



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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan Stichting Woonzorgcentra  
Haaglanden Sammersbrug  
in Den Haag  
op 10 september 2015

Utrecht,  
februari 2015

## 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 4   |
| 1.5              | Beschrijving locatie 4   |
| <b>2</b>         | <b>Conclusie en beschouwing 6</b>  |
| 2.1              | Overzicht van de scores per thema 6  |
| 2.2              | Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 6 |
| 2.2.1            | Sturen op kwaliteit en veiligheid is in ontwikkeling bij WZH Sammersbrug 6           |
| 2.2.2            | Borging van kwaliteit: PDCA-cyclus is niet rond 7                                    |
| 2.2.3            | Uitvoering medicatieveiligheid niet voldoende 7                                      |
| 2.3              | WZH Sammersbrug laat een cliëntgerichte instelling zien 7                            |
| <b>3</b>         | <b>Handhaving 8</b>  |
| 3.1              | Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 8                          |
| 3.2              | Resultaatverslag 8   |
| 3.3              | Beoordeling van overige locaties 9   |
| 3.4              | Vervolgacties inspectie 9  |
| <b>4</b>         | <b>Bevindingen inspectiebezoek 10</b>  |
| 4.1              | Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 10  |
| 4.2              | Thema 2: cliëntdossier 13  |
| 4.3              | Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 16                                       |
| 4.4              | Thema 4: medicatieveiligheid 20  |
| 4.5              | Thema 5: vrijheidsbeperking 25   |
| <b>Bijlage 1</b> | <b>Geraadpleegde documenten 30</b>   |
| <b>Bijlage 2</b> | <b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 31</b>         |

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 10 september 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Woonzorgcentra Haaglanden (hierna WZH), locatie WZH Sammersbrug in Den Haag. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie en beschouwing, 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.

De inspectie geeft onder meer invulling aan haar taak door aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken te brengen aan onder toezicht staande zorgaanbieders.

Op 12 november 2014 heeft de inspectie inspectiebezoeken gebracht aan andere locaties van WZH, te weten WZH De Strijp en WZH Waterhof. De aanleiding hiervan was de politieke en maatschappelijke onrust die was ontstaan na berichten in de media over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in WZH De Strijp.

De inspectie constateerde dat WZH De Strijp niet voldeed aan 8 van de 35 getoetste normen. WZH heeft daarop maatregelen genomen en de inspectie op 28 mei 2015 geïnformeerd over de behaalde resultaten. Deze resultaten waren voldoende. Daarmee sloot de inspectie het toezichtbezoek aan WZH De Strijp af. Het vervolgtraject was dat de inspectie een nieuw onaangekondigd bezoek zou brengen aan een van de locaties van WZH om te toetsen of de resultaten daadwerkelijk behaald en geborgd zijn.

De inspectie besloot om een brede toets te doen van de geboden zorg bij WZH Sammersbrug om zo te kijken of de verbetermaatregelen die in WZH De Strijp en WZH Waterhof waren genomen, ook organisatiebreed waren doorgevoerd.

### 1.2 Doelstelling

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door WZH Sammersbrug geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade bij cliënten beperken.

### 1.3 Methode

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 of de door WZH Sammersbrug geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- cliënten en cliëntvertegenwoordigers;
- uitvoerende medewerkers;
- specialist ouderengeneeskunde en psycholoog;
- kwaliteitsmedewerker;
- teamleider;
- locatiemanagement;
- cliëntdossiers;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- rondgang door de locatie.

De inspectie selecteerde een aantal thema's waarvan bekend is dat zij binnen de langdurige zorg graadmeters zijn voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. De inspectie toetste de kwaliteit en de veiligheid van de zorg tijdens het bezoek aan de hand van de volgende thema's:

- sturen op kwaliteit en veiligheid;
- cliëntdossier;
- deskundigheid en inzet personeel;
- medicatieveiligheid;
- vrijheidsbeperking.

Per thema maakte de inspectie een selectie van normen waaraan zij de geboden zorg toetste. Bij deze selectie baseerde de inspectie zich op bekende risico's op gezondheidsschade bij cliënten. Bij iedere norm formuleerde zij één of meer beoordelingsaspecten. De inspectie toetste in hoeverre de geboden zorg voldeed aan de geselecteerde normen en bijbehorende beoordelingsaspecten.

