



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Amstelring Groep
Raad van bestuur
Postbus 9225
1006 AE AMSTERDAM

Raad van Bestuur		
Par.	<i>W</i>	
	19 JUL 2016	277
CC:	Scan: ROB, RR, SH, Mdg	
Archief:	I	

eigenaar: Rita Braam

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
R. Buijse
ri.utrecht@igz.nl

Datum 15 juli 2016
Onderwerp Vastgestelde rapportage

Ons kenmerk
2016-
1305546/V1008157/RB/mb

Bijlage(n)
1

Uw brief
29 juni 2016

Geachte raad van bestuur,

Op 3 mei 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een hertoetsbezoek gebracht aan Het Hoge Heem in Uithoorn. Het bezoek is gebracht door de heer C. Dekker, senior inspecteur, en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 3 juni 2016 met kenmerk 2016-1293849/V1008157/RB/mb een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 4 juli 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 29 juni 2016 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport ontvangen.

Naar aanleiding van uw reactie heeft de inspectie op pagina 4 'zorgkantoor' vervangen door 'CIZ'.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Hierbij treft u het vastgestelde rapport aan.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt door plaatsing op haar website: www.igz.nl. Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igz.nl/onderwerpen).

De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 31 augustus 2016** op haar e-mailadres: ri.utrecht@igz.nl, **onder vermelding van het kenmerk van deze brief**.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

- of u binnen de gestelde termijn volledig voldoet aan de norm;
- welke aanpak en acties u heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe u heeft gemeten dat u volledig aan de norm voldoet;
- als u per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering –in kwalitatieve en kwantitatieve zin– u per de datum van het resultaatsverslag feitelijk heeft bereikt.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

i.o. 

mevrouw mr. A.M. Buijse,
senior inspecteur

Ons kenmerk
2016-
1305546/V1008157/RB/mb

Datum
15 juli 2016



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport
van het hertoetsbezoek
aan Stichting Amstelring,
locatie Het Hoge Heem
in Uithoorn
op 3 mei 2016

Utrecht
juli 2016

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie en organisatie.....	4
2	Conclusie en beschouwing.....	6
2.1	Samenvatting van de scores per thema	6
2.2	Resultaten vorige bezoek onvoldoende	7
2.3	Hertoetsbezoek laat verbeteringen zien	7
2.4	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol	8
2.4.1	Verbeterkracht aanwezig maar kwetsbaar	8
2.4.2	Personele bezetting snel op orde brengen	8
2.4.3	Duidelijke afspraken nodig over taken en verantwoordelijkheden	8
2.4.4	Nog geen sprake van een goede dossiervoering en verslaglegging	9
2.5	Medewerkers zetten zich in om cliëntgericht te werken.....	9
3	Handhaving	10
3.1	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed.....	10
3.2	Extra verbeterijd en resultaatsverslag	10
3.3	Vervolgacties inspectie	11
4	Bevindingen inspectiebezoek	12
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid.....	13
4.2	Thema 2: cliëntdossier	17
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	21
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	25
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	29
4.6	Overige bevindingen.....	33
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten.....	34
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten	35

1 Inleiding

Op 3 mei 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een één dag tevoren aangekondigd hertoetsbezoek aan Het Hoge Heem in Uithoorn. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 9 december 2015. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 3 mei 2016 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

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

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders.

De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Bij het vorige inspectiebezoek op 9 december 2015 bleek de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen te voldoen. Op 18 april 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag waarin de zorgaanbieder over deze punten het volgende aangaf:

- 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 resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Het Hoge Heem was te beoordelen in hoeverre de zorg die Het Hoge Heem biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij het vorige inspectiebezoek. De geboden zorg is op de volgende thema's opnieuw getoetst:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid;
- Cliëntdossier;
- Deskundigheid en inzet personeel;
- Medicatieveiligheid;
- Vrijheidsbeperking.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Het Hoge Heem geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- het resultaatsverslag d.d. 18 april 2016;
- gesprekken met cliëntvertegenwoordigers;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met een specialist (SO) ouderengeneeskunde, psycholoog en ergotherapeut
- gesprekken met de locatiemanager;
- het inzien van een aantal cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie en organisatie

Het Hoge Heem maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep. Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden. Het Hoge Heem biedt intramurale zorg aan cliënten met somatische en psychogeriatrische (PG) problematiek. Het inspectiebezoek betrof de PG-afdeling.

