



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Verpleeghuis Gulden Huis
in Den Haag
op 6 oktober 2015

Utrecht,
maart 2016

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en belang	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Methode	3
1.4	Toetsingskader	4
1.5	Beschrijving locatie	4
2	Conclusie en beschouwing	6
2.1	Overzicht van de scores per thema	6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol	6
2.2.1	Elektronisch cliëntendossier nog onvoldoende ondersteunend en niet compleet	6
2.2.2	Impact van monitoring nog onvoldoende; PDCA cyclus hapert in bijsturing	7
2.3	Cliëntgerichtheid verbeterbaar	7
3	Handhaving	8
3.1	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed	8
3.2	Resultaatsverslag	8
3.3	Beoordeling van overige locaties	9
3.4	Vervolgacties inspectie	9
4	Bevindingen inspectiebezoek	10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid	10
4.2	Thema 2: cliëntdossier	13
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers	18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid	22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking	26
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten	30
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten	31

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 6 oktober 2015 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Verpleeghuis Gulden Huis in Den Haag (hierna: het Gulden Huis). In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie en beschouwing, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen. De inspectie geeft onder meer invulling aan haar taak door aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken te brengen aan onder toezicht staande zorgaanbieders. Bij de uitvoering van toezicht betreft de inspectie ook ontvangen signalen over de kwaliteit van zorg.

1.2 Doelstelling

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

1.3 Methode

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

- cliënten en cliëntvertegenwoordigers;
- uitvoerende medewerkers verzorgingsdienst (helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen);
- medewerkers behandeldienst (artsen, psycholoog, fysiotherapeut);
- expertisemanagers (leidinggevenden);
- cliëntdossiers via het Elektronisch Cliënten Dossier (Ysis en Lablecare).
Voor inzage in papieren dossierdelen was tijdens dit inspectiebezoek geen gelegenheid meer. De inspectie werd mondeling geïnformeerd over de inhoud hiervan;
- documenten, genoemd in bijlage 1;
- een rondgang door de locatie.

De inspectie selecteerde een aantal thema's waarvan bekend is dat zij binnen de langdurige zorg graadmeters zijn voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

De inspectie toetste de kwaliteit en de veiligheid van de zorg tijdens het bezoek aan de hand van de volgende thema's:

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

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

1.4 Toetsingskader

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

1.5 Beschrijving locatie

Stichting Zorggroep Florence

Stichting Zorggroep Florence is de statutaire bestuurder voor alle onderdelen van het concern Florence. De raad van bestuur bestaat uit twee personen.

Verpleeghuis het Gulden Huis is één van de achttien zorglocaties van het concern Florence.

Concern Florence

Het concern Florence biedt een breed scala van activiteiten op het gebied van jeugd- en ouderenzorg, wonen en welzijnsdiensten. Het werkgebied strekt zich uit over de gemeenten Den Haag, Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Voorschoten, Leiden, Wassenaar en Delft. Het concern Florence verleent dienstverlening op het gebied van de Wet LangdurigeZorg alsook in het kader van de Zorgverzekeringswet (en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en is georganiseerd onder een aantal labels zoals bijvoorbeeld 'Florence Thuis', 'Florence Expertise' en 'Florence Allure' (particuliere thuiszorg en service).

Onder het label 'Florence Expertise' realiseert het concern haar, op specifieke doelgroepen afgestemde, (complexe) zorg en behandeling. Hiertoe heeft het concern drie expertisecentra; het Gulden Huis is daar één van.

In een expertisecentrum krijgen specifieke cliëntendoelgroepen zorg en behandeling op de diverse expertisefdelingen. Denk bijvoorbeeld aan afdelingen voor 'complexe psychogeriatrische zorg en behandeling', 'complexe somatische zorg en behandeling' of 'geriatrische revalidatiezorg'.

