



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

Rapport van het onaangekondigd
inspectiebezoek aan Woonzorgcentrum Sint
Jacob te Amsterdam op 12 december 2012

Amsterdam,
Januari 2013

1 Inleiding

Op 12 december jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Woonzorgcentrum Sint Jacob, onderdeel van Osira Amstelring.

Na het onaangekondigd bezoek in maart 2012 door de inspectie aan Sint Jacob heeft de bestuurder grondige verbeteringen geïnitieerd. Er is een nieuw plan van aanpak opgesteld voor deze locatie rondom een achttal thema's waarvoor werkgroepen zijn ingesteld. De laatste voortgangsrapportage die toegestuurd is aan de inspectie dateert van augustus 2012. Sinds november 2012 zijn een tweetal nieuwe locatiemanagers aangesteld voor deze locatie, met ieder een aantal onderwerpen in portefeuille. Zij zijn opnieuw de stand van zaken aan het opmaken in huis, onder andere middels interne audits, van waaruit een vernieuwde versie van het plan van aanpak zal worden opgesteld.

Doel van dit bezoek is het toetsen van de voortgang van de genomen verbetermaatregelen in de praktijk en te beoordelen of er bij Sint Jacob aspecten zijn, die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Om tot een verantwoord oordeel te komen, heeft de inspectie

- gesprekken gevoerd met het management, kwaliteitsverpleegkundigen, uitvoerende medewerkers en cliënten, die beschikbaar waren gedurende het bezoek;
- zorgdossiers ingezien;
- afdelingen, woonkamers en kamers van cliënten bezocht.

Werkwijze

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, vult de inspectie een checklist in tijdens het onaangekondigd inspectiebezoek. Deze checklist is gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen¹.

De aard van het onaangekondigd inspectiebezoek brengt met zich mee dat niet alle onderwerpen uitputtend aan de orde kunnen komen. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms van korte duur zijn.

In dit rapport staat het oordeel van de inspectie op de normen voor verpleeg- en verzorgingshuizen². De normen hebben betrekking op de thema's

1. Zorg(behandel)-/leefplan
2. Communicatie en informatie
3. Lichamelijk welbevinden
4. Zorginhoudelijke veiligheid
5. Woon- en leefomstandigheden
6. Participatie en sociale redzaamheid
7. Mentaal welbevinden
8. Veiligheid wonen en verblijf

1 Zie bijlage 2

2 Zie bijlage 3

2 Resultaten onaangekondigd inspectiebezoek

Korte schets van de zorginstelling

Woonzorgcentrum Sint Jacob is een gecombineerd verzorgings- en verpleeghuis en biedt plaats aan ruim 400 bewoners. De voorzieningen van sint Jacob zijn:

Een verpleeghuis voor 132 cliënten: 20 somatische en 88 psychogeriatrische plaatsen, waarvan 10 Huntington plaatsen; 24 plaatsen voor CVA revalidanten en een unit van 10 bedden voor palliatieve zorg.

Drie verzorgingshuizen: Andreashuis met 113 cliënten, Barbarahuis met 115 cliënten en Catharinahuis met 41 cliënten psychiatrie.

De aandacht tijdens het inspectiebezoek is voornamelijk uitgegaan naar de zorg aan cliënten op de psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis en de zorg aan cliënten op de psychiatische afdelingen in het verzorgingshuis. De bevindingen moeten gezien worden in de context van de omvang van de locatie en betreffen niet een speciale doelgroep in het bijzonder.

2.1 Hal/receptie

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
2	Informatie voor cliënten is aanwezig en actueel.	X	
5	Hal/receptie is schoon, ruikt fris.	X	

2.2 Afdeling

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
1	Het zorg(behandel)-/leefplan plan bevat een risico-inventarisatie (o.a. vallen, voeding, decubitus).		X
1	In het zorg(behandel)-/leefplan staan de uitkomsten van risico-inventarisaties vertaald in doelen en acties.		X
1	Uit het zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat afspraken van +MDO/specialist ouderenzorg vertaald zijn in acties voor verzorgenden of andere disciplines.		X
1	Uit zorg(behandel)-/leefplan blijkt dat cliënten twee keer		X

