



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

Rapport  
van het inspectiebezoek  
aan WoonZorgcentra Haaglanden,  
locatie WZH Transvaal  
in Den Haag  
op 28 juni 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 onvoldoende aan de normen en bevat daardoor mogelijke risico's 7
2.2.1	Management moet meer sturen op nakomen van afspraken door medewerkers 8
2.3	Cliëntgerichtheid geeft dubbel beeld 8
<b>3</b>	<b>Handhaving 9</b>
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 9
3.4	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.5	Vervolgacties zorgaanbieder 10
3.6	Beoordeling van overige locaties 10
3.7	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 juni 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (hierna: WZH), locatie WZH Transvaal (hierna: Transvaal) 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, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte 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*

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.

### *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 inspectiebezoek aan Sammersbrug, waarbij bleek dat WZH op korte termijn vele verbeteracties zou realiseren. De bestuurder van WZH lichtte het "Overzicht WZH Verbetermaatregelen n.a.v. 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 en het bestuursgesprek op 22 januari 2016, besloot de inspectie om WZH Transvaal te bezoeken.

## **1.2 Doelstelling**

De doelstelling van het inspectiebezoek was te beoordelen in hoeverre de door Transvaal 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 Transvaal 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 een woonzorgbegeleider-senior, een verpleegkundige.
- Gesprek met de behandelaars; de psycholoog, de specialist-ouderengeneeskunde (hierna: so) en de Bopz-arts van WZH;
- Gesprek met het management(team); de locatiemanager, teamleiders, een kwaliteitsfunctionaris;
- Inzage in vijf 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**

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. WZH toetst de cliënttevredenheid met het kwaliteitssysteem Prezo en locatie Transvaal heeft het 'Zilveren Keurmerk' voor alle intramurale zorgproducten die zij biedt.

##### *Locatie*

Transvaal is gelegen in de zogenaamde Transvaal-buurt te Den Haag. In 2014 opende Transvaal de deuren van haar nieuwe pand. Cliënten wonen verdeeld over 14 kleinschalige woongroepen van 6 à 7 personen met een gezamenlijke woonkamer. Iedere cliënt beschikt over een eigen appartement. Op de eerste etage zijn 6 gesloten woonkamers voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Op de tweede en derde etage zijn in totaal 8 woonkamers waar cliënten met psychogeriatrische en/of somatische problematiek wonen. De meeste cliënten binnen Transvaal zijn Surinaams-Hindoestaanse cliënten. Naast de woongroepen kunnen cliënten een zogenaamde Garantwoning huren waarin zij vanuit het woonzorgcentrum geleverde zorg kunnen ontvangen. Het ontmoetingscentrum van Transvaal biedt dagelijkse activiteiten voor mensen met beginnende dementie of lichamelijke beperkingen.

##### *Dagactiviteiten*

Alle cliënten binnen Transvaal en zelfstandig wonende cliënten uit de buurt met een zogenaamde beschikking (Wmo 2015) kunnen gebruik maken van het dagactiviteit- en ontmoetingscentrum in Transvaal. Diverse activiteiten zoals tempelvieringen, zang- en beweegactiviteiten vinden daar plaats. Daarnaast beschikt Transvaal over een zogenaamd Beweegplaza waar cliënten diverse (activerende) bewegingsactiviteiten kunnen uitvoeren.

##### *Bezetting en aansturing*

Op iedere woonkamer met zes à zeven cliënten werkt een woonzorgbegeleider-senior. Dit is een verzorgende niveau 3. Daarnaast werken medewerkers niveau 2 'welzijn en zorg' of verzorgenden IG die binnen de gesloten afdeling voor pg-clienten of binnen de andere woongroepen, wisselend over diverse huiskamers worden ingezet. Medewerkers worden per doelgroep (somatic of pg) ingezet. Aan elke etage zijn activiteitenbegeleiders en minimaal één verpleegkundige verbonden.

Een nieuwe locatiemanager is sinds twee maanden op Transvaal aangesteld na een aantal daaraan voorafgaande wisselingen van het locatiemanagement. De locatiemanager stuurt drie teamleiders aan en diverse ondersteunde functies zoals een kwaliteitsfunctionaris.