#### **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**

WZH Sammersbrug is een verpleeghuis in het zuiden van Den Haag en is onderdeel van WZH. Deze locatie is één van de dertien locaties van WZH en bestaat 40 jaar. Er zijn negen afdelingen: vijf afdelingen voor psychogeriatrische zorg, twee afdelingen somatische zorg, een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg en een screening- en observatieafdeling. WZH heeft een Bopz-erkenning. De afdelingen voor psychogeriatrische zorg en de screening- en observatieafdeling zijn gesloten afdelingen. Cliënten die er verblijven hebben een artikel 60 indicatie of een RM/IBS. In sommige gevallen is een cliënt vrijwillig opgenomen.

De afdelingen die op de begane grond liggen hebben een eigen stuk tuin. De meeste afdelingen die op de eerste of tweede etage liggen hebben een dakterras. Er zijn twee afdelingen die alleen kleine balkons hebben.

Per afdeling verblijven 17 of 28 cliënten. Elke afdeling heeft twee of drie gangen. Elke gang heeft zijn eigen huiskamer. Het gebouw is veertig jaar oud en is recentelijk gerenoveerd. De vroegere vierpersoonszalen zijn verbouwd tot één- en tweepersoonskamers. Er zijn twee badkamers per gang en vier toiletten.

Bij de renovatie heeft elke afdeling zijn eigen sfeer meegekregen. Oorspronkelijk was WZH Sammersbrug bestemd voor 400 cliënten. Er verblijven nu ongeveer 190 cliënten. Dit maakt dat het gebouw ruim aanvoelt.

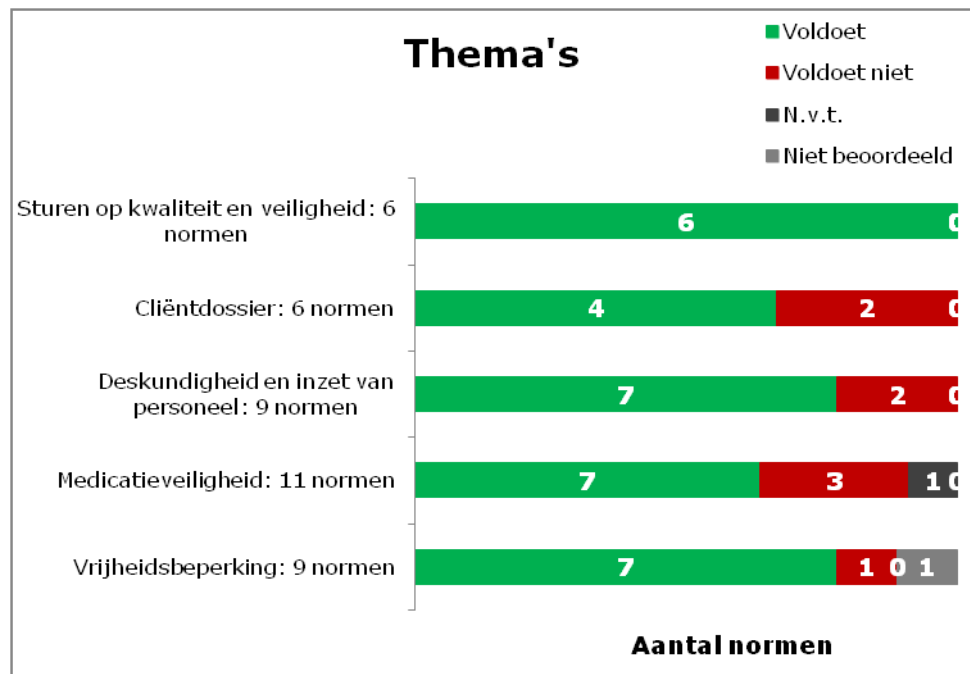
WZH Sammersbrug heeft een eigen behandelteam bestaande uit artsen, psychologen en paramedici zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten. Er is ook samenwerking met de behandelaren van het nabijgelegen WZH De Strijp. De verpleegkundige nachtdienst (achterwacht) wordt met WZH De Strijp gedeeld. De teams van de verpleegafdelingen bestaan uit verzorgenden IG en helpenden niveau 2 en stagiaires. Daarnaast heeft elke afdeling een verpleegkundige niveau 4 of 5 die meewerkt in het basisrooster en extra uren heeft voor kwaliteitsverbetering.

## 2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 4.

### 2.1 Overzicht van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een overzicht van 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.



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

De zorg die WZH Sammersbrug biedt, voldoet niet aan acht van de getoetste normen. Dit levert mogelijk gezondheidsschade op voor de cliënten van WZH Sammersbrug. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen vermeld en worden de vervolgacties aangegeven.