Hoge Heem heeft op vier etages totaal acht 'huisjes' voor ieder zeven cliënten met PG-problematiek. De huisjes hebben een Bopz-aanmerking en zijn gesloten. Op elke etage zijn twee huisjes met elkaar verbonden via een gang. Ieder huisje heeft een huiskamer met keuken en twee badkamers. Alle cliënten hebben een eigen slaapkamer met wastafel.

De huisjes 5 tot en met 8 zijn verbouwd. De huisjes 1 tot en met 4 nog niet. De woonkamers, keukens en gangen in deze huisjes zijn vergeleken met de andere huisjes verouderd.

Tijdens het inspectiebezoek woonden er vijftig PG cliënten in de acht huisjes. Van hen hadden 45 cliënten een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 en 5 cliënten een ZZP 7. De inspectie kreeg te horen dat de zorgzwaarte toeneemt maar dat het verhogen van een ZZP 5 naar een ZZP 7 veel tijd en moeite kost omdat het CIZ volgens gesprekspartners zeer hoge eisen stelt aan de onderbouwing van de gevraagde indicatie.

Zorgverlening

Verzorgenden IG niveau 3, helpenden niveau 2, verpleegkundigen niveau 4 en 5, leerlingen VIG en stagiaires verlenen de dagelijkse zorg. Het Hoge Heem zet in de dagdienst en de avonddienst één zorgmedewerker per huisje in. Daarnaast is tussen 09.00 uur en 15.00 uur één woonbegeleider voor twee huisjes beschikbaar. In de nacht zijn twee zorgmedewerkers aanwezig voor de acht huisjes. De woonbegeleiders bieden onder andere hulp bij het eten, verzorgen de boodschappen en verrichten schoonmaakwerkzaamheden.

Een kwaliteitsverpleegkundige bewaakt de zorginhoudelijke kwaliteit.

Er is een multidisciplinair behandelteam dat bestaat uit een specialist ouderenzorg (SO), psycholoog en paramedici.

Er zijn diverse cliëntbesprekingen. Tweemaal per jaar is er per cliënt een multidisciplinair overleg (MDO) met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. Per huisje is er iedere vier weken een gedragsvisite van de arts, psycholoog en verzorgende van de dag. De arts en de verzorgende van de dag hebben wekelijks een papieren visite. Verder is er een maal per twee weken een wondronde door de arts, de ergotherapeut en de verzorgende van de dag.

Organisatorische en personele ontwikkelingen

In de loop van 2015 ontstond in Het Hoge Heem onrust onder medewerkers. Onder andere door roosterwijzigingen en een kleinere personele bezetting in de middag. Daarnaast klaagden familieleden van cliënten over tekortschietende zorg, communicatie en bejegening. Tussen oktober 2015 en april 2016 werd Het Hoge Heem aangestuurd door een interim locatiemanager. Zij heeft een aantal maatregelen met betrekking tot de personeelsbezetting teruggedraaid. Er zijn twee familieavonden georganiseerd en er is geïnvesteerd in het verbeteren van de communicatie tussen zorgmedewerkers en familie van cliënten. Sinds mei 2016 heeft Het Hoge Heem weer een vaste locatiemanager.

Invoering zelforganiserende teams

Er zijn sinds december 2015 geen teamleiders meer in Het Hoge Heem. Het Hoge Heem is eind 2015 gestart met het invoeren van zelforganiserende teams. De focus ligt daarbij op 'eigenaarschap'. Medewerkers moeten zich (weer) verantwoordelijk voelen voor de zorg en hun vakuitoefening. Zorgmedewerkers krijgen daarbij ondersteuning van een coach. Zij hebben rollen gekregen zoals EVV, zorgcoördinator, kwaliteitsbewaker, planner, besteller. Deze rollen moeten nog verder ontwikkeld worden. Tijdens het bezoek op 3 mei 2016 kreeg de inspectie te horen dat Het Hoge Heem een pas op de plaats maakt met het invoeren van zelforganiserende teams. Het management wil eerst vanuit de eigen kennis, kunde en ervaring van de medewerkers de kwaliteit van de zorg in kaart brengen en verder ontwikkelen. Men gaat daarover in gesprek met de zorgmedewerkers. Medewerkers merkten op dat een zelforganiserend team meer mogelijkheden heeft om zelf beslissingen te nemen. Wel had men behoefte aan een betere ondersteuning en begeleiding bij de invoering van de zelforganisatie.

