



ONTVANGEN 19 SEP 2016

Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting WoonZorgcentra Haaglanden  
Raad van bestuur  
Polanenhof 497  
2548 MP Den Haag

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2518  
6401 DA Heerlen  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

**Inlichtingen bij**  
C.J. Jansen  
[ri.utrecht@igz.nl](mailto:ri.utrecht@igz.nl)

Datum 16 september 2016  
Onderwerp Vastgestelde rapportage inspectiebezoek Prinsenhof 28 juli 2016

**Ons kenmerk**  
2016-1329801/  
V1010340/SH/ak

Geachte raad van bestuur,

**Bijlagen**  
1

Op 28 juli 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan WZH Prinsenhof in Leidschendam. Het bezoek is gebracht door mevrouw L.J.M. Schouren MSc, inspecteur, en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 10 augustus 2016 met kenmerk 2016- 1317921//V1010340/SH/bvp een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 7 september 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 22 augustus 2016 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport in goede orde ontvangen. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport.

- Pag. 5, paragraaf 1.5 Beschrijving locatie; uw opmerking over het juiste aantal locaties van WZH en het leveren van thuiszorg heb ik overgenomen in het vastgestelde rapport.
- Pag. 5, paragraaf 1.5 Beschrijving locatie, indeling en gebruik huiskamers; de door u voorgestelde wijziging neem ik niet over. Tijdens het bezoek bleek dat het combineren van een huiskamer voor twee woongroepen gebeurde na overleg met cliëntvertegenwoordigers, om daarmee de continue nabijheid van medewerkers te vergroten. De beschrijving heb ik wel aangescherpt, waardoor blijkt dat iedere woongroep een eigen huiskamer heeft.
- Pag. 5, paragraaf 1.5 Beschrijving locatie, 4<sup>e</sup> alinea; de door u voorgestelde wijzigingen met betrekking tot de specifieke etages van betreffende afdelingen en het aantal bedden, heb ik volledig overgenomen.
- Paragraaf 1.5 Beschrijving locatie, 7<sup>e</sup> alinea 'Bezetting en aansturing'; de door u voorgestelde wijziging heb ik volledig overgenomen.
- Paragraaf 1.5 Beschrijving locatie, 8<sup>e</sup> alinea 'Waardigheid en Trots en andere verbetertrajecten'; de door u voorgestelde wijziging heb ik volledig overgenomen.

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

**Ons kenmerk**  
2016-1329801/  
V1010340/SH/ak

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

**Datum**  
16 september 2016

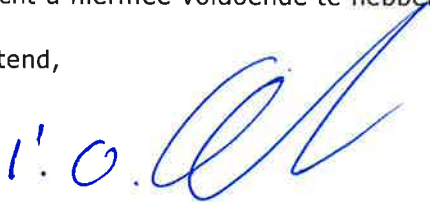
De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 16 december 2016** op haar e-mailadres: [ri.utrecht@igz.nl](mailto:ri.utrecht@igz.nl), onder vermelding van het kenmerk van deze brief.

In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



de heer Drs. S.W.J. Hopman  
senior inspecteur



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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan WoonZorgcentra Haaglanden,  
locatie WZH Prinsenhof  
in Leidschendam  
op 28 juli 2016

Utrecht  
september 2016

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving locatie 5
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 7</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 7
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 7
2.2.1	Verbetermaatregelen WZH nog niet volledig zichtbaar in naleving door medewerkers 8
2.3	Cliëntgerichtheid 8
<b>3</b>	<b>Handhaving 9</b>
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9 <i>Vervolgacties zorgaanbieder 9</i> <i>Vervolgacties zorgaanbieder 10</i>
3.3	Beoordeling van overige locaties 10
3.4	Vervolgacties inspectie 10
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 11</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 19
4.3.1	Inleiding 19
4.3.2	Scores 19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 23
4.4.1	Inleiding 23
4.4.2	Scores 23
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 28
4.5.1	Inleiding 28
4.5.2	Scores 28
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 32</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 33</b>

## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 28 juli 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (hierna: WZH), locatie WZH Prinsenhof in Leidschendam. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

#### *Inspectietoezicht op WZH De Strijp en WZH Waterhof eind 2014*

Op 12 november 2014 heeft de inspectie bezoeken gebracht aan de locaties WZH De Strijp en WZH Waterhof. De aanleiding hiertoe was de politieke en maatschappelijke onrust die ontstond 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. De inspectie vond dat op deze locatie aandacht noodzakelijk was voor het borgen van ingezette verbeterprocessen.

WZH De Waterhof voldeed niet aan 4 van 17 getoetste normen. De inspectie vond op deze locatie dat vooral aandacht nodig was voor de medicatieveiligheid en het waarborgen van een veilige woonomgeving.

WZH nam daarop maatregelen en informeerde de inspectie naar aanleiding van beide inspectiebezoeken aan de hand van resultaatsverslagen over de behaalde resultaten. Met dat bericht sloot de inspectie de inspectiebezoeken aan WZH De Strijp en WZH Waterhof af.

#### *Inspectiebezoek WZH Sammersbrug op 10 september 2015*

Op 10 september 2015 bezocht de inspectie WZH Sammersbrug. De inspectie constateerde dat WZH Sammersbrug niet voldeed aan 8 van de 39 getoetste normen. Uit het inspectiebezoek bleek dat Sammersbrug bijvoorbeeld nog een verbeteringslag moest maken voor wat betreft het toezien op naleving van richtlijnen en protocollen en het daadwerkelijk uitvoeren en evalueren van het afgesproken beleid. Eind april 2016 ontving de inspectie een resultaatverslag. De inspectie heeft het toezichttraject afgesloten met een vraag over de borging.

#### *Inspectietoezicht op WZH naar aanleiding van onderzoek naar calamiteiten*

Begin september 2015 ontving de inspectie een omvangrijk verbeterplan van WZH voor haar locaties naar aanleiding van een aantal meldingenanalyses in 2015.

### *Bestuursgesprek 22 januari 2016*

Op 22 januari 2016 sprak de inspectie met de bestuurder van WZH in aanwezigheid van enkele staffunctionarissen van WZH. De aanleiding tot dit gesprek betrof een aantal meldingen en het bezoek aan WZH Sammersbrug, waarbij bleek dat WZH op korte termijn vele verbeteracties zou realiseren. De bestuurder van WZH lichtte het "Overzicht WZH Verbetermaatregelen naar aanleiding van onderzoeken IGZ 2015" toe waarmee WZH zich ten doel stelde de kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod op alle locaties van WZH te kunnen garanderen.

De bestuurder gaf in het gesprek een toelichting op de drie thema's waarbinnen WZH de (vele) verbeteracties omschreef. WZH werkte de drie gekozen thema's uit voor de periode januari 2016 tot en met september 2016. Aan de thema's crisisdienst, complexe gedragsproblematiek en WZH algemeen koppelde WZH een aantal verbeterprojecten. Per project beschreef WZH de gewenste eindresultaten en een streefdatum. Tevens omschreef WZH hoe de evaluatie en borging plaats zal vinden, bijvoorbeeld via interne audits en/of reviews van cliëntendossiers.

De inspectie benoemde in het gesprek naar de bestuurder van WZH, dat het daadwerkelijk SMART formuleren van de verbeterstappen WZH verder zal helpen om effectiviteit te bereiken, te (kunnen) meten en te volgen. De inspectie benadrukte dat de door WZH zelf geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod vereisen dat binnen afzienbare termijn feitelijk goede en aanzienlijke resultaten geboekt zijn met de gekozen aanpak.

Naar aanleiding van de eerdere inspectiebezoeken in 2014 en 2015, de van WZH ontvangen meldingenanalyses in 2015 en het bestuursgesprek op 22 januari 2016, besloot de inspectie meerdere locaties van WZH te bezoeken en de stand van zaken na de ingezette verbetermaatregelen in de praktijk te toetsen.

