



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport  
van het hertoetsbezoek aan Stichting  
Amstelring locatie Zorgcentrum Groenelaan te  
Amstelveen op 14 augustus 2014

Amsterdam,  
september 2014

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 3
1.5	Beschrijving locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusies 5</b>
2.1	Overzicht van de resultaten eerdere bezoek 5
2.2	Resultaten eerdere bezoek onvoldoende 6
2.3	Resultaten hertoetsbezoek 6
2.4	Conclusie 6
<b>3</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek 7</b>
3.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid 7
3.2	Cliëntdossier 8
3.3	Deskundigheid en inzet personeel 9
3.4	Medicatieveiligheid 10
3.5	Vrijheidsbeperking 11
3.6	Mondzorg 12
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 13</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten 14</b>

## 1 Inleiding

Op 1 oktober 2013 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de inspectie) een onaangekondigd bezoek aan Stichting Amstelring locatie zorgcentrum Groenelaan te Amstelveen en constateerde dat een aantal normen niet nageleefd werden. Op 14 augustus 2014 heeft de inspectie deze normen opnieuw beoordeeld. De normen waaraan zorgcentrum Groenelaan wel voldeed tijdens het eerste bezoek, zijn niet opnieuw beoordeeld. De rapportage van het eerdere bezoek kan niet los worden gezien van de rapportage van het onaangekondigde hertoetsbezoek.

In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

### 1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

### 1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan zorgcentrum Groenelaan was te beoordelen in hoeverre zorgcentrum Groenelaan na de verbeteracties voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

### 1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen zijn opnieuw getoetst:

- Cliëntdossier.
- Medicatieveiligheid.
- Mondzorg.

De normen zijn gebaseerd op relevante wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

### 1.4 Toetsingskader

De normen die de inspectie toetste zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

## 1.5 **Beschrijving locatie**

Groenelaan is een zorgcentrum, bestaande uit een hoofdgebouw en zes kleinschalige aangebouwde inbandige wooneenheden: de hofjes. Het ligt in de wijk Groenelaan, in de nabijheid van het winkelcentrum Groenelaan en het ziekenhuis. De hofjes hebben uitzicht op een parkje. Zorg wordt geboden aan ongeveer 132 cliënten verdeeld over een afdeling somatiek, een afdeling psychogeriatric en een afdeling revalidatie. Zorgcentrum Groenelaan heeft een aanmerking in het kader van de Wet Bopz.

### Somatische afdelingen

Bewoners met een lichamelijke aandoening verblijven op twee etages in het hoofdgebouw. Elke etage bestaat uit twee wooneenheden van acht of negen bewoners. Alle bewoners hebben een eenpersoonskamer en kunnen gebruik maken van een badkamer en een gezamenlijke woon-/huiskamer met keuken.

### Psychogeriatricische afdelingen

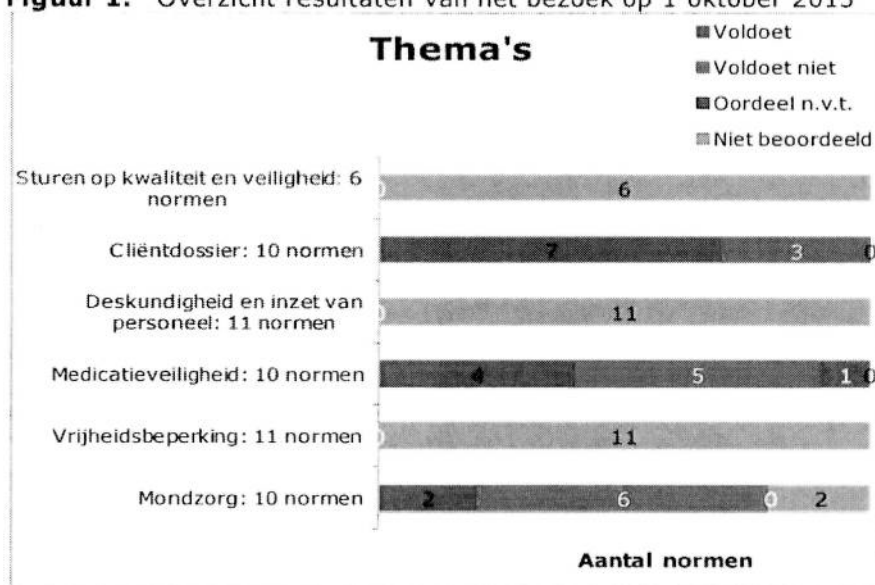
Achter het hoofdgebouw liggen in totaal 78 woningen, verdeeld over zes hofjes. Dit zijn kleine, huiselijke eenheden waar ouderen met dementie veilig wonen. Zij hebben ieder een eigen zit- en slaapkamer. Daarnaast heeft elk hofje een sfeervolle gemeenschappelijke huiskamer en een keuken. Bovendien hebben de hofjes een tuin of balkon.