8	Rookmelder is aanwezig.	X	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn zichtbaar aanwezig.	X	
Bij Bopz-afdeling			
4	Toegangsdeur is op slot.	X	
4	Gevaarlijk materiaal (zoals messen, scharen, zeep, schoonmaakmiddelen) ligt buiten bereik cliënten.		X
4	Keuken en/of keukenkastjes is/zijn afsluitbaar.	X	

Resultaten per thema

1. Zorg(behandel)-/leefplan

Er is een goede aanzet gemaakt met de zorg (behandel)/leefplannen. Alle zorgdossiers zijn omgezet naar zorg (behandel) leefplannen volgens de 4 domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Volgens de systematiek worden halfjaarlijks MDO's gehouden. Voor en na het MDO, wordt de cliënt en/of vertegenwoordiger betrokken en het cliëntplan voorgelegd ter ondertekening. Cliënten/vertegenwoordigers worden niet uitgenodigd voor een MDO.

Het rapporteren volgens de 4 domeinen en het invullen en ondernemen van acties op de risicoanalyses is volgens de locatiemanager en kwaliteitsverpleegkundigen nog een aandachtspunt.

De keus is gemaakt om voorlopig met een papieren zorg (behandel) dossier te werken, in afwachting van een Osira Amstelring-breed elektronisch dossier. In dit dossier wordt gerapporteerd door de medewerkers in de zorg. Naast dit dossier wordt gewerkt met:

- Dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde in een eigen dossier;
- Dossiervoering door de paramedici in een eigen dossier;
- Zorgkaarten op de afdelingen, met daarin de zorgafspraken van cliënten vermeldt, met name opgesteld voor flexmedewerkers.

De inspectie heeft een aantal dossiers ingezien op de verschillende afdelingen en heeft het volgende gesignaleerd:

- De doelen in het cliëntplan zijn veelal zeer globaal geformuleerd;
- De doelen in het cliëntplan worden niet multidisciplinair opgesteld;
- Rapportage van paramedici is summier aanwezig;
- Achter het cliëntplan bevindt zich ook nog een 'zorgplan' van de arts, eveneens ondertekend door de cliënt, waarin veel informatie die zich ook elders in het zorgdossier bevindt is opgenomen en welke niet synchroon loopt met het cliëntplan wat betreft evaluatie en hierdoor niet altijd actueel is;
- Risicosignalering is veelal niet volledig ingevuld of niet van recente datum of zonder datum en naam contactverzorgende;
- Voortgangsrapportage niet naar doelen;
- Meetlijsten zijn niet consequent ingevuld, informatie zoals het gewicht van de cliënt bevindt zich op verschillende plaatsen in het dossier;
- Verouderde formulieren zijn nog aanwezig, zoals een oude 'looplijst';

Resultaten per thema

4. Zorghoudelijke veiligheid

Op de psychogeriatrische afdeling in het verpleeghuis zijn niet altijd genoeg medewerkers aanwezig om te helpen bij de avondmaaltijd. Overdag is een voedingsassistent aanwezig van 7.30u tot 16.00 uur. Maar vanaf 16 uur zijn nog slechts 2 verzorgenden aanwezig voor in totaal 22 psychogeriatrische cliënten die veelal hulpbehoevend zijn bij het innemen van de maaltijd.

5. Woon- en leefomstandigheden

Tijdens de rondgang op de psychogeriatrische afdeling werd in een van de huiskamers door een muzikant harde muziek gemaakt. Het geluid drong door in een andere huiskamer. Een van de daar aanwezige cliënten liet duidelijk blijken dat zij er niet van hield.

9. Voldoende en bekwaam personeel

In de huiskamer kan niet altijd toezicht worden geboden terwijl de cliënten er verblijven. Dit probleem speelt vooral, zoals eerder al beschreven, in de avonddienst.