## **1.2 Doelstelling**

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door WZH Prinsenhof geboden zorg voldeed aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's 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 Prinsenhof geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- Gesprekken met cliënten;
- Gesprek met de cliëntenraad;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers; waaronder twee EVV'ers en twee verpleegkundigen;
- Gesprek met de behandelaars; de specialist-ouderengeneeskunde (hierna: so) van de geriatrische revalidatiezorg (hierna: GRZ) en de Bopz-arts van WZH;
- Gesprek met het management(team) en ondersteunende diensten; de locatiemanager, teamleiders (Facilitair; Dagactiviteiten en Welzijn; Psychogeriatricie en Somatiek), een kwaliteitsmanager, manager behandelzaken en een praktijkbegeleider;
- Inzage in enkele cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 1;
- Een rondgang door de locatie.

Met dit instrument toetste de inspectie de geboden zorg aan de hand van de volgende thema's:

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

Per thema heeft de inspectie een selectie gemaakt van normen waaraan zij de geboden zorg toetste op basis van één of meer beoordelingsaspecten. De beoordelingsaspecten omvatten niet altijd de hele reikwijdte van een norm. Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Dit kan reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

#### **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**

##### *Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH)*

WZH biedt zowel thuiszorg en intramurale zorg, behandeling en begeleiding voor cliënten met psychogeriatrische of somatische problematiek, cliënten met niet-aangeboren hersenletsel en geriatrische revalidatiezorg. WZH heeft 12 woonzorgcentra in de regio's Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer en levert thuiszorg.

##### *Locatie WZH Prinsenhof*

WZH Prinsenhof is een woonzorgcentrum gelegen in een groene parkachtige omgeving, aan de rand van Leidschendam. Het woonzorgcentrum biedt zorg aan ongeveer 180 cliënten. WZH Prinsenhof biedt revalidatiezorg en verpleegzorg voor cliënten met psychogeriatrische (hierna: PG-clieñten) en/of somatische problematiek.

Voor de PG-clieñten is er een afdeling kleinschalig wonen op de begane grond. Deze afdeling heeft 12 kleinschalige woongroepen met in totaal 90 cliënten. Binnen deze 12 woongroepen met ieder een eigen huiskamer, delen bewoners van 2 naast elkaar gelegen woongroepen samen één huiskamer, waardoor de medewerkers continu nabij kunnen zijn voor de cliënten die in de woonkamer zijn. Daarnaast kan het team van medewerkers van daaruit ook individuele zorg en ondersteuning bieden aan cliënten die zich niet in de groep bevinden.

De afdeling voor cliënten met somatische problematiek is verdeeld over de tweede en derde etage met in totaal 38 cliënten. De afdeling voor geriatrische revalidatiezorg (hierna: GRZ) is verdeeld over de eerste en tweede etage en heeft 57 bedden. Daarnaast biedt Prinsenhof dagbehandeling en dagactiviteiten voor lichtdementerende thuiswonende cliënten, cliënten met een WLZ-indicatie en cliënten met somatische problematiek.

Prinsenhof beschikt over een ruime afgesloten tuin, een beweegtuint, een kapsalon en pedicure, meerdere ruimtes voor fysiotherapie en een restaurant.

### *Bezetting en aansturing*

Aan de hand van een zogenaamde cliëntagenda – die de behoefte aan zorg en ondersteuning per cliënt weergeeft - berekent WZH de benodigde formatie en roostert op basis van de cliëntbehoefte. 's Nachts zijn op de PG-afdeling drie medewerkers aanwezig, op de GRZ-afdeling twee en op de afdeling voor cliënten met somatische problematiek zijn ook twee medewerkers aanwezig. Verder is er 7x24 uur een verpleegkundige aanwezig en overdag is er altijd een verpleegkundige die dienst heeft.