#### 2.2.1 *Sturen op kwaliteit en veiligheid is in ontwikkeling bij WZH Sammersbrug*

Er is de laatste jaren binnen WZH Sammersbrug veel gebeurd op het gebied van het sturen op kwaliteit. Er is sinds een paar jaar een 'nieuwe' locatiemanager die een strakke sturing op kwaliteit en veiligheid laat zien. Informatie uit meldingen, klachten, uitkomsten van cliënttevredenheid en medewerkerstevredenheidsonderzoek wordt systematisch gemonitord en geëvalueerd. Er is een goede structuur opgezet ten behoeve van managementinformatie. Verder zijn de lijnen kort en is het management laagdrempelig benaderbaar. Er is een elektronisch cliëntendossier dat voor zowel zorgmedewerkers als behandelaars

gebruiksvriendelijk en toegankelijk is. Bovendien kunnen er kwaliteitsgegevens uit de dossiers gefilterd worden. Er is echter in de middenmanagementlaag nog een verbetering te maken voor wat betreft het toezien op naleving van richtlijnen en protocollen en het daadwerkelijk uitvoeren en evalueren van het afgesproken beleid.

**2.2.2** *Borging van kwaliteit: PDCA-cyclus is niet rond*

Ondanks bovenstaande ontwikkelingen, blijkt in de praktijk bij WZH Sammersbrug dat de PDCA-cyclus niet rond is. Dit zit met name in het daadwerkelijk volgen van richtlijnen en protocollen, het toetsen op naleving en het borgen dat signalen (van cliënten of medewerkers) over kwaliteit en veiligheid ook leiden tot actie. Hier constateert de inspectie een overeenkomst met de bevindingen bij WZH De Strijp en WZH Waterhof. Ook daar vond de inspectie dat aandacht noodzakelijk was voor borging van ingezette verbeterprocessen.

**2.2.3** *Uitvoering medicatieveiligheid niet voldoende*

De onvoldoende scores op het thema medicatieveiligheid hebben vooral met de uitvoering van het beleid te maken. Het ontbreekt daarnaast aan controle op de uitvoering en het toezien op naleving van gemaakte afspraken. De inspectie heeft in de uitvoering van de farmaceutische zorg tekortkomingen geconstateerd die risico's opleveren voor de cliëntveiligheid.

**2.3** **WZH Sammersbrug laat een cliëntgerichte instelling zien**

De inspectie heeft bij WZH Sammersbrug een goede sfeer ervaren. De medewerkers die spraken met de inspectie gaven een betrokken indruk. Er is bij WZH Sammersbrug weinig verloop in het personeel. Er zijn geen uitzendkrachten dus de cliënten zien veelal bekende gezichten.

WZH Sammersbrug straalde een cliëntgerichte houding uit. Dit bleek uit de manier waarop medewerkers met cliënten omgingen en de manier waarop persoonlijke wensen en voorkeuren van cliënten tot uiting kwamen in de zorgafspraken. WZH Sammersbrug streeft ernaar om cliënten binnen de muren van de instelling zoveel mogelijk bewegingsvrijheid te geven. Dit doet men door cliënten ook buiten de afdeling te laten wandelen. Dit is mogelijk doordat de voordeur van WZH Sammersbrug vertraagd open gaat (aan elkaar, opengaat?) middels een sluis.

WZH Sammersbrug heeft een ruim activiteiten aanbod. Er is voor elk wat wils. Daardoor kunnen medewerkers goed inspelen op de individuele wensen van de cliënt. De cliëntenraad bevestigde de cliëntgerichte insteek. Deze cliëntenraad is betrokken en actief en bestaat uit zeven mensen. Zij gaven aan dat cliënten en hun vertegenwoordigers betrokken worden bij de zorg en de afspraken daarover. Het elektronisch dossier krijgt een 'familieportal'; dit biedt (familie van) cliënten een toegang tot een gedeelte van het dossier waardoor er een verdere verbetering van de communicatie over de cliënt en de zorg tot stand kan komen.

## 3 Handhaving

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg 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 te voldoen aan de in paragraaf 3.1 genoemde normen.

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

De zorg in WZH Sammersbrug voldeed niet of slechts gedeeltelijk aan deze normen:

- 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.
  
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.
  
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>2</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.
  
- 5.9 De zorgaanbieder gebruikt informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.