### *Waardigheid en Trots*

In het kader van 'Waardigheid en Trots en locatieprojecten' participeert Transvaal met een aantal projecten. Het project 'Dance for Health' heeft als doel om via muziek en dans, zingeving en kwaliteit van leven in het bestaan voor cliënten te versterken. In het project 'Herinnering is leven' gaan cliënten een eigen beeldverhaal schilderen van hun herinneringen aan de tijd toen zij tussen de 8 en 13 jaar waren. Een van de andere projecten betreft 'CRDL' en betreft de inzet van een interactief instrument waarmee cliënten met dementie door het gebruik van hun tastzin zintuiglijke ervaringen opdoen. Verder neemt Transvaal deel aan een project 'Deskundigheidsbevordering op het gebied van cultuurspecifieke zorg in combinatie met professionaliteit'.

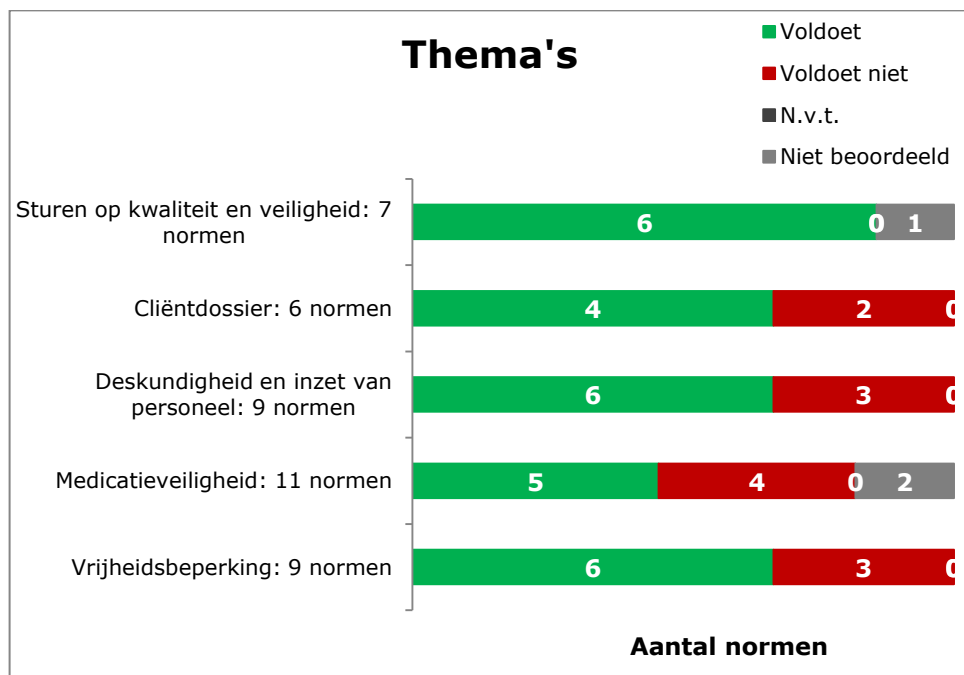
## 2 Conclusie en onderbouwing

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 Transvaal. 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 prominentere 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 onvoldoende aan de normen en bevat daardoor mogelijke risico's

De zorg die Transvaal biedt, voldoet niet aan 12 van 39 getoetste normen. Het niet voldoen aan normen kan leiden tot onnodige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert. Het gaat om verbeteringen op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

### 2.2.1

#### *Management moet meer sturen op nakomen van afspraken door medewerkers*

Medewerkers kwamen op verschillende gebieden afspraken niet na, volgden werkinstructies niet op of waren niet bekend met de werkinstructies en protocollen. Met name op het gebied van de medicatieveiligheid moet hier op gestuurd worden door het management. De afspraken over de medicatiedistributie waren bij medewerkers veelal wel bekend, toch pasten ze deze niet goed toe.

#### *Aandacht voor welzijn ten koste van aandacht voor behandeling en verpleging*

Op de diverse thema's zag de inspectie dat zeer betrokken medewerkers met veel aandacht voor het welzijn van de cliënt hun uiterste best deden. Het individuele welzijn en verzorging van de cliënt kreeg veel aandacht. Echter de balans met het nastreven van professionele normen en waarden kreeg hierin te weinig aandacht. Het realiseren van de vereiste professionele behandeling en verpleging moet verder ontwikkeld worden. Zo rapporteerden medewerkers veelal niet doelgericht. En vanwege discontinuïteit in de personele bezetting waren medewerkers onvoldoende in staat om de behandeling en verpleging naar een professioneler niveau te tillen.

#### *Verbetermaatregelen WZH nog niet volledig zichtbaar in naleving door medewerkers*

De samenhang tussen het creëren van noodzakelijke randvoorwaarden en het juist volgen en uitvoeren van werkinstructies en protocollen door medewerkers, gebeurt nog onvoldoende en geeft risico's voor goede zorg.