De locatiemanager stuurt drie teamleiders aan en diverse ondersteunende functies zoals een kwaliteitsfunctionaris. De teamleiders van de PG-afdeling sturen ieder een afdeling somatiek aan. Voor deze structuur is gekozen om verbinding te leggen met verbeteringen die op de PG-afdeling waren doorgevoerd. In de aansturing werkt men toe naar zelfstandiger werkende teams waarin de teamleiders meer een coachende rol gaan aannemen in de toekomst. WZH Prinsenhof kende per juni 2016 een verzuim van 5,16%.

### *Waardigheid en Trots en andere verbetertrajecten*

Binnen WZH Prinsenhof wordt op verschillende manieren doorlopend gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Zo participeert deze locatie van WZH in het programma Waardigheid en Trots. Aan de hand van de CQ-clienttevredenheidmeting, interne audits en quick scans is een jaarplan opgesteld voor deze locatie welke de gewenste verbeteringen beschrijft. Uit de CQ-meting bleek dat vooral de aankleding van de woon- en leefomgeving voor de somatiek afdeling aandacht verdient. Dit is door WZH Prinsenhof opgepakt en in ontwikkeling.

WZH Prinsenhof heeft een cliëntportaal uitgerold, waarmee cliëntvertegenwoordigers mee kunnen kijken en lezen in een digitaal cliëntdossier.

De behandelaars werken aan een zogenaamd 'zorgpad' voor de opname van cliënten met gedragsproblemen per 1 september 2016. Crisisopnames vinden alleen nog plaats op de locatie Sammersbrug waar overdag altijd een so aanwezig is en men beschikt over een observatieafdeling.

Middels lunchbijeenkomsten en via deelname in projectteams raakten de medewerkers op locatie WZH Prinsenhof betrokken bij de WZH-brede verbeterplannen. Zo werkten medewerkers, management en behandelaars aan de uitwerking van zinvolle dagbesteding, aan het verbeteren van het therapeutisch klimaat (GRZ), aan een pilot bewegen voor PG-cliënten en aan de verdere ontwikkeling van professionaliteit en scholing. Via lunchbijeenkomsten volgt in het najaar 2016 ook aandacht voor deskundigheidsbevordering van medewerkers over de Wet Bopz.



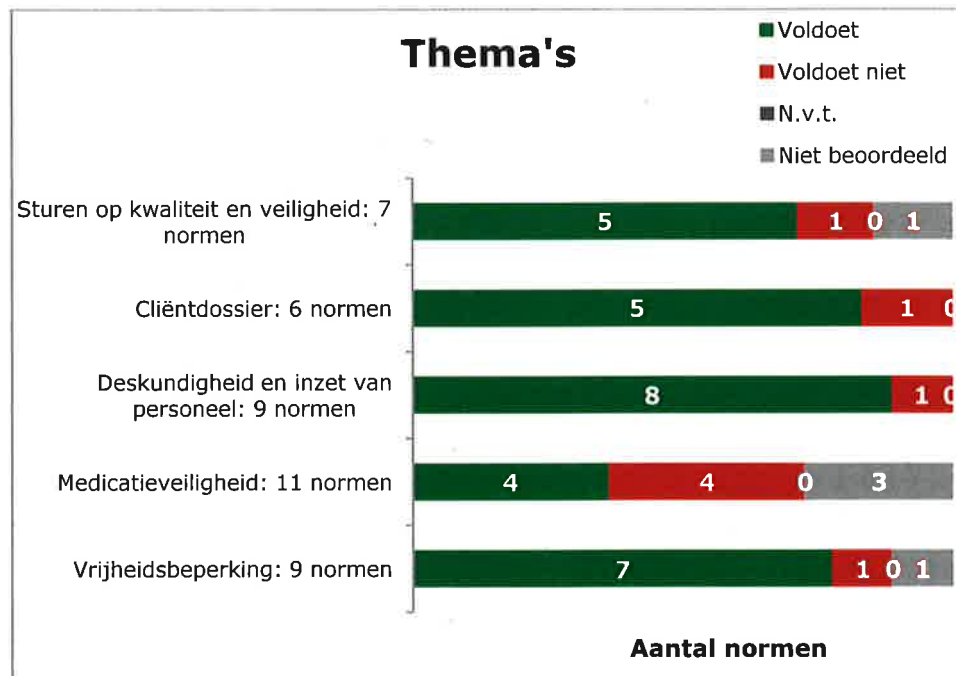
## 2 Conclusie en onderbouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2<sup>e</sup> hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van WZH Prinsenhof. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominere plaats.

### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

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



### 2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die Prinsenhof biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de 8 normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

**2.2.1** *Verbetermaatregelen WZH nog niet volledig zichtbaar in naleving door medewerkers*  
De inspectie zag dat WZH Transvaal een aantal randvoorwaarden voor goede en veilige zorg realiseerde (zoals een gedragspreekuur en passende scholing voor medewerkers) maar het professioneel handelen van medewerkers schoot nog tekort. Een van de verbetermaatregelen uit het "overzicht WZH verbetermaatregelen" betrof 'het verbeteren door doorleven en bewustwording' en dit was gericht op het volgen van protocollen bijvoorbeeld op het gebied van medicatieveiligheid. Dit punt zag de inspectie onvoldoende terug tijdens het inspectiebezoek. De samenhang tussen het creëren van noodzakelijke randvoorwaarden en het juist volgen en uitvoeren van werkinstructies en protocollen door medewerkers, gebeurt nog onvoldoende. Het management van Prinsenhof moet meer aandacht hebben voor de controle van gemaakte afspraken en daar waar nodig actie ondernemen. Dit betrof met name een aantal voorbeelden in het niet zorgvuldig nakomen van afspraken in de medicatiedistributie.

*Methodisch werken vanuit het cliëntdossier moet verbeteren*

Het niet rapporteren op doelen door medewerkers is het enige aandachtspunt in het verder goed en multidisciplinair gevulde cliëntdossier. Het rapporteren op doel versterkt het methodisch werken en maakt het voor de medewerkers en behandelaars mogelijk om de (evaluatie van) geboden zorg en ondersteuning beter te volgen, te evalueren en waarnodig opdrachten of doelen bij te stellen.

**2.3** **Clïëntgerichtheid**

De inspectie zag op Prinsenhof warme en betrokken medewerkers. De lijntjes met het management of ondersteunende functies waren kort en met elkaar was bezig met diverse verbetertrajecten. Deze trajecten, maar ook de individuele vormen van ondersteuning en bejegening richten zich duidelijk op het (waar mogelijk) verbeteren van de bejegening, welzijn en prettige woonomgeving van de cliënten. Prinsenhof liet zien dat zij bezig was met de continue ontwikkeling van cliëntgerichte zorg binnen een open klimaat met overwegend deskundig en gemotiveerd personeel.

## 3 Handhaving

### 3.1 Inleiding

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 normen in paragraaf 3.2.

### 3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

*Normen waaraan de zorgaanbieder uiterlijk 7 september 2016 moet voldoen:*

- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 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.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

#### *Vervolgacties zorgaanbieder*

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie uiterlijk op **9 september 2016**.

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

*Normen waaraan de zorgaanbieder binnen drie maanden moet voldoen:*

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 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.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

*Vervolgacties zorgaanbieder*

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie **vóór 15 december 2016**.

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

Tevens verwacht de inspectie bij dit resultaatverslag een visie van de bestuurder op het verbetertraject voor locatie Transvaal en de stand van zaken daarbij; dit laatste ook voor eventuele andere locaties van WZH waar eventuele verbetermaatregelen nodig blijken.