### 3.2 **Resultaatverslag**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatverslag stuurt. Dit resultaatverslag verwacht de inspectie drie maanden na het versturen van het vastgestelde rapport.

In dit resultaatverslag staat per norm:

- of de zorgaanbieder 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 hij volledig aan de norm voldoet;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag nog niet volledig aan de norm voldoet: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatverslag feitelijk heeft bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).



**3.3 Beoordeling van overige locaties**

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

**3.4 Vervolgacties inspectie**

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan WZH Sammersbrug of een andere locatie van WZH 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 WZH Sammersbrug nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in WZH Sammersbrug 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.

### 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 |
|------------|--|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>1.1</b> | <b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheids-onderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>1.2</b> | <b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>                                       | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>1.3</b> | <b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>  | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>1.4</b> | <b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>  | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap 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. | <b>x</b> |              |        |                 |

|            |  | Voldoet  | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|--|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>1.5</b> | <b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.               | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten. |          |              |        | <b>x</b>        |
| <b>1.8</b> | <b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>                                | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.                                     | <b>x</b> |              |        |                 |

### Toelichting

- 1.1 Het management liet zien actief te sturen op cliënttevredenheid. De uitkomsten van de tevredenheidsmetingen werd geanalyseerd en hieruit volgden verbetermaatregelen.
- 1.2 Het management analyseerde de uitkomsten van meldingen. Dit bleek uit kwartaalanalyses van meldingen die de inspectie inzag. Hierin benoemde men trends en er volgden maatregelen uit.
- 1.4 De leden van de cliëntenraad vonden dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeerde en goed luisterde naar hun inbreng. Zij waren tevreden over de informatievoorziening door de zorgaanbieder. Ook vonden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeerde en indien mogelijk vervolgacties ondernam.
- 1.5 WZH Sammersbrug had formele, op schrift gestelde in- en exclusiecriteria voor cliënten. Deze waren globaal geformuleerd. Daarnaast was er volgens de behandelaren een ongeschreven regel dat er geen cliënten met psychiatrische stoornissen zouden worden opgenomen. De behandelaren gaven daarentegen aan dat WZH Sammersbrug zich genoodzaakt voelde om alle cliënten op te nemen vanwege de grote vraag naar deze specifieke zorg.
- 1.8 Cliënten hadden een passende dagbesteding. WZH Sammersbrug had een ruim activiteiten aanbod voor de cliënten. Activiteiten waren zowel groepsgewijs als op individueel niveau. De activiteiten waren per cliënt in hun weekagenda vermeld. Cliënten die daar behoefte aan hadden, hadden een op de persoon afgestemde weekkalender in hun kamer hangen.

#### 4.2 **Thema 2: cliëntdossier<sup>1</sup>**

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.

1 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 |
|------------|---|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>2.1</b> | <b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.</b>  | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorg-/ondersteuningsplan.                                       | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>2.2</b> | <b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>2.3</b> | <b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.                                   | <b>x</b> |              |        |                 |

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

### **Toelichting**

- 2.1 Cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers waren betrokken bij het opstellen van het zorg-/leefplan. Dit plan sloot zoveel mogelijk aan bij de behoefte van de cliënt en hield rekening met de levensgeschiedenis van de cliënt. De conceptversie van het zorg-/leefplan was binnen zes weken opgesteld.
- 2.3 Recent was gestart met een elektronisch cliëntdossier voor alle cliënten. Dit dossier was multidisciplinair van opzet. Belangrijke informatie over diagnose, onderzoeken en/of plan van aanpak waren toegankelijk voor betrokken professionals en informatie kon worden uitgewisseld. Plannen voor een zogenoemde 'familie-portal', dat wil zeggen een toegang tot een deel van het elektronisch cliëntdossier voor familieleden, waren vergevorderd.
- 2.4 Bij de controle van de cliëntdossiers bleek dat medewerkers in WZH Sammersbrug de relevante cliëntgebonden risico's inventariseerden. Uit de dossiers bleek echter dat er niet altijd een vervolg was gegeven aan de inventarisatie. Zo bleek dat er bij een cliënt, bij wie sprake was van gewichtverlies, niet duidelijk was welke actie hierop genomen was. Ook bleek dat een cliënt smetplekken had en was niet duidelijk welk vervolg hieraan gegeven was.
- 2.5 In de cliëntdossiers die de inspectie inzag, sloten de dagelijkse rapportages niet geheel aan bij de afgesproken doelen en acties. Hierdoor was niet duidelijk of een ingezette actie ook het gewenste effect had. Het is daardoor ook niet aantoonbaar dat medewerkers alle afgesproken acties ook hadden nageleefd.
- 2.6 De cliënt(vertegenwoordiger) was betrokken bij de evaluatie van het zorg-/leefplan. WZH Sammersbrug nodigde de cliënt(vertegenwoordiger) standaard uit voor het zorgleefplanoverleg. De evaluaties gebeurden met een minimumfrequentie van tweemaal per jaar en vaker indien er noodzaak toe was.  
De inspectie heeft niet kunnen vaststellen of bij de evaluatie was nagegaan of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties waren nageleefd.