De aansturing van de zorgteams, werkend binnen eenzelfde expertise (ingedeeld per afdeling binnen één of meer expertisecentra) gebeurt door een afzonderlijke expertisemanager (matrixmodel). Eén expertisemanager is eindverantwoordelijk voor de hele zorgketen. Zo is bijvoorbeeld de expertisemanager 'jonge mensen met dementie' ook eindverantwoordelijk voor de dagbehandeling en het casemanagement van deze doelgroep. In totaal zijn er vier expertisemanagers. Deze expertisemanagers vormen, tezamen met de manager 'behandeling en specialistische teams' en de eerste

geneeskundige, het managementteam dat op concernniveau het label 'Florence Expertise' aanstuurt.

Verpleeghuis het Gulden Huis

Het Gulden Huis is een zorglocatie met zeven etages en fungeert als één van de drie expertiselocaties binnen Florence. Ongeveer 180 cliënten kunnen hier zorg en behandeling ontvangen. Op de benedenverdieping zijn enkele algemene voorzieningen en diverse behandeldiensten. Ook bevindt zich hier de afdeling dagbehandeling. Op de etages 2 t/m 7 zijn zes verblijfsafdelingen gevestigd met respectievelijk tien tot twaalf éénpersoonskamers en tien tot twaalf tweepersoonskamers. Op iedere etage verblijven 28 tot 34 cliënten.

In het Gulden Huis ligt de focus op de volgende expertises:

- geriatrische revalidatiezorg;
- complexe psychogeriatrische zorg en behandeling;
- complexe somatische zorg en behandeling;
- zorg en behandeling voor cliënten met de ziekte van Huntington.

De (para)medische zorg wordt geboden vanuit de overkoepelende expertise 'behandeling en specialistische teams'. Alle facilitaire ondersteuning binnen het Gulden Huis gebeurt vanuit het facilitair bedrijf van Florence en wordt aangestuurd door de wijkmanager ('thuismanager') van de wijk 'Escamp'.

Verdeling van zorgzwaarte en formatie

Op afdeling 2 en 3 verbleven op de dag van het inspectiebezoek in totaal 64 cliënten met dementie. De zorgzwaarte varieerde van ZZP 5 (meer dan de helft), ZZP 7 (ongeveer een kwart), ZZP 8 (vier keer) tot ZZP 9 (één keer). De beschikbare fte op deze twee afdelingen bleek ongeveer 33 te zijn.

Op afdeling 4 en 5 verbleven op de dag van het inspectiebezoek in totaal 62 cliënten met somatische gezondheidsproblemen. De zorgzwaarte varieerde van ZZP 4 (één keer), ZZP 5 (drie keer), ZZP 6 (ongeveer de helft), ZZP 8 (één vijfde deel) tot ZZP 9 (één keer). De beschikbare fte voor deze twee afdelingen bleek ongeveer 38 te zijn.

Op afdeling 6 werd op de dag van het inspectiebezoek geriatrische revalidatiezorg geboden aan 34 cliënten waarvan er op de bezoekdag twee met ontslag gingen. De beschikbare fte op deze afdeling was ongeveer 19.