### **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 zij zo nodig passende maatregelen treft.

### **3.4 Vervolgacties inspectie**

De inspectie beoordeelt het ontvangen resultaatsverslag en toetst zo of de zorgaanbieder de tekortkomingen die zijn geconstateerd, oplost. Een gesprek met de bestuurder en/of een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Prinsenhof behoort tot de mogelijke vervolgacties.

Daarnaast zal de strekking van het rapport onderwerp van gesprek zijn in het eerstvolgende gesprek met de bestuurder.

## 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'. 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.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in WZH Prinsenhof nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in WZH Prinsenhof wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

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

#### 4.1.1 *Inleiding*

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.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, 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.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, 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.

4.1.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
<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>		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>1</sup> .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.	x			
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>				x
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				x
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>	x			
a)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.	x			
<b>1.9</b>	<b>De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)	x			

### Toelichting

**1.2 b)** De meldingenanalyse was incompleet en alleen kwantitatief van aard; uit gesprekken met medewerkers en een teamleider bleek dat medewerkers niet alle meldenswaardige incidenten melden. Het overzicht van MIC meldingen en een verslag van de bespreking van meldingen door het management, bevatten geen (kwalitatieve) analyses naar mogelijke algemene basisoorzaken.

**1.2 c)** De teamleider beoordeelde iedere incidentmelding en besprak dit met de melder of het team. Waarnodig paste zij maatregelen toe om herhaling van de melding te voorkomen. Ook uit de gesprekken met het management en teamleiders bleek wel dat zij bepaalde verbetermaatregelen doorvoerden op basis van incidentmeldingen. Zo gingen zij bijvoorbeeld in gesprek met mantelzorgers en familieleden naar aanleiding van agressie-incidenten om meer begrip voor de mogelijkheid van dit soort incidenten te bespreken. Evenwel bevatte de locatiebrede meldingenanalyse geen algemene gerichte verbetervoorstellen op basis van een analyse naar trends en/of basisoorzaken.



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

### 4.2.1 *Inleiding*

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, 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 zorgplan. 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.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier 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 zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

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

4.2.2 Scores

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

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

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

### **Toelichting**

Voor medewerkers was een laptop of tablet beschikbaar voor de elektronische dossiervoering. Echter de wifi-verbinding was niet altijd voldoende robuust om tijdig en snel elektronisch te kunnen rapporteren. De kwaliteit van de wifi-verbinding leidde er toe dat medewerkers regelmatig opnieuw moesten inloggen. De organisatie was bekend met dit probleem en was in afwachting van een plan om dit probleem op te lossen.

**2.5 b)** Het zorgleefplan werd afgestemd op de zorgbehoefte van cliënten. Echter, medewerkers rapporteerden veelal niet op basis van de vele gestelde zorg- en ondersteuningsdoelen en de voorgenomen zorgacties per client. De rapportage betrof vaak alleen de gegeven ADL zorg en of een cliënt rustig of juist onrustig gedrag vertoonde. Medewerkers rapporteerden bijvoorbeeld niet welke acties zij bij onrustig gedrag van een cliënt ondernamen en welk effect dat had.

**2.5 c)** Doordat medewerkers niet doel- en actiegericht rapporteerden, was het voor medewerkers, behandeldisciplines en cliënten niet of onvoldoende mogelijk om de geboden zorg te evalueren en te zien wat het effect is van acties op zorg- en ondersteuningsdoelen.

### 4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

#### 4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, 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 die goede zorg bieden, 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 die goede zorg bieden, 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.

#### 4.3.2 Scores

		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 behoeften en wensen.	X			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.	X			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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			
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.</b>	x			
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.	x			
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.	x			
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
<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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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

Uit gesprekken met medewerkers bleek dat zij voldoende ondersteuning kregen vanuit behandelaars. Ook kregen zij voldoende mogelijkheden voor (individuele) scholing om cliënten goed te kunnen ondersteunen. Middels gedragsprekuren van de psycholoog en klinische lessen werd gewerkt aan deskundigheidsbevordering van medewerkers op specifieke thema's en/of gericht op het omgaan met specifieke casuïstiek. In de ontwikkeling naar zelfstandigere teams, werden medewerkers uitgenodigd om zelf met voorstellen te komen. Een thema dat meerdere medewerkers als zorgpunt benoemden was het omgaan met familie en mantelzorgers.