### **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 |
|------------|---|---------|--------------|--------|-----------------|
| <b>3.1</b> | <b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>  | x       |              |        |                 |
| a)         | Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen.  | x       |              |        |                 |
| b)         | Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten.   | x       |              |        |                 |
| <b>3.2</b> | <b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>   | 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       |              |        |                 |
| <b>3.3</b> | <b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>   | 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       |              |        |                 |

|            |  | Voldoet  | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|--|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>3.4</b> | <b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>  |          | <b>x</b>     |        |                 |
| a)         | Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| 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. | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.   |          | <b>x</b>     |        |                 |
| <b>3.5</b> | <b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>  |          | <b>x</b>     |        |                 |
| 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.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.   |          | <b>x</b>     |        |                 |
| <b>3.6</b> | <b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)         | De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)         | De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.   | <b>x</b> |              |        |                 |

|            |   | Voldoet | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|---|---------|--------------|--------|-----------------|
| <b>3.7</b> | <b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.</b>   | 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       |              |        |                 |
| <b>3.8</b> | <b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>   | 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       |              |        |                 |
| <b>3.9</b> | <b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>    | x       |              |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.  | x       |              |        |                 |
| b)         | De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.   | x       |              |        |                 |

### Toelichting

- 3.2 Medewerkers waren zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenden, invloed had op het gedrag van die cliënten. WZH Sammersbrug voorzag in formele overlegstructuren waar de manier van bejegening van cliënten onderwerp van gesprek was. Voorbeelden hiervan waren het wekelijkse 'lopende zaken'-overleg dat multidisciplinair van aard was en het omgangsoverleg: een overleg op cliëntniveau waar met behandelaren en zorg gesproken werd over gedrags- en omgangsadviezen.
- 3.3 Medewerkers waren geschoold in de omgang met de dementerende cliënt; onder andere via een cursus dementie, een scholing agressiehantering en via klinische lessen. De behandeldienst was laagdrempelig en betrokken bij de zorg en behandelaren speelden een actieve rol in het delen van kennis.

- 3.4 Het systematisch werken volgens protocollen was bij WZH Sammersbrug niet geborgd. Er waren weliswaar veel protocollen en werkafspraken, maar op het gebied van hygiëne, veilige woonomgeving, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking bleek dat medewerkers de richtlijnen niet altijd naleefden. Soms gebeurde dit bewust. Een voorbeeld was het dragen van ringen door medewerkers; dit werd oogluikend toegestaan omdat de ringen te strak zaten om ze af te doen. Een ander voorbeeld was het achter slot en grendel opbergen van potentieel gevaarlijke spullen zoals afwasblokjes of scherpe messen. Dit gebeurde niet omdat er volgens betrokkenen geen cliënten waren die hiermee op onveilige manier zouden omgaan. Een ander voorbeeld van het niet volgen van een afgesproken werkwijze betrof de periodieke controle van de temperatuur van de geneesmiddelenkoelkast. Uit gesprekken bleek dat de organisatie wel een dagelijkse controle deed op de naleving van een aantal van de belangrijkste werkafspraken en richtlijnen. Dit werd de 'APK' genoemd. De avond-, weekend- en nachthoofden signaleerden hierbij zaken. Het bleek dat deze signalen weinig vervolgd kregen wanneer deze bij de teamleiders werden gemeld.
- 3.5 Medewerkers hielden weinig rekening met de individuele cliëntgebonden risico's door voor een veilige leefomgeving voor de cliënten te zorgen. Dit bleek tijdens de rondgang over de afdelingen. Voorbeelden hiervan waren de bovengenoemde scherpe messen en afwasblokjes. Verder stond er een fles chloorbleekmiddel op de kast in de badkamer. Ook stond op de afgesloten medicijnkar in een woonkamer een fles met lactulose, terwijl er in deze huiskamer niet steeds toezicht beschikbaar was. Op een afgesloten medicijnkar in een andere huiskamer lag een tube zalf. Daarnaast testte de inspectie op een kamer van een cliënt een kraan van een wastafel. Deze kraan had geen temperatuurbegrenzing. Medewerkers zeiden een risicoafweging te maken of bovenstaande zaken risico's opleverden voor de cliënten van de woongroepen. Deze risicoafweging was niet aantoonbaar en was niet in de cliëntendossiers vastgelegd.
- 3.8 Medewerkers uit de zorg gaven aan dat de behandelaren laagdrempelig benaderbaar waren en zich betrokken toonden bij de zorg. Medewerkers uit de zorg ervoeren ondersteuning van de vakinhoudelijk specialisten. Er waren veel overlegvormen met de behandelaren naast het Multidisciplinair overleg (MDO) en het Zorgplanoverleg (ZPO) die per cliënt minstens eens per half jaar gehouden werden.
- 3.9 WZH Sammersbrug had een vrij vaste personeelsinzet. Er was een ziekteverzuim van rond de 6%. Personeelstekort kon volledig worden ingevuld door inzet van een eigen flexpool. Deze medewerkers hadden allemaal een contract van minimaal 4 uur per week met WZH Sammersbrug. De organisatie zette geen uitzendkrachten in. Verschillende gesprekspartners gaven evenwel aan dat zij de bezetting van zorgmedewerkers in de avonden en nachten krap vonden. Juist in die uren is er meer aandacht nodig voor cliënten die dwalen, zoeken en rommelen.