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. Er werd niet voldoende volgens de veilige principes gewerkt en dat geeft risico voor goede zorg.

### 2.3

#### **Cliëntgerichtheid geeft dubbel beeld**

De medewerkers van WZH Transvaal geven vanuit een moderne locatie, warme en betrokken zorg aan cliënten. Zij houden hierbij sterk rekening met de culturele verschillen en geloofsovertuigingen van de cliënten. Samen met cliënten, mantelzorgers en de cliëntenraad worden in samenspraak passende activiteiten georganiseerd die aansluiten bij individuele of groepsgewijze wensen of behoeften van cliënten. Diverse activiteiten werden georganiseerd zoals het Suikerfeest, Divaliviering, Srefidensi (onafhankelijkheidsdag Suriname), en dagen zoals Sinterklaas, Kerstdiner, kooktheater etc.

De zorgvuldigheid die medewerkers toonden in de bejegening van cliënten, was niet terug te zien in de zorgvuldigheid op bijvoorbeeld het gebied van de medicatieveiligheid en het doelgericht rapporteren. Daarmee toonden medewerkers een grote aandacht voor het welzijn van cliënten, maar onvoldoende voor het professioneel hanteren van normen en doelen op het gebied van behandeling en doelgerichte verpleging.



## 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.
- 4.8 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.

### 3.3 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 **7 september 2016** (en in goede orde ontvangen op 05-09-2016).

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).

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

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

- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.

- 5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

### **3.5 Vervolgacties zorgaanbieder**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. Dit resultaatsverslag verwacht de inspectie drie maanden na de datum van de begeleidende brief bij het vastgestelde rapport.

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.

### **3.6 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.

### **3.7 Vervolgacties inspectie**

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Transvaal 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 Transvaal nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Transvaal 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>	<b>x</b>			
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>	<b>x</b>			
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>	<b>x</b>			
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 overgangperiode 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>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	x			
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.	x			
<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.	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>	<b>x</b>			
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>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				x

### Toelichting

**1.1** Transvaal verrichtte in 2015 een CQ-tevredenheidsmeting (hierna: CQ). In het tweede kwartaal van 2016 hield Transvaal tevredenheidsmetingen met de zogenaamde 'Mijn Verbetermeter' (hierna: MVM). Transvaal vergeleek de uitkomsten van beide metingen. In het overzicht van deze vergelijking was te zien dat de MVM in 2016 gemiddelde positievere resultaten opleverde op diverse onderwerpen. Bepaalde thema's uit de CQ die relatief minder scoorden (zoals schoonmaak) waren als verbeterpunt terug te vinden in het jaarplan 2016.

**1.4** De cliëntenraad waar de inspectie mee sprak, was tevreden over de manier waarop de locatiemanager adviezen en suggesties van de cliëntenraad oppakte. De voorgaande wisselingen van locatiemanagers maakten dat de cliëntenraad sommige thema's bij herhaling onder de aandacht moest brengen bij een nieuwe locatiemanager. Dit was nu niet meer aan de orde. Door de betrokkenheid van de cliëntenraad, zorgde Transvaal voor een cliëntgerichte (multiculturele) invulling van het dagelijkse menu en de aanwezigheid van verschillen vormen van geloofsondersteuning. Ook droeg de cliëntenraad eraan bij dat het budget voor de katholieke feestdagen (Pasen en Kerst) komend jaar ook voor andere vieringen en (bijvoorbeeld Hindoestaanse) feestdagen beschikbaar komt.

## 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.

<sup>2</sup> 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. Verderegaande 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**

Medewerkers werkten met een elektronisch cliëntdossier op een laptop of tablet. Tijdens de inzage van cliëntdossier, bleek dat de wifi-verbinding er toe leidde dat beide medewerkers opnieuw moesten inloggen. Medewerkers vertelden dat de wifi-verbinding niet altijd voldeed om tijdig en snel elektronisch te kunnen rapporteren.

**2.5 b)** Tijdens de inzage van meerdere dossiers bleek dat medewerkers niet rapporteerden op basis van doelen en acties. In een enkel geval rapporteerde een medewerker wel op basis van een doel of actie.

**2.5 c)** De evaluaties van geboden zorg en ondersteuning gingen onvoldoende over de zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties doordat medewerkers onvoldoende doelgericht rapporteerden. Daarnaast viel het op dat de veelheid aan cliëntgerichte doelen per cliënt (in een cliëntdossier ruim 15 doelen), het voor medewerkers lastig maakte om op alle doelen te rapporteren.