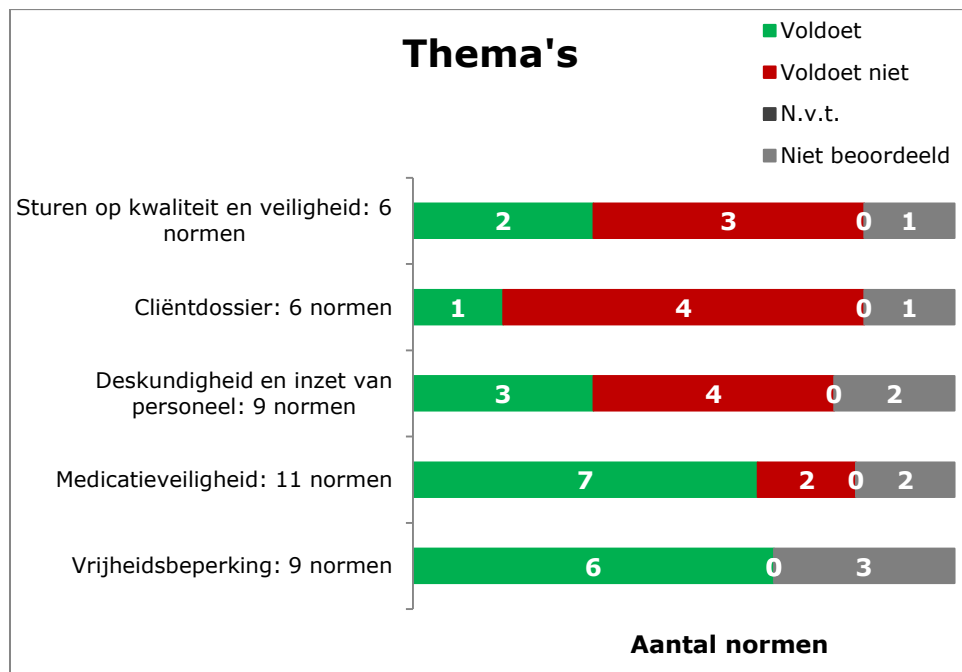
Op afdeling 7 werd op de dag van het inspectiebezoek zorg geboden aan 18 cliënten. De beschikbare fte op deze afdelingen bleek ongeveer 14. Ten tijde van het inspectiebezoek verbleven op deze afdeling 15 cliënten met een Huntington-zorggrondslag en 3 cliënten met somatische gezondheidsproblemen zonder Huntington-zorggrondslag.

2 Conclusie en beschouwing

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

2.1 Overzicht van de scores per thema

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



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

De zorg die het Gulden Huis biedt, leidt tot risico's op gezondheidsschade voor cliënten. De zorg die het Gulden Huis biedt voldoet niet aan 13 van de 32 getoetste normen. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen vermeld en worden de vervolgacties aangegeven.

2.2.1

Elektronisch cliëntendossier nog onvoldoende ondersteunend en niet compleet

Het cliëntendossier (deels elektronisch, deels op papier) ondersteunt nu te weinig het methodisch werken en is nog onvoldoende toegesneden op deze werkwijze. Medewerkers en hun eventuele vervangers missen - soms letterlijk door tekort aan hardware - een betrouwbare leidraad voor continuïteit en zorgvuldigheid van het aanbod en de uitvoering van zorg en behandeling. Dit omdat hiaten in- en versnippering van informatie het noodzakelijk (over)zicht belemmeren om, doorlopend, passende en juiste zorg te kunnen leveren aan cliënten. Daarbij belemmert het gebrek aan doelgerichte rapportage het (kunnen) signaleren van

individuele gezondheidsproblemen en het (tijdig) evalueren van het zorgaanbod op cliëntniveau. Een onvoldoende ondersteunend cliëntendossier vergroot voor cliënten de ongewenste gevolgen van discontinuïteit in personele bezetting en werkt inefficiëntie in de hand.

- 2.2.2 *Impact van monitoring nog onvoldoende; PDCA cyclus hapert in bijsturing*
Interne registraties en audits worden te weinig en/of onvoldoende deskundig gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Soms komt dit omdat het systeem nog niet als zodanig is ingericht; het ontbreekt bijvoorbeeld aan een Meldingen Indicenten Commissie (MIC) die de bestuurder informeert over noodzakelijke verbeteringen. Anderzijds worden beschikbare gegevens en signalen te weinig onderkend, bijvoorbeeld over personele bezetting, zorgbehoefte en ervaren werkdruk en/of piekdrukke. Daarbij neemt de zorgaanbieder onvoldoende passende maatregelen ter verbetering van de zorg. Voor problemen die al lang bestaan, duidt dit ook op een tekort aan sturing en leiding.