#### 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 |
|------------|---|----------|--------------|----------|-----------------|
| <b>4.1</b> | <b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>  | <b>x</b> |              |          |                 |
| a)         | De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.  | <b>x</b> |              |          |                 |
| b)         | In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.   | <b>x</b> |              |          |                 |
| <b>4.2</b> | <b>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.</b> |          |              | <b>x</b> |                 |
| 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.  |          |              | <b>x</b> |                 |
| b)         | De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.  |          |              | <b>x</b> |                 |
| 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.   |          |              | <b>x</b> |                 |
| <b>4.3</b> | <b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>   | <b>x</b> |              |          |                 |
| a)         | Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.   | <b>x</b> |              |          |                 |
| 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.       | <b>x</b> |              |          |                 |

|            |   | Voldoet | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|---|---------|--------------|--------|-----------------|
| c)         | Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.   | x       |              |        |                 |
| <b>4.5</b> | <b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>2</sup> niet aan.</b>   | x       |              |        |                 |
| a)         | De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>2</sup> heeft uitgezet.  | x       |              |        |                 |
| <b>4.6</b> | <b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>   |         | 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            |        |                 |
| <b>4.7</b> | <b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>   |         | *            |        |                 |
| 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            |        |                 |

<sup>2</sup> 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 |
|-------------|---|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>4.8</b>  | <b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>1</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b> |          | <b>x</b>     |        |                 |
| a)          | Voor niet GDS <sup>2</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)          | De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.   |          | <b>x</b>     |        |                 |
| c)          | Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>4.9</b>  | <b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>  | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)          | De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>4.10</b> | <b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)          | Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| b)          | Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.  | <b>x</b> |              |        |                 |
| <b>4.11</b> | <b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>   | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)          | De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.   | <b>x</b> |              |        |                 |
| 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.                            | <b>x</b> |              |        |                 |

|             |  | Voldoet  | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|-------------|--|----------|--------------|--------|-----------------|
| <b>4.12</b> | <b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</b> | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)          | Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.        | <b>x</b> |              |        |                 |
| a)          | Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.        | <b>x</b> |              |        |                 |
| c)          | Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.                        | <b>x</b> |              |        |                 |

