorziening. Deze afspraak is nog niet vastgelegd in het cliëntdossier. Het formulier 'Grenzen aan de zorg' is volgens Domus Magnus beleid ingevuld. De inspectie ziet deze terug in het cliëntdossier.

Volgens gesprekspartners worden veiligheidsrisico's afgewogen tegen de kwaliteit van leven van de cliënt. Alle cliënten kunnen zelfstandig de locatie verlaten. Een cliënt met dwaalgedrag heeft dit jaar tweemaal onopgemerkt De Uylenburgh verlaten. Na een zoektocht door medewerkers is de cliënt in de buurt van de locatie ongedeed gevonden. De cliënt heeft nu een GPS systeem.

Bij opname van nieuwe cliënten worden veiligheidsrisico's meegewogen als inclusiecriteria. Gelijktijdig vertelt een gesprekspartner dat de organisatie geen invloed heeft in welk appartement een cliënt komt te wonen. Zo kan bijvoorbeeld een cliënt met een PG zorgvraag en een valrisico, in een appartement komen te wonen bovenaan een steile trap.

## Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh niet** aan de norm.

In de getoetste cliëntdossiers is het methodisch werken onvoldoende terug te zien. Zorgverleners baseren zorgplannen niet structureel op actuele risico-inventarisaties of de leefgeschiedenis, wensen en behoeften van cliënten. De doelen uit zorgplannen zijn vaak algemeen. Op de doelen uit de zorgplannen rapporteren zorgverleners niet structureel. Gedragsanalyses, benaderingswijzen en gedragsinterventies ontbreken vaak in de getoetste cliëntdossiers. Zorgverleners werken in de dagelijkse zorg met looplijsten. Hierop staat per cliënt de bijzonderheden voor de zorgmomenten beschreven. Het systeem van de looplijsten gebruiken zorgverleners naast de cliëntdossiers. De inspectie vergelijkt de looplijsten met enkele cliëntdossiers. De informatie uit de looplijsten komt niet volledig overeen met de cliëntdossiers.

In een cliëntdossier ziet de inspectie een benaderingswijze van een psycholoog uit 2013. Hierin staat dat het niet gepast is om het vraaggedrag van cliënt te corrigeren. Zorgverleners rapporteren echter herhaaldelijk dat de cliënt niet was te corrigeren op vragend gedrag.

Gesprekspartners geven aan naar eigen inzicht te handelen bij onbegrepen gedrag, of aan collega's te vragen hoe hiermee om te gaan.

Ingezette interventies en vrijheidbeperkende maatregelen zijn niet zichtbaar geëvalueerd.

In een cliëntdossier leest de inspectie dat de cliënt onrustig en dwingend kan zijn, en graag wil roken. Gesprekspartners herkennen dit gedrag en gaan dagelijks een aantal keer naar buiten zodat de cliënt kan roken. In het cliëntdossier is niet beschreven welke gedragsinterventies zijn ingezet, en de eventuele reactie van de cliënt daarop. Gesprekspartners kunnen niet verhelderen welke interventies effectief zijn. Onderling vindt nauwelijks afstemming plaats.

Een gesprekspartner geeft aan dat niet duidelijk is waaraan een goed zorgplan moet voldoen. De getoetste cliëntdossiers zijn niet compleet. Zorgverleners werken niet methodisch, de zorg is daardoor niet navolgbaar. Het 'opleidingsjaarplan De Uylenburgh 2018' bevat geen scholing gericht op het thema methodisch werken.

### 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 De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm. Binnen De Uylenburgh 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. Ten tijde van het bezoek vindt geen omgangsoverleg of gedragsvisite plaats. Tegelijkertijd zijn zorgverleners zich niet zichtbaar bewust van de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënten. Ook wordt hier onderling niet over gesproken. Het voornemen is om met de nieuwe psycholoog eens per zes weken een omgangsoverleg te organiseren, waarin ook ruimte is voor casuïstiekbespreking. Momenteel zijn er geen casuïstiek besprekingen.