2.4 Medicijnkamer/-kar

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/ deels
4	Koelkast staat op ten hoogste 7 graden Celsius.		X
4	Voedingsmiddelen en medicatie staan in gescheiden koelkasten, of de medicatie staat in een afgesloten doos in de koelkast.	X	
4	Voorraad insuline in de koelkast staat per insulinepen op naam van cliënt.	X	
4	Wondverzorgingskar is schoon.	X	
4	Zalven en vloeistoffen in de wondverzorgingskar of medicijnkar staan op naam van cliënt.	X	
4	Wondverzorgingskar of medicijnkar is op slot en overzichtelijk ingedeeld.	X	
4	Medicijnvizel/-maalapparaat is schoon.	X	
4	Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad ter grootte van een zogenaamde 'dokterstas').		X

2.5 Kamer/appartement cliënt

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
4	Bedlegerige cliënten hebben een alarmknop binnen bereik.	X	
4	Vrijheidsbeperkende middelen (bijvoorbeeld banden, tafelbladen) zijn toegepast volgens afspraken in zorg(behandel)-/leefplan en Bopz-beleid.	X	
5	Meubilair en gordijnen zijn schoon en in goede staat.	X	
5	Kamer bevat persoonlijke spullen.	X	
5	Kamer is schoon en fris.	X	
8	Hoog/laag bedden staan in de laagste stand.	X	
8	Het gebruik van AD-matras/matjes is adequaat (let op hoogte beddek).	X	
8	Bedden, beddekken en matrassen zijn passend.	X	
8	Kamer is vrij van losse tapijtjes en obstakels i.v.m. valgevaar.	X	
8	Op kamer van Bopz-client staan shampoos, zeep en schoonmaakmiddelen veilig opgeborgen.		
8	Rookmelder is aanwezig.	X	
8	Vluchtwegen en alarmnummers zijn aanwezig.	X	

2.6 Cliënten/familie

		voldoet	
Thema	Norm	ja	nee/deels
1-9	Is de zorg naar wens (geen klachten)?	X	
1-9	Voldoet de zorg aan uw wensen?	X	

9	Zijn het veelal dezelfde medewerkers op de afdeling (weinig uitzendkrachten, flexwerkers, laag percentage ziekteverzuim)?	X	
9	Heeft u voldoende tijd voor alle cliënten om de activiteiten uit te voeren die in het zorg(behandel)-/leefplan staan?		X
9	Vindt u dat er voldoende vrijwilligers zijn op deze afdeling?		X

Resultaten per thema

9. Voldoende en bekwaam personeel

Voor geheel Sint Jacob geldt dat er een groot tekort is aan verzorgenden niveau 3 en verpleegkundigen niveau 4. Wat betreft het totaal aantal zorgmedewerkers is men op formatie, het tekort wordt momenteel ingevuld met niveau 2 medewerkers. Van de kleine 200 fte in totaal geldt een 'deskundigheidstekort' van 50 fte aan niveau 3 / 4, zo is onlangs in kaart gebracht door het management. Daarnaast is sprake van een hoog ziekteverzuim: >10 procent. Het tekort aan voldoende deskundig personeel verschilt per afdeling binnen Sint Jacob. Om deze reden staat de informatie hieronder apart beschreven voor de verschillende afdelingen die bezocht zijn.

Op de psychiatrische afdelingen in het verzorgingshuis was sprake van een acceptabele werkdruk, veel cliënten zijn nog relatief jong en hebben een relatief kleine fysieke zorgvraag. Ten tijde van het bezoek was een bezetting op de twee afdelingen aanwezig van 3 verzorgenden niveau 3, 3 helpenden niveau 2 (waaronder 1 leerling niveau 3 laatste jaar) en 2 voedingsassistenten voor ongeveer 40 cliënten. Op de dienstlijsten/planning was te zien dat deze bezetting meestal wordt gehaald met inzet van vaste medewerkers. Ook in de aanstaande kerstvakantie wordt deze bezetting gehaald, zij het soms met inzet van een flexmedewerker. Indien nodig helpt het afdelingshoofd mee in de zorg, dit komt een enkele keer voor bij bijvoorbeeld een late ziekmelding.

Er is een verpleegkundige werkzaam op de twee psychiatrische verzorgingshuis afdelingen, men is voornemens nog een verpleegkundige voor deze afdelingen in te gaan zetten.