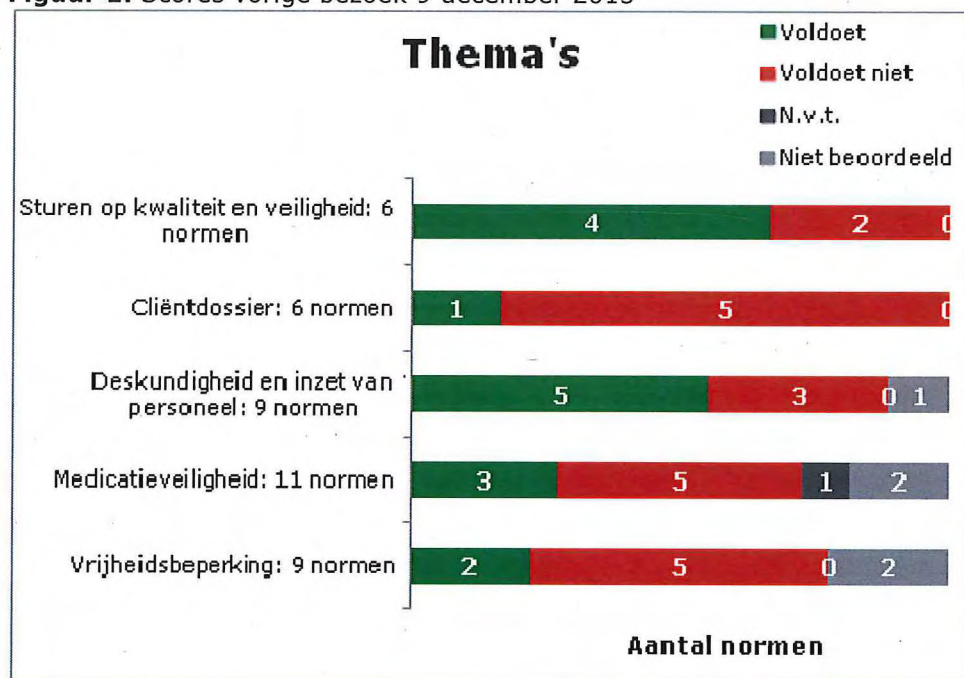
2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. 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.

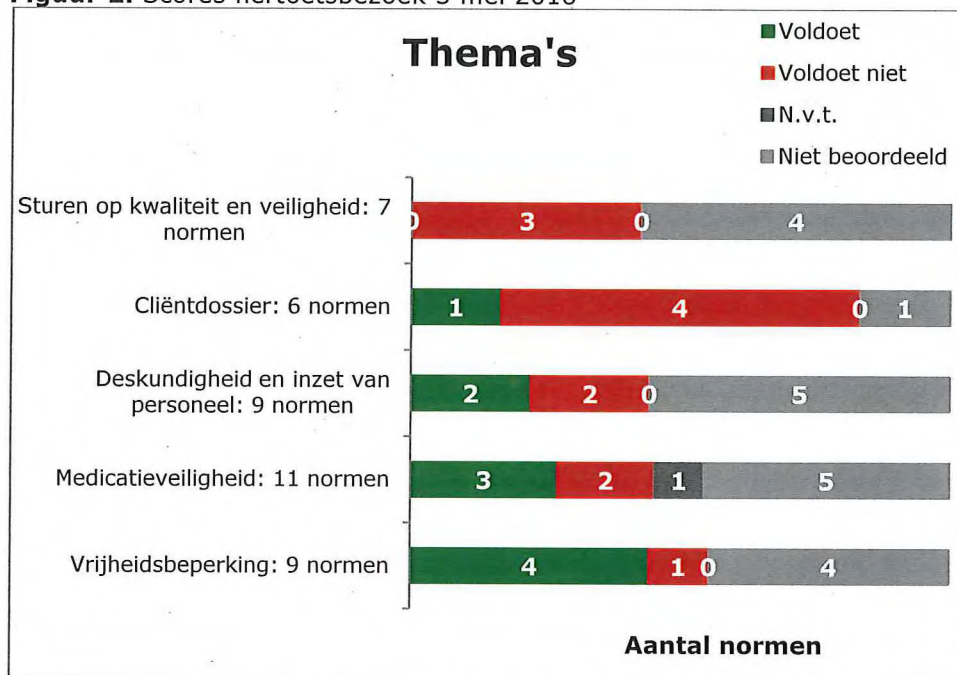
2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Als de inspectie hierbij naast de geselecteerde normen ook andere normen heeft gehanteerd, zijn de bevindingen daarvan beschreven in hoofdstuk 4 en niet zichtbaar in deze tabel.