**3.4 a)** Medewerkers kenden niet alle relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies of pasten deze niet goed toe. Medewerkers beheerden de medicatie niet op de juiste wijze en gingen per afdeling verschillend om met het noteren van de openingsdatum van medicinale druppels en zalven. Op de ene afdeling noteerden medewerkers deze openingsdatum op de primaire verpakking. Op de andere afdeling noteerden medewerkers deze op het doosje. Verder bleek dat medewerkers niet alle meldenswaardige incidenten meldden, zoals het ontbreken van parafen op medicatietoedienlijsten. Een werkinstructie voor het zorgvuldig en verantwoord gebruik van een Posey-bed, was tijdens het inspectiebezoek voor medewerkers onbekend.



#### 4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

##### 4.4.1 Inleiding

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. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

##### 4.4.2 Scores

		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.				X
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				X
<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.				X
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				X

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c) De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				X
<b>4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>		X		
a) Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.		X		
b) De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	X			
c) Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				X
<b>4.5 Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>4</sup> niet aan.</b>	X			
a) De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>4</sup> heeft uitgezet.	X			
<b>4.6 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			

<sup>4</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>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		X		
	a) De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		X		
	b) Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		X		
	c) De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.		X		
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>4</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>	X			
	a) <i>Voor niet GDS<sup>4</sup>-medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.</i>	X			
	b) De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	X			
	c) Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	X			
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>		X		
	a) De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		X		
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>				X
	a) Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				X
	b) Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>	x			
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.	x			
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.				x
<b>4.12</b>	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.</b>	x			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

### Toelichting

**4.3 a)** Verschillende medicatietoedienlijsten waren niet volledig of niet actueel. Bij verschillende cliënten bevatte de medicatietoedienlijst de aanduiding 'niet malen' terwijl medewerkers voor die cliënten de medicatie toch maalden. Verder bevatten verschillende medicatietoedienlijsten niet de allergieën en contra-indicaties. Bij één cliënt bevatte de medicatietoedienlijst wel de contra-indicatie 'slikproblemen'. Bij andere cliënten die volgens medewerkers ook slikproblemen hadden, was dit niet zo.

**4.6 b)** WZH Prinsenhof had weliswaar afspraken over de werkwijze van retourmedicatie, maar in de praktijk was de uitvoering risicovol. Daarom beoordeelt de inspectie dit beoordelingsaspect als onvoldoende. Medewerkers vertelden dat zij voor het retourneren van medicatie welke onder de opium-wetgeving viel, soms tot zesmaal de apotheek berichten om dit op te halen en zij weken moesten wachten tot de apotheek deze kwam ophalen.

**4.7 a)** De periodieke controle van de medicatie voldeed niet. In de gekoelde medicatie-koelkast van een woongroep op de PG-afdeling lag Temesta met een expiratedatum van augustus 2015 en één van februari 2016. De periodieke controle van de centrale medicatievoorraad voldeed ook niet. Op een registratielijst van de aanwezige Fentanyl, schreven medewerkers op drie momenten dat de telling niet klopte. Van de Morfine 10 Hcl beschreef de registratielijst dat er 86 ampullen aanwezig waren. In de opiatenkluis lagen er op dat moment 66. Een verpleegkundige herleidde tijdens het inspectiebezoek de afwezigheid van de 20 missende ampullen door het vinden van twee (spoed)recepten.

**4.7 b)** Op de afdeling somatiek lag in een bakje voor cliëntgebonden medicatie, diverse losse niet-op-naam-gestelde strips medicatie. Eén van de opiaten-kluisjes op een woongroep op de PG-afdeling bevatte niet-op-naam-gestelde medicatie welke onder de opium-wetgeving viel. Op het doosje schreef een medewerker de naam van de betreffende cliënt. In een medicatie-koelkast van de PG-afdeling lagen niet-geëtiketteerde insulinepennen.