### Toelichting

- 4.5 WZH Sammersbrug had met de apotheek afspraken gemaakt over de wijze van verpakking in het GDS-systeem. De verpakking was 'single-dose'. Dat wil zeggen dat deze per soort geneesmiddel per toedientijdstip per cliënt was. Hierdoor hoefden bevoegde medewerkers bij een eventuele wijziging uitsluitend het betreffende zakje te verwijderen. Er waren rode stickers met het woordje 'stop' die de medewerker op die zakjes kon plakken om collega's te attenderen op het stoppen van de medicatie.
- 4.6 De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast waren afgesloten. Alleen bevoegde medewerkers hadden hier toegang toe. WZH bewaarde niet alle medicatie in een afgesloten ruimte of medicijnkar: op de medicijnkarren in de huiskamers stonden of lagen enkele losse geneesmiddelen; flessen lactulose en tubes zalf. Een veilige wijze van afvoeren van retourmedicatie was niet geborgd. WZH Sammersbrug werkte met een systeem waarbij medewerkers volgens zeggen retourmedicatie in speciale daarvoor bestemde kartonnen dozen moesten doen. Dit gold ook voor opiaten; die gingen in een af te sluiten plastic envelop in een kartonnen doos. Deze werkwijzen vonden niet altijd meteen plaats. Hierdoor was retourmedicatie, die nog niet was opgeruimd, makkelijk toegankelijk voor medewerkers met als risico kans op ongeoorloofd gebruik. De inspectie trof in een medicijnkast de medicatie aan van een cliënt die twee dagen eerder was overleden. Deze medicatie was niet afgevoerd volgens de procedure. Medewerkers controleerden niet consequent de temperatuur van de koelkast waarin de medicatie werd bewaard. Bij de rondgang bleek dat dit op één afdeling wel en op een andere afdeling niet gebeurde.
- 4.7 De zorgaanbieder zorgde niet voor voldoende periodieke controle op de medicatie in de centrale noodvoorraad. De ruimte met de noodvoorraad was rommelig. In de open kast in een afgesloten ruimte bewaarde WZH Sammersbrug een grote hoeveelheid niet op naam gestelde medicatie. De grootte en samenstelling van de noodvoorraad oversteeg de hoeveelheid van de 'dokterstas'. Medewerkers gaven aan dat de noodvoorraad was samengesteld in overleg tussen artsen en apotheker. Een registratie van de controles op deze voorraad was niet beschikbaar. In de ruimte van de centrale noodvoorraad was een opiatenkuis. De registratie van de opiaten was onoverzichtelijk en het totaal geregistreerde aantal ampullen morfine klopte niet met het aanwezige aantal. Later tijdens



het bezoek bleek dat WZH Sammersbrug de verantwoording voor de tien missende ampullen alsnog kon overleggen.

De zorgaanbieder borgde niet dat geopende medicinale dranken en druppels over de vervaldatum waren. De inspectie trof een flesje geopende oogdruppels aan in de medicatiekar in de huiskamer. Op het flesje was de datum van openen genoteerd, maar deze was niet meer leesbaar. Op een tube zalf op een medicijnkar was geen openingsdatum genoteerd.

- 4.8 WZH Sammersbrug had met de apotheek afspraken gemaakt over het toepassen van de tweede controle. De apotheek vermeldde op de toedienlijst voor de medicatie waarvoor dit noodzakelijk was 'CP' (= controle paraaf) en zorgde zodoende voor een extra aftekenmogelijkheid. De medewerkers voerden de tweede controle echter niet uit. Dit bleek uit de toedienlijsten die de inspectie inzag, waarop de vakjes met de mogelijkheid voor een tweede paraaf consequent onbenut bleven.

Uit de gesprekken bleek dat WZH Sammersbrug de bevoegdheid voor de tweede controle op tenminste niveau 3 had gelegd. Medewerkers en management gaven aan dat de tweede controle daardoor in de praktijk met de aanwezige bezetting niet was te realiseren. Het management gaf aan dat dit WZH brede beleid ten aanzien van de tweede controle herzien zou worden en dat bekwaamheid in plaats van niveau het criterium zou worden.

#### **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 |
|------------|--|---------|--------------|--------|-----------------|
| <b>5.1</b> | <b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>  | x       |              |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperving 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       |              |        |                 |
| <b>5.2</b> | <b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>  | 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       |              |        |                 |
| <b>5.3</b> | <b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>  | x       |              |        |                 |
| a)         | In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.  | x       |              |        |                 |

|            |  | Voldoet | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|--|---------|--------------|--------|-----------------|
| <b>5.4</b> | <b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>                                     | 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       |              |        |                 |
| <b>5.5</b> | <b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>   | 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       |              |        |                 |
| <b>5.6</b> | <b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>  | x       |              |        |                 |
| a)         | De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.  | x       |              |        |                 |
| <b>5.7</b> | <b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>   | x       |              |        |                 |
| a)         | Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.  | x       |              |        |                 |
| <b>5.8</b> | <b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>  |         |              |        | 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               |

|            |  | Voldoet | Voldoet niet | N.v.t. | Niet beoordeeld |
|------------|--|---------|--------------|--------|-----------------|
| <b>5.9</b> | <b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>   |         | <b>x</b>     |        |                 |
| a)         | De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.   |         | <b>x</b>     |        |                 |
| 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. |         | <b>x</b>     |        |                 |