Figuur 1. Scores vorige bezoek 9 december 2015



Figuur 2. Scores hertoetsbezoek 3 mei 2016



2.2

Resultaten vorige bezoek onvoldoende

In Het Hoge Heem was tijdens het bezoek op 9 december 2015 geen sprake van een goede personele bezetting. De dossiervoering en verslaglegging beantwoordden niet aan de eisen. Ook bij andere thema's was sprake van tekortkomingen. De zorg leveren die de cliënt nodig heeft was daardoor niet goed mogelijk. Verbeterpunten waren wel in beeld maar de PDCA-cyclus was niet rond. De inspectie constateerde dat Het Hoge Heem werkte aan verbeteringen in de zorgverlening en de organisatie maar voor een flinke opgave stond. Er was sprake van diverse processen die veel tijd, energie en extra scholingsactiviteiten vroegen zoals: het realiseren van cliëntgerichte zorg die beantwoordt aan de normen voor goede zorg, het zorgen voor kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel en een goed functionerende Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus, het verbeteren van de interne en externe communicatie, het vervangen van het papieren dossier door een elektronisch cliëntendossier (ECD) en het invoeren van zelforganiserende teams.

De inspectie maakte zich daarnaast zorgen over het Amstelring-breed realiseren en borgen van verbeteringen. Uit de resultaten bleek dat verbeteracties naar aanleiding van inspectiebezoeken aan andere locaties niet of onvoldoende leidden tot noodzakelijke verbeteringen in overige locaties.

Na het bezoek op 9 december 2015 sprak de inspectie met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Amstelring. In dit gesprek zijn de ontwikkelingen binnen Amstelring en de verbetertrajecten die Amstelring inzet besproken.

2.3

Hertoetsbezoek laat verbeteringen zien

Uit het resultaatsverslag en uit het inspectiebezoek op 3 mei 2016 bleek dat Het Hoge Heem diverse verbeteringen heeft gerealiseerd. Onder andere betrof dit aandacht voor de bejegening van de cliënt, de medicatieveiligheid en de vrijheidsbeperkende maatregelen. Zorgmedewerkers vertelden dat er beter naar hen werd geluisterd dan een half jaar geleden. Het Hoge Heem is er echter nog niet.

Dit werd ook door gesprekspartners benoemd. Met name de personele bezetting en de dossiervoering waren nog niet op orde. Daarnaast bleek uit gesprekken dat meer aandacht nodig is voor het maken van goede afspraken over ieders taken en verantwoordelijkheden.

2.4 Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol

De zorg die Het Hoge Heem biedt voldoet nog niet aan twaalf normen in de vijf thema's in de tabel en niet aan een aanvullende norm in paragraaf 4.6. Dit leidt tot risico's op gezondheidsschade voor cliënten. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties.

2.4.1 *Verbeterkracht aanwezig maar kwetsbaar*

De inspectie constateerde op 3 mei 2016 dat in Het Hoge Heem sprake is van verbeterkracht. Uit gesprekken en documentatie bleek dat veel medewerkers gemotiveerd zijn om goede zorg te verlenen en te werken aan verbeteringen. Medewerkers waren blij met de zorginhoudelijke ondersteuning door de kwaliteitsverpleegkundige en de verbeteringen die zij daardoor konden realiseren. De verbeterkracht is echter wel kwetsbaar; met name door de nog niet toereikende personele bezetting.

2.4.2 *Personele bezetting snel op orde brengen*

De personele bezetting is zowel kwantitatief als kwalitatief nog niet voldoende. Het verlenen van goede zorg en een goed verloop van het verbeterproces staat hierdoor onder druk. Er dreigt een vicieuze cirkel door het hoge ziekteverzuim bij vooral niveau 3 medewerkers. Het inzetten van relatief veel flexwerkers, vaak van een lager niveau, leidt tot extra verantwoordelijkheden voor vaste medewerkers, overbelasting en nieuwe ziekmeldingen. Dit vraagt om aanvullende maatregelen. De inspectie kreeg te horen dat het management onder andere met zorgmedewerkers mogelijke verbeteringen in de personele bezetting en roostering wil bespreken.