**4.7 c)** Medewerkers noteerden niet structureel de openingsdatum op de primaire verpakking van geopende medicinale druppels en vloeistoffen. Op een aantal primaire verpakkingen miste de openingsdatum. Soms noteerden medewerkers de openingsdatum op het doosje.

**4.9 a)** Op diverse medicatietoedienlijsten ontbraken enkele parafen. Tijdens de rondgang bleek dat een medewerker de medicatie niet direct op de medicatietoedienlijst parafeerde, nadat zij die 's ochtends aan een cliënt gaf.

## 4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

### 4.5.1 Inleiding

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.

### 4.5.2 Scores

	Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1 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 vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.				X
b) Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				X
c) De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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			
<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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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			
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 38.5 en 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.				x

### Toelichting

De toepassing van de Wet Bopz op locatie WZH Prinsenhof gebeurde zorgvuldig. In de dossiers die de inspectie inzag waren gedragsanalyses, signaleringsplannen, vastgelegde vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen en uitgewerkte (gedrags)adviezen voor medewerkers te vinden. Uit de rondgang en dossierinzage van een cliënt met een Posey-bed, bleek dat WZH Prinsenhof ook actief pogingen



deed om de mate en vorm van vrijheidsbeperkingen bij cliënten waar mogelijk terug te dringen.

**5.8 a)** Medewerkers beschikten niet of waren niet bekend met een werkinstructie voor het gebruik van een Poseybed. Hoewel WZH Prinsenhof wel beschikte over een werkinstructie rondom het beheer (logistiek) van deze bedden en het bed zelf gebruiksinstructies bevatte, was er geen werkinstructie aanwezig voor de inzet van een Posey-bed waaruit bleek met welke risico's medewerkers bij de toepassing van een Poseybed rekening moeten houden.

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Overzicht ZZP's;
- WZH Prinsenhof FTE lijst;
- Formatie Behandel dienst WZH Prinsenhof;
- PZ WZH Procedure Verklaring Omtrent Gedrag (VOG);
- Werkrooster WZH Prinsenhof juli en juni;
- Verzuimrapportage WZH Prinsenhof, Versie LMT, dd. juni 2016;
- WZH 2016 Overzicht PNIL;
- WZH Prinsenhof Opleidingsplan 2015-2017; dd. 30-03-2015;
- WZH Implementatieplan Voorbehouden en Risicovolle handelingen; dd. februari 2015;
- WZH Handleiding Voorbehouden en Risicovolle handelingen; dd. 5-2-2015;
- WZH Scholingspaspoort;
- Indeling training VBH 2015 en 2016;
- Registratie Vrijheidsbeperking; over de periode 1-2-2016 t/m 1-7-2016;
- Overzicht MIC meldingen 1-1-2016 t/m 6-7-2016;
- Afspraken en overleg MIM en MIC 17 juli 2016;
- Registratie BIG-handelingen;
- WZH Prinsenhof, Locatie jaarplan 2016;
- Jaarplan 2016 DAC / OC / Welzijn;
- Kwaliteit(-document) WZH Prinsenhof;
- Memo, m.b.t.: Definitief handboek geneesmiddelenbeleid, implementatieplan en reminder plannen van aanpak; dd. 26-07-2016;
- WZH BZ procedure Beheer Posey Bedden; dd. 17-2-2015;
- WZH Handboek Geneesmiddelenbeleid; dd. 26-7-2016;
- Notitie Quick scans medicatieveiligheid en Medicatie Quick Scan Juli; dd. 8-7-2016;
- WZH memo Posey Bed inxzet – gebruik instructie; dd. 25-7-2016;
- Best practices Posey tentbed.

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

### Wetgeving:

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

### Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

### 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.

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

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