**2.6 b)** Bij de inzage van een cliëntdossier bleek dat de laatste zorgleefplan-bespreking in september 2015 plaatsvond. De volgende zorgleefplanbespreking zou in juli 2016 plaats gaan vinden.

### 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

**3.3 a)** Per woonkamer werkte altijd een vaste woonzorgbegeleider (senior). Daarnaast wisselde de inzet van medewerkers op woongroepen doordat andere medewerkers over alle woonkamers per etage moesten werken. De wisselende groep medewerkers leerde zo de groep cliënten niet goed kennen en waren van specifieke wensen en behoeften niet op de hoogte. De behandelaars vertelden dat medewerkers de aanwezige agressie van cliënten daardoor als 'normaal' ervaarden. De locatiemanager van Transvaal had al het voornemen om medewerkers op vaste woongroepen in te zetten.

**3.4 a)** Medewerkers kenden diverse afspraken en werkinstructies niet of pasten deze niet goed toe. Medewerkers pasten bijvoorbeeld niet structureel de dubbele controle toe bij risicovolle medicatie. Verder bleek dat medewerkers de afspraken over retourmedicatie niet goed uitvoerden.

**3.6** Transvaal bood een scholingsprogramma voor medewerkers dat aansloot bij de kennis van medewerkers en dat aansloot bij de wensen en behoeften van cliënten. Daarnaast bood Transvaal ook een trainingsaanbod voor vrijwilligers en mantelzorgers. Dit aanbod bevatte onder andere trainingen over dementie, onbegrepen gedrag en fysieke belasting.

**3.7 b)** Per woonkamer werkte altijd een vaste 'senior woonzorgbegeleider'. De tweede collega was volgens de behandelaars altijd een van de andere collegae die wisselend op verschillende woningen werkten. Hierdoor vonden medewerkers de aanwezige agressie van cliënten bijvoorbeeld normaal. Transvaal had op het moment van het inspectiebezoek het plan om met vastere teams te gaan werken. Het doel hiervan was dat medewerkers beter bekend raakten met de wensen en behoeften van cliënten. In de reactie van de bestuurder op het conceptrapport, liet de bestuurder weten; 'bij onbegrepen gedrag helpen de adviezen niet altijd. Vanuit de cultuur vindt men het moeilijk de oudere aan te spreken op het gedrag'.

#### 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>	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
<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>				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				x
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				x
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.3</b>	<b>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</b>	<b>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</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			

<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>		<b>x</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		
<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>		<b>x</b>		
a)	Voor niet GDS <sup>4</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.		x		
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
<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.	x			
<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.				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>	<b>x</b>			
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>	<b>x</b>			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

### Toelichting

**4.3 a)** Medewerkers beschikten niet voor elke cliënt over een actuele medicatietoedienlijst. De medicatietoedienlijst van een cliënt bevatte niet de indicatie dat medicatie gemalen moest worden, terwijl medewerkers de medicatie voor deze cliënt wel gemalen toedienden.

**4.6 b)** Transvaal had weliswaar afspraken met de apotheek over de wijze van retourmedicatie, maar medewerkers pasten deze afspraken niet goed toe. De kluisjes met medicatie die onder de opiumwetgeving viel en de cliëntgebonden medicatievoorraden op de woonkamers, bevatten diverse retourmedicatie die medewerkers niet in de kartonnen retourbox deden.

**4.7 a)** De periodieke controle op de medicatievoorraad voldeed niet. Op de woonkamer bevond zich tussen de cliëntgebonden medicatie diverse medicatie en steriele middelen, waarvan de houdbaarheidsdatum was verstreken en medicatie waarvan het voorschrift door de arts enige tijd geleden eindigde. Tevens lagen er diverse losse etiketten voor cliëntgebonden medicatie, zonder de daarbij behorende medicatie.

In de kluisjes met medicatie die onder de opiumwetgeving viel, bevond zich medicatie waarvan geen registratielijst was. Ook lag daar medicatie (Morfine 10 Hcl) van een cliënt die reeds was overleden. Een pakje met Fentanyl 50mg bevatte geen etiket en de houdbaarheid van deze pleisters was verstreken. Een registratielijst voor de Fentanyl die een cliënt kreeg, bevatte niet de dosering van de betreffende medicatie. Op de registratielijst van de noodvoorraad, beschreef een apothekersassistente op de registratielijst van de Oxycodon dat de telling niet klopte. Uit de registratielijst Morfine 10 Hcl bleek dat de voorraad 31 ampullen moest bevatten, terwijl er slechts 20 waren.