2.4.3 *Duidelijke afspraken nodig over taken en verantwoordelijkheden*

Zelforganiserende teams invoeren en multidisciplinair samenwerken vraagt om duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden. Tijdens het inspectiebezoek bleek dat de afspraken niet toereikend waren. Bij medewerkers was sprake van onduidelijkheden over specifieke verantwoordelijkheden, taken en aanspreekbaarheid. Dit kan leiden tot misverstanden, fouten en tekortschietende zorg. Van belang is snel duidelijke afspraken te maken en deze te implementeren. Met name betreft dit de communicatie tussen zorgmedewerkers en behandelaren. Het analyseren en bespreken van MIC-meldingen vraagt eveneens om betere en werkbare afspraken.

2.4.4

Nog geen sprake van een goede dossiervoering en verslaglegging

Een goede dossiervoering is essentieel voor een goede zorgverlening. De inspectie constateerde op 9 december 2015 dat Het Hoge Heem hier meer in moet investeren. Er was op 3 mei 2016 echter nog geen sprake van duidelijke verbeteringen. Er zaten hiaten in de dossiers en het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening was nauwelijks zichtbaar. Het systematisch en methodisch werken volgens de plan-do-check-act (PDCA) cyclus was evenmin zichtbaar. Gevolg is dat de continuïteit in de (multidisciplinaire) zorgverlening niet is geborgd. Cliënten krijgen hierdoor mogelijk niet de zorg waar zij recht op hebben. Ook is er een risico op fouten. Volgens gesprekspartners zal het ECD dat in mei 2016 ingevoerd wordt diverse tekortkomingen ondervangen. Voor een goede dossiervoering en verslaglegging is echter meer nodig. Onder andere kennis en kunde en een geïmplementeerde visie op multidisciplinaire zorgverlening en samenwerking. Daarnaast is van belang dat alle betrokkenen bij de zorgverlening weten welke taken en verantwoordelijkheden zij hebben wat betreft de dossiervoering en verslaglegging. Dit is nog niet goed geregeld.

2.5

Medewerkers zetten zich in om cliëntgericht te werken

Medewerkers gaven aan dat het welzijn van de cliënten bij hen voorop staat. Zij doen hun best om cliëntgericht werken. Het Hoge Heem besteedde meer aandacht aan bejegening en omgaan met onbegrepen gedrag. Behandelaren merkten op dat vaste zorgmedewerkers bevlogen waren en compassie toonden met de cliënten. De inspectie zag medewerkers die respectvol en vriendelijk met cliënten omgingen. Vaste medewerkers signaleerden wel dat flexmedewerkers de cliënten vaak minder goed kennen en daardoor niet altijd cliëntgericht werken. Daarnaast hadden zorgmedewerkers door werkdruk weinig tijd om met cliënten activiteiten te ondernemen op de huiskamer.

3 Handhaving

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg nog niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om de geboden zorg te laten voldoen aan de in paragraaf 3.1 genoemde normen.

3.1 **Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed**

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.

- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.

- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 3.9 De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.

- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.

- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.

- 6.1 De zorgaanbieder zorgt voor duidelijke en geïmplementeerde afspraken over taken en verantwoordelijkheden conform de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'.

3.2 **Extra verbetertijd en resultaatsverslag**

De inspectie geeft de zorgaanbieder extra tijd om de geboden zorg alsnog te laten voldoen aan de hierboven genoemde normen. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan opnieuw een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 31 augustus 2016**. In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

3.3

Vervolgacties inspectie

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Het Hoge Heem behoort tot de mogelijke vervolgacties.

4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden: 'voldoet', 'voldoet niet', 'niet van toepassing (n.v.t.)' en 'niet beoordeeld'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Het Hoge Heem nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in Het Hoge Heem wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. De inspectie beschouwt de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld, wanneer deze zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld' heeft. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden. Daarnaast heeft de inspectie een aantal normen die 'voldoet' of 'niet beoordeeld' scoorden opnieuw beoordeeld.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

De zorgaanbieder borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

De zorgaanbieder werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.				X
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				X
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				X
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		X		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.				X
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		X		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		X		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				X
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .				X
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				X
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				X
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				X
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				X
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.		X		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		X		
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				X
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.		X		
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.		X		

1 Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz. Voor de afhandeling van Bopz-klachten geldt de klachtenprocedure zoals deze wordt beschreven in de Wkkgz niet, omdat voor de behandeling van Bopz-klachten afwijkende regels gelden, die zijn vastgelegd in de Wet Bopz en in het Besluit Klachtenbehandeling Bopz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				x

Toelichting

1.2 b) De MIC-commissie analyseerde de meldingen ieder kwartaal. Echter, uit de verslagen bleek niet dat sprake was van een systematische analyse waarbij men basisoorzaken in kaart brengt.