## 2 Conclusies

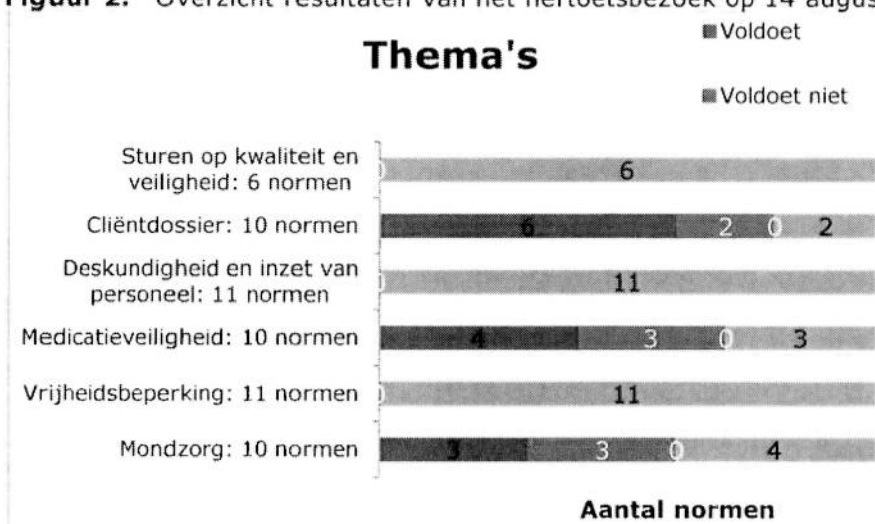
Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de bevindingen van het eerdere bezoek. Daarna volgt een paragraaf met een terugblik op het eerdere bezoek en een paragraaf over het huidige bezoek. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

### 2.1 Overzicht van de resultaten eerdere bezoek

**Figuur 1.** Overzicht resultaten van het bezoek op 1 oktober 2013



**Figuur 2.** Overzicht resultaten van het hertoetsbezoek op 14 augustus 2014



## **2.2 Resultaten eerdere bezoek onvoldoende**

Tijdens het inspectiebezoek van 1 oktober 2013 werd geconstateerd dat zorgcentrum Groenelaan hard werkt aan verbeteringen met aantoonbare resultaten op een aantal thema's ten opzicht van eerdere bezoeken in 2012 en begin 2013. Voor de onderwerpen cliëntdossiers, medicatieveiligheid en mondzorg waren de gesignaleerde risico's nog onvoldoende gereduceerd.

## **2.3 Resultaten hertoetsbezoek**

Uit de resultaten van het hertoetsbezoek bleek dat bij zorgcentrum Groenelaan op getoetste thema's verbeteringen zijn waargenomen. De inspectie trof enthousiaste en betrokken medewerkers aan. De gesprekspartners gaven aan dat de onderlinge samenwerking tussen de teams en verschillende disciplines sterk is verbeterd. Er is een extra teamleider gestart op de PG-afdeling. De teams zijn opnieuw ingedeeld, waarbij is gezocht naar een evenwichtiger samenstelling wat betreft ervaring en deskundigheid. De teamleiders hebben meer tijd om op de afdelingen te zijn en het zorgpersoneel aan te sturen. Er is aandacht voor het welzijn van de bewoners en er zijn veel ideeën om de woonomgeving van de cliënten aantrekkelijker te maken. Het huidige papieren dossier wordt vervangen door een digitaal dossier. De verwachting is dat dit dossier een aantal tekortkomingen uit het huidige dossier ondervangt.