Scholing over en ondersteuning bij deze specifieke doelgroep wordt geboden door een SPV'er van Mentrum.

Tijdens het inspectiebezoek blijkt dat Sint Jacob flink investeert in deskundigheidsbevordering door het bieden van scholing. Zo heeft de 'BIG BANG' recent plaatsgevonden, waarbij alle verzorgenden vier modules van de BIG kregen aangeboden (zonder dat bewuste keuzes zijn gemaakt in benodigde kennis en kunde op de verschillende afdelingen).

Op de bezochte PG afdeling wonen 22 cliënten. In de dagdienst zijn 3 medewerkers (waaronder een medewerker niveau 3) aanwezig en een voedingsassistent. In de avonddienst worden 2 contactverzorgenden ingezet. Soms is in de avonddienst ook een voedingsassistent beschikbaar. Medewerkers

3 Conclusie

De inspectie is gastvrij ontvangen in Sint Jacob. Het management en de medewerkers maakten tijd vrij om de inspectie te woord te staan en rond te leiden. In de gesprekken kwam naar voren dat met de komst van de nieuwe locatiemanagers er veel informatie is vergaard en men goed zicht heeft op de knelpunten binnen Sint Jacob.

De inspectie constateert dat het afgelopen jaar stappen zijn gemaakt om de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg te verbeteren. Over de bejegening zijn tijdens het bezoek geen klachten gehoord, personeel is betrokken en gemotiveerd, de aansturing op locatie niveau en de aanwezigheid van de kwaliteitsverpleegkundige lijken meer structuur te bieden.

Desondanks constateert de inspectie op basis van de bevindingen dat de stappen op dit moment nog onvoldoende zijn om te kunnen voldoen aan de normen van verantwoorde zorg.

In het vorige hoofdstuk staan de resultaten van de inspectie tijdens het onaangekondigd bezoek bij Sint Jacob. Op basis van deze resultaten constateert de inspectie risico's. Deze risico's staan hieronder per thema.

Zorg (behandel) leefplan

De zorgleefplansystematiek wordt nog niet goed uitgewerkt in de zorgdossiers. De cliëntplannen vertonen tekortkomingen en worden niet multidisciplinair opgesteld, waardoor ze nog onvoldoende kunnen dienen als basis voor een goede zorgverlening.

'Medicatieveiligheid nog de puntjes op de i'

De medicatieveiligheid is bijna in alle opzichten geborgd. Nog een aantal concrete aspecten dienen verbeterd te worden om de puntjes op de i zetten wat betreft dit onderwerp van zorginhoudelijke veiligheid.

Activiteitenaanbod psychogeriatrische afdeling onvoldoende

Op de PG afdeling wordt slechts driemaal per week activiteitenbegeleiding geboden. Ten tijde van het bezoek was de activiteitenbegeleider ziek, deze werd niet vervangen.

Nog steeds grote zorgen over aanwezigheid van voldoende en bekwaam personeel

Op het merendeel van de onderwerpen in het eerder opgestelde plan van aanpak zijn verbeteringen zichtbaar, er blijft echter grote bezorgdheid over voldoende beschikbaarheid van deskundig en bekwaam personeel afgestemd op de doelgroep. Ondanks wervingsacties blijft een groot tekort aan zorgmedewerkers niveau 3 en 4 aanwezig. Het management heeft om deze reden besloten om op een aantal verpleegafdelingen (met uitzondering van de afdelingen Huntington, CVA en palliatieve zorg) een opnamestop in te stellen en bedden leeg te laten, om de druk op het personeel te verminderen en nog in te kunnen staan voor verantwoorde zorg. Ondanks dit besluit constateert de inspectie dat op de psychogeriatrische verpleegafdelingen sprake is van een hoog risico op onverantwoorde zorg tijdens de avonddienst.

Om de risico's te beperken, wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt.

Bijlage 1 Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur 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.

- Aanwezig november 2012 (fte overzicht van alleen zorg), ongedateerd;
- Auditverslag Sint Jacob alle afdelingen, 28 november 2012;
- Plan van aanpak Sint Jacob versie 2, 23 april 2012;
- Programma studie week niveau 3 7 t/m 11 januari, ongedateerd;
- Voortgangsrapportage, 16 augustus 2012.