De analyses betroffen niet alle soorten incidenten en waren niet diepgaand. Zo stond bij de medicatie incidenten met als oorzaak 'vergeten door medewerker' als analyse dat de meldingen flink waren gedaald (van 46 naar 32). Waardoor het was gedaald was niet vermeld. Informatie over de oorzaken van de 32 keer dat medicatie was vergeten ontbrak. Ook ontbrak informatie over eventuele trends. Bij het toegenomen aantal agressie incidenten stond als analyse: 'agressie meldingen nemen toe op kws'. Of daadwerkelijk sprake was van meer agressie incidenten en wat de oorzaken waren was niet vermeld.

1.2 c) Er was geen informatie over daadwerkelijk ingezette verbeteracties en de effecten. Zowel wat betreft directe acties na een melding als acties naar aanleiding van de analyses van de MIC-commissie. Onder andere betrof dit de geregistreerde valincidenten ten gevolge van een gladde/natte vloer. Bij de acties/conclusies in het MIC-verslag stond bij de medicatieveiligheid alleen 'medicatiekastjes lijken effect te hebben'. Of aangeboden agressietrainingen effectief waren geweest was niet vermeld.

Voor medewerkers was de gang van zaken rondom MIC-meldingen niet duidelijk. Medewerkers kregen een ontvangstbevestiging na een melding. Daarna hoorde men niets meer. In een van de huisjes kwamen MIC-meldingen terecht in de mailbox van het huisje. Niemand kon ze echter openen.

1.3 b) Er waren volgens een overzicht twee klachten ingediend in het eerste kwartaal 2016. Men had hier actie op ondernomen.

1.5 a) De inspectie heeft deze norm naar aanleiding van het bezoek op 9 december 2015 beoordeeld als voldoet. Het Hoge Heem had op schrift gestelde in- en exclusiecriteria. Tijdens gesprekken op 3 mei 2016 bleek echter dat de nieuwe specialist ouderengeneeskunde niet bekend was met de vastgelegde in- en exclusiecriteria. Zij gaf wel aan dat zij bij een opnameverzoek altijd nagaat of Het Hoge Heem de benodigde zorg kan bieden. De inspectie merkt verder op dat diverse criteria zoals 'zzp/bopz' en 'leeftijd' in feite geen criteria lijken maar aandachtspunten. Er valt niet uit op te maken hoe ze beoordeeld en toegepast moeten worden.

1.8 a) Uit gesprekken bleek dat zinvolle, passende dagbesteding nog niet in voldoende mate aanwezig is. Zorgmedewerkers gaven aan dat zij te weinig tijd hadden voor activiteiten met cliënten. Ook waren volgens gesprekspartners te weinig vrijwilligers beschikbaar. Zij gaven aan dat Het Hoge Heem probeerde meer vrijwilligers te werven voor de PG afdelingen. Dit had, in tegenstelling tot de somatische afdelingen, echter nog weinig resultaat. De samenwerking tussen zorgteams en activiteitenbegeleiders was wel verbeterd. Gesprekspartners vertelden dat men samen kijkt naar mogelijkheden om passende activiteiten aan te bieden. Activiteitenbegeleiders boden medewerkers hiervoor handvatten. Bijvoorbeeld dat het niet om grootse activiteiten gaat maar om kleine en kortdurende activiteiten die goed inpasbaar zijn in de dagelijkse werkzaamheden.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's. Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorg-/ondersteuningsplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

De zorgaanbieder heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het zorg-/ondersteuningsplan over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

² Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.³	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.	x			
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³				x
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				x
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				x
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.		x		
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				x
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.		x		
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				x

³ Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.		x		
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		x		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.				x
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³		x		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.				x
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.		x		
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.				x

Algemene bevindingen

Zorgmedewerker gebruikten nog papieren dossiers. Behandelaren legden hun bevindingen vast in een elektronisch dossier (Ysis).

In 2016 voeren alle Amstelring locaties een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) in (Nedap systeem). Het Hoge Heem voert dit ECD in per 9 mei 2016. De vier levensdomeinen in het zorgplan worden daarbij vervangen door de domeinen uit het OMAHA classificatiesysteem. Medewerkers hadden een middag OMAHA-training en ECD-training gevolgd. Zij gaven aan dat de training nog niet voldoende was om goed met het ECD te kunnen werken.