### *Tekort aan deskundig personeel beperkt ambities management*

De ambities van het management en de medewerkers om verbeterplannen te implementeren staan onder druk door het permanent aantal vacatures in deze locatie. Er wordt veel gebruik gemaakt van de inzet van flexkrachten. Wervingsacties vinden plaats maar leveren tot nu toe onvoldoende resultaat op. Omdat hierdoor sprake is van een hoge werkdruk staat de implementatie van verdere verbeterplannen onder druk. Uit de bevindingen van het hertoetsbezoek blijkt dat er verbeteringen zijn, maar dat deze stagneren vanwege gebrek aan voldoende bekwaam personeel. Het zorgpersoneel is goed op de hoogte van bijvoorbeeld de veilige principes medicatieveiligheid en van de wijze waarop het cliëntdossier dient te worden gehanteerd. Het thema mondzorg is voor 2014 een speerpunt. Hiervoor zijn voorbereidingen gaande, maar dit is nog niet concreet uitgewerkt. De tandartsruimte bevindt zich in de voormalige depotheek. Deze ruimte wordt ook gebruikt door de schoonheidsspecialiste.

## **2.4 Conclusie**

Amstelring locatie Zorgcentrum Groenelaan voldoet nog niet alle normen. Uit het hertoetsbezoek blijkt dat het management de tekortkomingen onderkent en aanvullende verbeteracties in gang heeft gezet. De inspectie heeft vertrouwen dat deze normen binnenkort wel nageleefd zullen worden. Het inspectiebezoek wordt hierbij dan ook afgesloten. In brede zin bespreekt de inspectie de onderwerpen 'personeelsinzet' en 'mondzorg' binnen Amstelring in een reeds gepland overleg met de bestuurder.

### 3 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. In sommige gevallen zal ook bij normen waar wel aan is voldaan een toelichting opgenomen kunnen worden. Niet van toepassing wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek alleen de normen die tijdens het eerste bezoek 'voldoet niet' scoorden.

#### 3.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.				x
1.2	(bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.				x
1.3	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.				x
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8	De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x

### 3.2 Cliëntdossier

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.				x
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.		x		
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.		x		
2.6	In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een afgesproken plaats terug te vinden.	x			
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.	x			
2.8	In het cliëntdossier zijn samenvattingen opgenomen van zorghistorie.				x
2.9	In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.	x			
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			

#### Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.4 Risico-inventarisaties waren niet altijd opgenomen indien relevant.
- 2.4 Zorg-/ondersteuningsdoelen pasten onvoldoende bij de resultaten van de risico-inventarisaties.
- 2.5 De zorg-/ondersteuningsproblemen en de zorg-/ondersteuningsdoelen hingen onvoldoende logisch met elkaar samen.
- 2.5 De rapportage en de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties hingen onvoldoende logisch met elkaar samen.



### 3.3 Deskundigheid en inzet personeel

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
3.2	Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.				x
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.				x
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				x
3.5	Alleen bevoegde en bekwame medewerkers voeren voorbehouden en risicovolle handelingen uit.				x
3.6	Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten.				x
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende deskundige medewerkers in ter uitvoering van de dagelijkse zorg.				x
3.8	De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijk specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.				x
3.9	De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.				x
3.10	Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.				x
3.11	Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes. (gedrags-, meld)codes.				x

### 3.4 Medicatieveiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	x			
4.2	De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.				x
4.3	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.				x
4.4	De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.	x			
4.5	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.	x			
4.6	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.	x			
4.7	Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.		x		
4.8	De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.				x
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op (door de apotheek verstrekte) toedienlijst.		x		
4.11	Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.		x		

#### Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

- 4.7 De tweede controle werd niet of onvoldoende bekwaam uitgevoerd en het was onvoldoende traceerbaar wie dat doet en hoe het gebeurde. De inspectie trof bijvoorbeeld een aantekening aan van de flexmedewerker die niet had afgetekend omdat deze hiervoor niet opgeleid zou zijn.
- 4.9 Er was niet altijd direct per toegediend middel geparafeerd.
- 4.11 Een koelkast werd wel op temperatuur gecontroleerd, maar stond op -1 graad zonder dat er maatregelen waren genomen. De temperatuur was de dagen ervoor vastgesteld op 1 graad Celsius, hetgeen buiten de toegestane bandbreedte is van 2-8 graden Celsius.