Bijlage 3 Normen Verpleeg- en verzorgingshuizen

1. Zorg(behandel)-/leefplan

norm

Iedere cliënt heeft een zorg(behandel)-/leefplan dat

- in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand is gekomen en zichtbaar de instemming heeft van de cliënt;
- invulling geeft aan de vier domeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden;
- een beeld geeft van de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen;
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip;
- zichtbaar in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger minstens twee keer per jaar (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt) wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld (ook vaker voor revalidanten);
- duidelijk elke eventuele wijziging vermeldt.

Aanwijsbaar is dat

- bij de totstandkoming van het plan zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt;
- bij het overleg over het zorg(behandel)-/leefplan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger op zo'n manier ondersteuning wordt geboden dat deze de overleggen goed kan voeren;
- voor Bopz-aangemerkte instellingen of afdelingen/units moeten de zorg(behandel)-/leefplannen voldoen aan de eisen van de Wet Bopz.

2. Communicatie en informatie

norm

De zorgorganisatie kent een gedragscode inzake de omgang tussen medewerkers en cliënt. Deze is bekend bij cliënt en medewerkers en wordt nageleefd. Zo nodig wordt de gedragscode vertaald naar de individuele cliënt. Met de cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten wordt open en naar behoefte gecommuniceerd. Het resultaat van deze communicatie bestaat onder meer uit voor de cliënt begrijpelijke, op schrift gestelde afspraken tussen cliënt en zorgorganisatie/medewerkers over de zorg- en dienstverlening, instemming van de cliënt met de afspraken en het naleven van de afspraken. De cliënt heeft een vast contactpersoon als aanspreekpunt. Bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en het thuis voelen.

De cliënt, of diens wettelijk vertegenwoordiger, en zijn verwanten worden uitgenodigd om eventuele verbeterwensen te uiten bij medewerkers dan wel bij de vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Ze worden geïnformeerd over wat er met hun wensen gebeurt.

De (telefonische) bereikbaarheid van de aanspreekpersoon of (andere belangrijke) behandelaars voor (vertegenwoordigers van) cliënten is voldoende.

- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen (zie verder veiligheid wonen en verblijf).

Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie. Per onderwerp worden landelijke, zo mogelijk multidisciplinair vastgestelde richtlijnen gebruikt.

1	Decubitus-preventie en -behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling V&VN e.a. 2011 - Samenwerking en logistiek rond decubitus, Solade 2003: Tripartiete multidisciplinaire richtlijn (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP)
2	Adequate verzorging van vocht en voeding	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedingvoorziening voor verpleeghuis-geïndiceerden, Arcares 2001 - De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006 - Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001
3	Valpreventie	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004 - Samenvatting Preventie van valincidenten bij ouderen (valkaart), CBO 2004
5	Adequate diagnostiek en behandeling bij incontinentie	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie, VU Amsterdam/ActiZ/Sting 2006 - Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&VN + Verenso (2010) - Praktijkkartaat urine-incontinentie ouderen, V&VN + Verenso (2010)
6	Medicatieveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> - Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ e.a. (2012)
7	Zorg voor cliënten met gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijn probleemgedrag, NVVA 2002

5. Woon- en leefomstandigheden norm

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is. Opdat de cliënt zich thuis voelt, is er sprake van:

- een woon-/leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt;
- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en de mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer.

9. Voldoende en bekwaam personeel norm

De zorgorganisatie voorziet in voldoende personeel en een passende verantwoordelijkheidstoedeling, passend bij het cliëntenbestand. Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling 7 x 24 uur een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse. Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse. In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts. In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts.

Op de verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie. Voor het overige is het aan de instelling om aan te geven wat een verantwoorde personeelsformatie is. Uitgangspunt daarbij is dat er rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de verschillende populaties.

bronnen

- Visiedocument: Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Opgesteld door: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN, juni 2005.
- Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, Een operationalisatie van het Visiedocument op weg naar normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, Stuurgroep Verantwoorde Zorg, november 2005.
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, oktober 2007.