Wat betreft de invoering van het ECD per 9 mei 2016 kreeg de inspectie te horen dat een aantal zaken nog geregeld moest worden. Onder andere betrof dit de toegang tot het ECD voor flexmedewerkers en het werken met risico-inventarisaties.

Toelichting bij de scores

2.3 De inspectie kon uit de zorgdossiers niet altijd opmaken of relevante disciplines aantoonbaar betrokken waren bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen. Zo bevatte een zorgdossier een zorgplan uit augustus 2015. Het was niet geactualiseerd. Of de behandeldoelen nog overeenkwamen met het zorgplan bleek niet uit het zorgdossier.

Bij een cliënt die niet van warm eten hield stond in het zorgplan dat men een halve warme maaltijd aan moest bieden. Of er een diëtist bij betrokken was geweest bleek niet uit het dossier.

Bij een cliënt die schrokkend at was een diëtist in consult gevraagd. Er waren echter geen zorgvragen met (multidisciplinaire) doelen en passende acties opgesteld naar aanleiding van het eetgedrag van de cliënt.

Een ergotherapeut was ingeschakeld geweest voor een dreigende decubitus. De afspraak luidde om in de nacht wisselgigging toe te passen. Of dit gebeurde en met welk effect was niet terug te vinden in het dossier.

In zorgdossiers ontbrak ook (multidisciplinaire) informatie over het al of niet inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wel bevatte een van de zorgdossiers een benaderingplan van de psycholoog.

2.4 De inspectie kon niet vaststellen of de aandachtspunten en zorgdoelen in de zorgleefplannen (mede) waren gebaseerd op gesignaleerde risico's. Uit de zorgdossiers bleek niet dat aanwezige en mogelijke risico's periodiek werden beoordeeld en verwerkt in het zorgplan.

2.5 a) Aandachtspunten en doelen waren niet altijd uitgewerkt in (passende) acties. Ook waren aandachtspunten niet altijd concreet geformuleerd. Bijvoorbeeld 'mevrouw kan onrustig zijn'. Waaruit de onrust bestond was niet beschreven.

2.5 b) Er werd zelden gerapporteerd op doelen en acties.

2.6 b) Het zorgplan werd nog niet bij iedere cliënt aantoonbaar tweemaal per jaar geëvalueerd. Een van de zorgplannen was in augustus 2015 ondertekend. Er was geen recentere versie van het zorgplan. Mede daardoor was niet duidelijk wat er was gedaan met een advies van een logopedist uit september 2015.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

De zorgaanbieder organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.				X
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	X			
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	X			
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.	X			
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.				X
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				X
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				X
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				X
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.				X
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.				X
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				X
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.	X			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	X			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	X			
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				X
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				X
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				X
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				X
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.		X		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	X			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		X		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.		X		
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.				X
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				X
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				X

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. De zorgaanbieder heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. Die samenwerking moet gebeuren op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.		X		
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.		X		
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.		X		
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.			X	
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.			X	
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.			X	
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.			X	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie⁴ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.	x			
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			

⁴ GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		X		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		X		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		X		
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	X			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS⁴-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.				X
a)	Voor niet GDS ⁴ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.				X
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.				X
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.				X
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				X
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				X
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				X
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				X

4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					x
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.					x
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.					x
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.					x
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.					x

Toelichting

4.1 De inspectie kreeg te horen dat Hoge Heem het Amstelring-brede medicatiebeleid invoert. Een aantal locatiegebonden uitvoeringsprotocollen moest echter nog vastgesteld worden.

4.5 Medewerkers vertelden dat de apotheker langs kwam om medicatie die direct gestopt moest worden uit de baxterzakjes te halen.

4.7 a) In de werkvoorraad voor huisje 1 kwam het aantal aanwezige ampullen Dormicum (25) niet overeen met de registratie (20)

4.7 b) In de medicatiekar van huisje 1 lagen insulinepennen zonder op naam gesteld etiket van de apotheek.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	x			
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				x
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.	X			
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.	X			
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	X			
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.	X			
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.		X		
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.		X		
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	X			
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	X			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				X
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				X
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				x
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.				x
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.				x
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.				x
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.				x
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.				x
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				x

Toelichting

5.1 Tijdens het bezoek op 9 december 2015 bleek dat het Bopz-beleid nog werd aangepast naar aanleiding van een inspectiebezoek aan een andere locatie van Amstelring. Ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts ontbrak. Op 3 mei 2016 voldeed het beleid.