### Toelichting

- 5.2 Uit de gesprekken bleek dat in WZH Sammersbrug de relevante disciplines bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen werden betrokken. Behandelaren en medewerkers gaven aan systematische gedragsanalyses uit te voeren voordat tot de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen werd overgegaan. Als eenmaal tot een middel of maatregel was besloten, probeerde men de minst ingrijpende maatregel te kiezen. Men probeerde te letten op de mogelijkheden voor afbouw van de toepassing. De arts en de psycholoog hielden een maandelijks middelen en maatregelen spreekuur voor medewerkers.
- 5.5 Er waren veel overlegmomenten waar de inzet van middelen en maatregelen besproken werd tussen behandelaars en zorgmedewerkers. Medewerkers gaven aan dat er daarbij altijd gestreefd werd naar de inzet van de minst ingrijpende maatregelen.
- 5.9 Behandelend artsen van WZH Sammersbrug registreerden de inzet van middelen en maatregelen op een verzamellijst per afdeling. Deze verzamellijsten bevonden zich op een gezamenlijke schijf van het computersysteem van WZH Sammersbrug. De Bopz-arts zag onder andere met behulp van deze lijsten toe op de toepassing van de middelen en maatregelen. De inspectie controleerde de registratie van de toegepaste middelen en maatregelen van drie cliënten. Hierbij bleek dat bij één cliënt de vermelding op de registratielijst correct was, bij een andere cliënt ontbrak één van de twee toegepaste middelen. De derde cliënt kwam niet op de registratielijst voor omdat de behandelaar van deze afdeling de lijst sinds november 2014 niet meer had bijgewerkt. Overigens was de registratie van de middelen en maatregelen in de zorgdossiers van deze cliënten wel juist. Uit de verzamellijsten bleek dat WZH Sammersbrug deze lijsten ook voor een ander doel gebruikte, namelijk in geval van een eventuele evacuatie bij calamiteiten. Daarom stonden, in de kolom met toegepaste middelen en

maatregelen, ook níet-Bopz-middelen vermeld, zoals een rolstoel. Dit maakte de registratielijst van Bopz-maatregelen onoverzichtelijk.

Tijdens het bezoek vernam de inspectie dat WZH Sammersbrug spoedig een Bopz-module in het ECD in gebruik ging nemen, waaraan ook de registratie van de Bopz-maatregelen gekoppeld was. Hiermee zouden de ten tijde van het bezoek gehanteerde registratielijsten tot het verleden gaan behoren.

## 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.

- Gedragsregels voor elkaar en met elkaar, WZH;
- Overzicht van alle zorgmedewerkers in WZH Sammersbrug aantal fte naar functie op 10 september 2015;
- Overzicht van MIC meldingen juli 2015;
- Overzicht scholingsprogramma WZH Sammersbrug 2013-2015;
- Terugkoppeling MIC agressie;
- Verslagen vergaderingen locale management team (LMT) periode 2014-2015;
- Verslag vergadering MIC-commissie derde kwartaal 2014;
- Verzamellijsten per afdeling met de middelen en maatregelen op 10 september 2015;
- WZH beleidsdocument geneesmiddelencommissie, definitief, mei 2015;
- WZH beleid Bopz rechtspositie intramurale cliënten WZH GEEN middelen en maatregelen WZH, v3.1 definitief april 2013;
- WZH concept beleid rechtspositie cliënten Bopz, concept versie 3.2 juli 2015;
- WZH kwaliteitsjaarverslag 2014 WZH Sammersbrug;
- WZH MIC procedure, versie 4, december 2013;
- WZH procedure handhygiëne, versie 1.1;
- WZH procedure malen van medicatie t.b.v. intramurale cliënten met behandeling, versie 1.0 juni 2013;
- WZH procedure medicatie werkvoorraad, versie 1.0, mei 2015;
- WZH procedure opslag en beheer koelkastmedicatie versie 1.0 juni 2013;
- WZH procedure toedienen en aanreiken van medicatie t.b.v. cliënten met verblijf en behandeling, versie 1.0 februari 2013.
- WZH opname doelgroepenbeleid 1-1-2015

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- 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 langdurige 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.

### 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.