Uit gesprekken blijkt dat er agressie incidenten plaats vinden tussen cliënten en soms richting zorgverleners. Een gesprekspartner vertelt wanneer er sprake is van een ruzie tussen cliënten, zorgverleners dit naar eigen inzicht oplossen. Soms wordt een MIC-melding van een dergelijk incident gedaan, waarbij de afweging is of er sprake is van letsel. Dergelijk gedrag hoort volgens de gesprekspartner bij het dementieel beeld van een aantal cliënten.

Binnen De Uylenburgh is regelmatig teamoverleg voor zorgverleners en een apart overleg voor medewerkers welzijn. Behandelaren en andere externe deskundigen zijn niet aanwezig bij dit overleg. Gesprekspartners geven aan vooral met elkaar te praten over praktische zaken, zoals opruimen en andere taken. Alle locatiemanagers overleggen maandelijks met elkaar, waarin bijvoorbeeld belangrijke gebeurtenissen en incidenten worden gedeeld. De stagiaires hebben vaste praktijkbegeleiders waarmee regelmatig gesprekken zijn. Praktijkbegeleiders en andere collega's zijn laagdrempelig benaderbaar.

### 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 De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm. In het 'opleidingsjaarplan De Uylenburgh 2018' staat geen doelgroep specifieke scholing gepland. Tijdens gesprekken over scholing tonen zorgverleners vooral interesse in somatische zorgverlening en verpleegtechnische handelingen.

Het scholingsaanbod binnen De Uylenburgh bestaat grotendeels uit het volgen van e-learning modules. Er vindt ook praktijkscholing plaats, maar een scholing over injecteren is recent uitgesteld. De Physician Assistant van de huisartsenpraktijk geeft af en toe een klinische les. Vanwege de korte periode dat een aantal gesprekspartners in dienst zijn, kunnen zij nog niet aangeven waarover de lessen gaan. Het is de wens van Domus Magnus om klinische lessen volgens een vaste structuur aan te bieden. Dat is nu niet het geval. In de scholingen voor zorgverleners ligt de focus op het medische/somatische vlak, zoals wondzorg en katheteriseren.

#### 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 De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm. De Uylenburgh 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. De locatiemanager geeft aan dat De Uylenburgh te maken heeft met vacatures in de zorgverlening. Hierdoor wordt een beroep gedaan op vijf vaste ZZP-ers verzorgenden IG niveau 3. Deze ZZP-ers worden niet meegenomen in het scholingsplan van de Uylenburgh.

Domus Magnus heeft beleid om niet meer dan één stagiaire per dienst in te zetten. Een gesprekspartner vertelt dat er op meerdere dagen in de week meer dan één stagiaire per dienst aanwezig is. Stagiaires blijken ingezet te worden wanneer de school dit aangeeft.

Volgens het toegestuurd personeelsoverzicht van locatie De Uylenburgh zijn er ten tijde van het bezoek 34 medewerkers met een oproepcontract, waaronder stagiaires. Het is niet navolgbaar wat de zorgaanbieder behalve het toesturen van de periodiek nieuwsbrief en toegang verlenen tot een intern digitaal portaal, doet om de oproepmedewerkers op de hoogte te houden van inhoudelijke ontwikkelingen en adequaat bij te scholen.

In de huiskamer waar cliënten met een PG zorgvraag verblijven, is van 08:00 uur tot 20:00 uur toezicht aanwezig. Een zorgverlener geeft als voorbeeld dat wanneer een cliënt onrustig is de tijd wordt genomen om individuele aandacht te geven. Als dit nodig is dan neemt een collega dit over.

#### 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 De Uylenburgh grotendeels** aan deze norm. Een zorgverlener vertelt dat protocollen beschikbaar zijn voor alle zorgverleners op intranet. Een leerling verzorgende laat zien dat zij protocollen gebruikt bij het leren van verzorgende handelingen zoals wassen.