**4.7 b)** Cliëntgebonden medicatievoorraden op de woonkamers bevatten diverse niet-op-naam-gestelde medicatie. Bij een cliënt lag een strip medicatie met een los etiket. In de kluisjes met medicatie die onder de opiumwetgeving viel, lag diverse medicatie die eerder was voorgeschreven voor een andere cliënt. Medewerkers schreven volgens hen in opdracht van de specialist ouderengeneeskunde de naam

van een andere cliënt op het etiket van deze medicatie. Een pakje met Fentanyl 50mg bevatte geen etiket.

**4.7** c) Medewerkers schreven de openingsdatum van medicinale druppels en dranken niet op de primaire verpakking. Deze werkwijze voldoet niet aan de 'Veilige principes in de medicatieketen'. Enkele flesjes met medicinale druppels waren langer dan een maand open en niet meer houdbaar.

**4.8** b) Medewerkers pasten de tweede controle bij een cliënt die Exelon kreeg niet consequent toe. Een medewerker vertelde dat dit kwam doordat een collega van de aangrenzende woonkamer hiervoor niet altijd beschikbaar was.

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

### Toelichting

**5.6 a)** Bij een cliënt dienden medewerkers de medicatie gemaskeerd (gemalen) toe. Deze toepassing was niet als vrijheidsbeperkende maatregel vastgelegd in het cliëntdossier. Daardoor ontbrak de toestemming van de cliëntvertegenwoordigers voor deze toepassing.

**5.7 a)** Zie 5.6; de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregel bevond zich bij deze cliënt niet in het cliëntdossier.

**5.8 b)** Tijdens de rondgang bleek dat medewerkers bij een enkele cliënt de medicatie gemaskeerd (gemalen) toedienden, terwijl de medicatietoedienlijst niet aangaf dat medicatie gemalen werd. Ook het cliëntdossier bevatte niet de werkinstructie dat medewerkers bij weigering door de cliënt, de medicatie gemaskeerd moesten toedienen.

## 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.

- Verslag gesprek Inspectie met bestuurder WZH op 22 januari 2016;
- WZH Handboek Geneesmiddelenbeleid; concept-versie welke is voorgelegd aan de CRR; dd. 08-03-2016;
- Overzicht behandelaren Transvaal;
- Actieplan 2016; Mantelzorg – Familieparticipatie, 'Samen zorgen in Transvaal!'; dd. 28-01-2016;
- Huisregels WZH; dd. 2015;
- Info-folder; 'Wat u wilt weten over wonen bij WZH'; dd. september 2015;
- Info voor familieleden; 'Uw familielid komt wonen op de gesloten afdeling van WZH Transvaal, wat betekent dit?'; d.d. 28-01-2016;
- WHZ Transvaal Gedragscode; dd. 25-03-2016;
- In- en uitstroom per organisatorische eenheid 2015;
- Diverse werkroosters;
- Formatieoverzicht Transvaal;
- Diverse activiteitenoverzichten en Jaarkalender activiteiten WZH Transvaal;
- WZH Waardigheid en Trots; dd. april 2016;
- Deel projectplan Dance for Health uit Waardigheid en Trots; dd 11- 05-2015;
- Verzuimrapportage WZH Transvaal; dd. mei 2016;
- Opleidingsplan 2016 WZH Transvaal; dd. januari 2016;
- Overzicht studenten, stagiaires en begeleidingstrajecten; dd. mei 2016;
- Overzicht koppeling BBL leerlingen / stagiaires aan werkbegeleiders; dd. mei 2016;
- WZH Trainingsprogramma 2015-2016 Vrijwilligers en Mantelzorgers;
- MIC rapportage Q1 2016; dd. 21-06-2016;
- Structuur en overzicht Zorg Risico Management (ZRM);
- Diverse verslagen van bijeenkomsten aandachtsvelders medicatie; maart-april 2016;
- Continue meting klant- en medewerkertevredenheid en interne toetsing 2016-2017;
- Vergelijking CQ-resultaten 2015 met Mijn Verbetermeter score in Q1 2016;
- Aanpassingen in dossier Wijzigingen voor gebruikers; dd. 24-05-2016;
- Risicosignalering nieuwe stijl; dd. 25-05-2016;
- Beleid 'Aansluiten van het dossier bij de praktijk';
- Proces van opnamedag tot cyclus;
- WZH Beleid Rechtspositie extramurale cliënten WZH en Rechtspositie andere cliënten 'niet Bopz'; dd. 1 juli 2013;
- WZH beleid Bopz Rechtspositie intramurale cliënten WZH; GEEN Middelen en Maatregelen WZH; dd; oktober 2015.



## 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.