- 4.11 Datum openen van dranken en druppels was niet geregistreerd op de verpakking. Het was onduidelijk hoelang deze houdbaar waren na het openen.

### 3.5 Vrijheidsbeperking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.2	Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.				x
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.				x
5.4	In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.5	Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.				x
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.				x
5.9	De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.				x
5.10	De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.11	De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.				x

### 3.6 Mondzorg

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder heeft mondzorg geborgd in het kwaliteitssysteem.		x		
6.2	De zorgaanbieder voorziet dat er een tandarts beschikbaar is voor de cliënten.				x
6.3	De zorgaanbieder faciliteert de tandarts wanneer behandeling in de instelling plaatsvindt.	x			
6.4	Binnen 6 weken na opname is de mondgezondheid geïnventariseerd en in het cliëntdossier vastgelegd.	x			
6.5	Het cliëntdossier biedt basis voor de dagelijkse mondzorg.		x		
6.6	In het cliëntdossier is relevante informatie over mondzorg van betrokken disciplines vastgelegd en deze informatie is inzichtelijk voor de betrokken disciplines.		x		
6.7	Medewerkers werken cliëntgericht.				x
6.8	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden over mondzorg voor de doelgroep van cliënten.				x
6.9	Betrokken zorgverleners worden gesteund door de zorgaanbieder bij de uitvoering van mondzorg en mondverzorging.				x
6.10	Mondzorg wordt in samenhang met relevante betrokken deskundigen besproken.	x			

#### Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

- 6.1 Het mondzorgbeleid was niet schriftelijk vastgelegd.
- 6.1 De multidisciplinaire richtlijn Mondzorg of een samenvatting hiervan waren niet beschikbaar voor alle medewerkers.
- 6.1 Mondzorg was geen vast onderdeel van het scholingsplan.
- 6.1 De verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorginterventies was niet vastgelegd.
- 6.5. In niet alle dossiers was een poetsinstructie aanwezig, c.q. heldere afspraken over de wijze waarop mondverzorging plaats dient te vinden. De inspectie heeft wel de indruk dat medewerkers aandacht hadden voor de mondzorg.
- 6.6 De bevindingen van de tandarts/tandprotheticus/mondhygiënist die van invloed zijn op de dagelijkse mondzorg van de cliënt waren vastgelegd in het cliëntdossier, maar waren niet altijd leesbaar.

#### Opmerking:

- 6.3 De inspectie wijst u er op ten aanzien van de behandelruimte van de tandarts in locatie Groenelaan op het naleven van de WIP-richtlijn: infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Verbeterplan locatie Groenelaan versie 17 maart 2014
- Afvoeren retour afval en opname medicatie
- Auditdocument 1<sup>e</sup> regelkring cliëntproces
- Overzicht ziekteverzuim
- Pagina handboek kwaliteit medicatieopdracht, afleveren geneesmiddelen, toedienen medicatie en medicatiereviews
- Format toedieningslijst
- Document Farmadam tussentijdse mutaties in de medicatierol
- Groenelaan controle werkvoorraad
- Opleidingsplan 2014
- Format kort onderzoek mondzorg dmv interviews
- Document onderzoek pijn bij dementie in verpleeghuis
- Actielijst Groenelaan teamleidersoverleg
- Overzicht ZZP's cliënten Groenelaan
- Pijlijst medicatieveiligheid format
- Lijst met namen cliëntenraad jan 2011

## Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten

### Wetgeving:

- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

### Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.
- Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen.
- WIP richtlijn: infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk, 2012

### Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.