Tijdens een discussie tussen twee zorgverleners bestaat er onduidelijkheid over welke voedingsmiddelen effect hebben op het glucosegehalte in het bloed. Een zorgverlener vraagt of een cliënt jam kan eten bij een hoge glucosewaarde. Volgens de andere zorgverlener hebben alleen koolhydraten effect op het glucosegehalte. Na het eten van jam wordt de glucosewaarde van de cliënt nogmaals gemeten.



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.

#### 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 De Uylenburgh grotendeels niet** aan de norm. In de getoetste cliëntdossiers ontbreken adviezen van behandelaren voor zorgverleners. Informatie over multidisciplinaire besluitvorming ontbreekt. Met name in cliëntsituaties die over onbegrepen gedrag gaan is niet duidelijk wie wat, wanneer en waarom besloten heeft. De besluitvorming bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is daardoor niet navolgbaar.

De Uylenburgh trok recent een externe GZ-psycholoog aan. Het is de bedoeling dat er eens per twee weken een gedragspreekuur komt waarin de psycholoog de zorgverleners tips geeft over benaderingswijze. Tot nu was er nauwelijks of geen gedragskundige betrokken bij de zorgverlening. De enige benaderingswijze die de inspectie zag was geschreven in 2013 voor een cliënt met onbegrepen gedrag.

In een ander cliëntdossier noteren verschillende zorgverleners dat er sprake is van (aanhoudend) onbegrepen gedrag. Het blijft bij de constatering. Het is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor een benaderingswijze. Zorgverleners geven aan niet te weten wanneer een psycholoog in consult zou moeten komen en geven ook aan dat vrijwel nooit te doen. Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat door het ontbreken van passende adviezen, verschillende gedragsinterventies worden gebruikt. Deze interventies zijn niet vastgelegd en zorgverleners evalueren ze niet. Hierdoor weten zorgverleners niet welke interventies effectief zijn.

De huisarts, de Physician Assistant en de externe SO brengen wekelijks een bezoek aan locatie De Uylenburgh. De huisarts is medisch verantwoordelijk voor de cliënten. Voor iedere cliënt wordt twee keer per jaar een MDO gehouden. Daarbij aanwezig zijn de locatiemanager, het hoofd zorg, een EVV'er, de huisarts en de externe SO. Cliënten en cliëntvertegenwoordigers worden hiervoor ook uitgenodigd. Voor het MDO is een vooroverleg zonder de cliënten of cliëntvertegenwoordigers, hierbij is ook de apotheker aanwezig. In het vooroverleg worden een aantal medische zaken voorbesproken waaronder medicatie.

### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

#### 4.3.1 Resultaten

##### Norm 3.1<sup>1</sup>

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh 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.

Locatie De Uylenburgh heeft geen Bopz aanmerking. Alle cliënten die zelfstandig bewegen kunnen zich vrij door de locatie en in de tuin begeven. De toegangspoort is niet afgesloten. Alle cliënten beschikken over een eigen sleutel en zogenaamde 'druppel' om de deuren te openen.

In het pand zijn een aantal trappenhuizen, welke voor alle cliënten toegankelijk zijn. Enkele cliënten die boven wonen zijn valgevaarlijk en vertonen dwaalgedrag. Er zijn geen voorzieningen aanwezig om het risico op een val van de trap te beperken. De locatiemanager is zich ervan bewust dat er grenzen zijn aan de zorg binnen De Uylenburgh. Ten tijde van het inspectiebezoek woonden er enkele cliënten die niet (meer) passen binnen de insluitingscriteria van De Uylenburgh. De locatiemanager geeft aan zich hiervan bewust te zijn en hiervoor het formulier 'Grenzen aan de zorg' te gebruiken. De locatiemanager heeft de cliëntvertegenwoordiger op de hoogte gesteld van de bereikte grens aan de zorg in De Uylenburgh. De cliënt staat nu op de wachtlijst voor een Bopz aangemerkte voorziening.