5.2 Uit het resultaatsverslag en de gesprekken tijdens het bezoek bleek dat relevante disciplines betrokken waren bij het analyseren van het (probleem) gedrag van de cliënt. In MDO's en cliëntbesprekingen besprak men alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM).

De uitkomsten van de analyse en overwegingen voor het inzetten van VBM werden volgens het resultaatsverslag en gesprekspartners in het medisch dossier opgenomen. De inspectie heeft beoordelingscriterium b) daarom gescoord als 'voldoet'. De inspectie kreeg te horen dat na de invoering van het ECD in mei 2016 relevante medische gegevens zichtbaar worden voor zorgmedewerkers of door hen geraadpleegd kunnen worden.

5.3 a) Volgens het resultaatsverslag passen medewerkers na een observatieperiode van de cliënt een gedragsinterventie toe voordat psychofarmaca wordt afgesproken. In zorgdossiers ontbraken echter gegevens over gedragsinterventies. Zo bevatte een van de dossiers een benaderingsplan van de psycholoog. Of het advies uitgevoerd werd en met welk effect was echter niet duidelijk; uit het zorgdossier bleek dat er zelden op werd gerapporteerd.

5.6 a) Het Hoge Heem voldeed 9 december niet aan deze norm. De inspectie heeft de norm tijdens het bezoek op 3 mei niet beoordeeld.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De zorgaanbieder zorgt voor duidelijke en geïmplementeerde afspraken over taken en verantwoordelijkheden van alle bij de zorg betrokken disciplines.		x		

Toelichting

6.1 Voor diverse situaties zoals beschreven in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' ontbraken goede en geïmplementeerde afspraken over taken en verantwoordelijkheden. Zo gaven behandelaren aan dat zij in een andere rol terecht kwamen door de invoering van zelforganiserende teams. Wat die rol precies inhield was voor hen nog niet duidelijk. Ook was voor hen nog niet duidelijk wie zij aan kunnen spreken, bijvoorbeeld als zij geen reactie krijgen op emails met bevindingen naar aanleiding van een visite. Wat betreft het zorgdossier ontbraken afspraken over de verantwoordelijkheden van alle disciplines voor de actualiteit, volledigheid en samenhang van de gegevens en de controle daarop. De inspectie kreeg te horen dat de EVV verantwoordelijk was voor de actualiteit van het zorgplan en het verwerken van beleid en opdrachten van andere disciplines. Wie de EVV verving was niet afgesproken; volgens zorgmedewerkers was bij afwezigheid van de EVV 'ieder teamlid' verantwoordelijk. Wat de rol van behandelaren was bij het bewaken van de actualiteit, volledigheid en samenhang van de gegevens in het cliëntdossier was niet duidelijk. Uit gesprekken bleek dat bij de zorg betrokken medewerkers niet altijd kennis namen van relevante gegevens in het cliëntdossier en het medisch dossier.

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.

- overzicht aantal cliënten en soort ZZP's
- overzicht aantal en niveau zorgmedewerkers
- overzicht ziekteverzuim, personeelsverloop en inzet invalkrachten juli 2015 tot heden
- - procentuele uitkomsten checklist cliëntdossier, gezondheidsrisico's, medicatieveiligheid, ruimten; ongedateerd
- Kwaliteitssysteem sector Amstelring Intramuraal, deel 2: Werken met (team)rollen; concept; ongedateerd
- MIC beleid Amstelring 2013
- Kwartaalverslag MIC Kwartaal 1 t/m 4 2015 en 1^{ste} kwartaal 2016 locatie Het Hoge Heem
- Overzicht ingediende klachten 1^{ste} kwartaal 2016 met verbeteracties
- In- en exclusiecriteria Het HogeHEem d.d. 1612015
- Opleidingsplan en begroting 2014 t/m 2016 locatie Het Hoge Heem, 6 maart 2014
- Medicatieveiligheid voor de locaties van Amstering, versie 2015
- Amstelring, Geneesmiddelen in eigen beheer, versie 2
- Amstelring, Beleid Bopz, versie 2
- Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden Bopz-arts
- overzicht vrijheidsbeperkende maatregelen Het Hoge Heem 1 mei 2016 tot 2 mei 2016

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁵.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- 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.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- 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.

Circulaire 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.

⁵ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- 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.