### Norm 3.2

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh 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 met name medicatie en vallen. Dit beeld bevestigen gesprekspartners tijdens het inspectiebezoek. In de MIC-commissie zitten twee zorgverleners nivo 3, de locatiemanager en de manager facilitair.

De MIC-commissie is zich bewust van het relatief hoge aantal valincidenten. De MIC-commissie zoekt daarbij niet naar basisoorzaken van het vallen. Wel wordt geconcludeerd dat De Uylenburgh eigenlijk geen passende beschermde omgeving is voor een aantal cliënten. De locatiemanager is hier alert op en heeft de gevolgen van het bereiken van de grenzen in zorgverlening in gang gezet.

Naar aanleiding van de meldingen zoekt de MIC-commissie niet navolgbaar naar (basis)oorzaken. Ook wat betreft de incidenten die betrekking hebben op medicatie is niet gezocht naar basisoorzaken. Locatie De Uylenburgh hanteert een andere werkwijze van bewaren en delen van medicatie. De MIC-commissie heeft niet de effecten van deze werkwijze op de incidenten onderzocht. Op het MIC-overzicht van het vierde kwartaal 2017 staat als verbeteractie vermeld dat gecontroleerd wordt of alle medicatie is gedeeld. Deze activiteit is toegevoegd aan de looplijst.

### Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet De Uylenburgh niet** aan de norm.

Domus Magnus heeft 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. De locatiemanager geeft aan dat er interne audits gedaan worden op de locatie door de kwaliteitsmedewerker van Domus Magnus.

Gesprekspartners geven aan dat er de laatste jaren op de locatie een tekort aan zorgverleners is. Zowel in de zorg als in het management zijn wisselingen geweest. 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.

Binnen De Uylenburgh wordt gewerkt met een zogenaamde kwaliteitsmonitor en daaruit voortvloeiend kwaliteitsindicatoren. In de praktijk wordt dit instrument enkel gebruikt om documenten die verlopen zijn in het cliëntendossier te actualiseren.

#### 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 De Uylenburgh 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. Het is voor de inspectie niet duidelijk op welke wijze mogelijkheden om te leren en te verbeteren in de praktijk worden benut, zowel binnen de organisatie als op medewerkers niveau.

Een cliëntvertegenwoordiger vroeg tijdens een MDO naar het gewicht van de cliënt. De cliënt was een aantal maanden niet gewogen, het gewicht was onbekend. De zorgverlener besloot daarop als antwoord zomaar wat te zeggen. In het cliëntendossier schreef de zorgverlener op dat er zomaar een gewicht genoemd was. Gesprekspartners geven aan dat zoiets wel eens gebeurt maar spreken elkaar hier niet op aan.

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 zorgverleners zeggen feedback te kunnen geven en ontvangen. De inspectie ervaart tijdens het bezoek ook dat gesprekspartners bij De Uylenburgh transparant zijn over het eigen handelen. Leerlingen en stagiaires geven aan dat zij goede begeleiding ontvangen.

#### Norm 3.5<sup>1</sup>

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

De norm is **niet getoetst**

## Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelt de inspectie of de door De Uylenburgh 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

- Gesprek met een cliënt;
- Observatie van 5 cliënten, zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprek met de locatiemanager;
- Gesprekken met 5 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 cliëntenraadsleden. 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

- Domus Magnus visieboekje 2020
- Kwaliteitsjaarplan 2018
- Kwaliteitsplan De Uylenburgh
- Jaarplan De Uylenburgh 2017
- Opleidingsjaarplan Uylenburgh 2018
- Verplichte scholing 2016
- Verzuimstatistiek
- Overzicht ZZP's van cliënten Uylenburgh februari 2018;
- Overzicht Personeelsopbouw De Uylenburgh 2018;
- MIC formulier Q3 2017 en MIC formulier Q4 2017 De Uylenburgh
- Maandmail De Uylenburgh januari 2018
- Maandmail De Uylenburgh december 2017
- Notulen werkoverleg 19 december 2017
- Notulen werkoverleg 26 oktober 2017
- Roosters De Uylenburgh