2.3 **Cliëntgerichtheid verbeterbaar**

De levensgeschiedenis van cliënten vormt nog een te beperkte basis voor de zorg en benadering van cliënten. De daginvulling van cliënten is meer gebaseerd op algemene en personele (on)mogelijkheden dan op de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten. De rol van cliënten en hun vertegenwoordigers bij het bepalen van het zorgleef- en behandelplan in het algemeen - en de daginvulling in het bijzonder - is nog klein en geregeld achterhaald. De indirect georganiseerde communicatie met cliënten of cliëntvertegenwoordigers en de gebrekkige documentatie van wensen en afspraken hebben een vertragend effect.

3 Handhaving

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

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

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

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

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 3.9 De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.

- 4.6 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.

3.2 **Resultaatsverslag**

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 het versturen van 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).

3.3 Beoordeling van overige locaties

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

3.4 Vervolgacties inspectie

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

4 Bevindingen inspectiebezoek

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

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

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

4.1 **Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid**

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

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

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

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

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

Toelichting

- 1.1** De zorgaanbieder streefde naar effectverbetering van cliëntenraadpleging en bleek in dit verband deel te nemen aan het project 'regelarme instellingen'. Naar aanleiding van peilingen en/of cliëntentevredenheidsonderzoek bleek de zorgaanbieder een aantal verbeterprogramma's te hebben geïnitieerd. In hoeverre de door cliënten aangedragen issues in deze programma's voldoende aan bod kwamen en ook binnen een jaar verbeterresultaat opleverden, heeft de inspectie niet goed kunnen beoordelen. De inspectie merkte bijvoorbeeld op dat eerder afgegeven kritische signalen van cliënten over het alarmeringssysteem nog onvoldoende verbetering hadden opgeleverd. Volgens gesprekspartners waren 'dect-telefoons' geregeld te vlug leeg en/of bij aanvang van de dienst onvoldoende opgeladen voor betrouwbaar functioneren. Daarentegen constateerde de inspectie ook dat een scholingsprogramma 'Grip op Probleemgedrag' was opgestart voor medewerkers. Mede door deze scholing zou volgens de cliëntenraad meer gerichte aandacht komen voor cliënten (met nog onbegrepen gedrag). Tevens werden inmiddels meer personeelsleden ingepland dan voorheen en was de communicatie over het keuzemenu verbeterd.
- 1.2** De zorgaanbieder zorgde ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel meldden. Medewerkers gaven aan dat ze zich veilig voelden om (bijna-)fouten te melden. Echter, de zorgaanbieder had ten tijde van het inspectiebezoek geen MIC-commissie om de meldingen te analyseren. Deze was volgens de managers in oprichting. De expertisemanagers gaven aan dat zij de individuele meldingen voor hun specifieke expertiseafdelingen wel bekeken. De inspectie zag documenten met enkel kwantitatieve gegevens. Deze bleken per expertiseafdeling onderverdeeld naar type incident. Voor de incidenten in het Gulden Huis, en/of bij de betrokken expertises, ontbrak het aan een structurele systematische analyse naar *onderliggende*

oorzaken en verbanden. Deze belangrijke informatiebron voor verbeteracties bleek niet aanwezig of niet benut.

- 1.5** De zorgaanbieder gebruikte naar eigen zeggen in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen. Toch bleken bij de Huntington-groep ook twee cliënten met een somatische zorgindicatie geplaatst ten tijde van het inspectiebezoek. Cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger werden volgens het management bij opname mondeling op de hoogte gebracht van de in- en exclusiecriteria door de transferbegeleiders/cliëntondersteuners. Schriftelijke informatie over de toepassing van in- en exclusiecriteria was niet beschikbaar. Voor deze werkwijze was gekozen omdat cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger volgens het management bij opname anders een overmaat aan informatie zouden ontvangen.
- 1.8** De zorgaanbieder zorgde in het Gulden Huis onvoldoende voor een zinvolle en passende dagbesteding voor haar cliënten. In gesprekken en tijdens de rondleiding werd aangegeven dat activiteitenbegeleiders die de dagbesteding verzorgden in de middag aanwezig zouden zijn op de afdeling. Bij het checken van de roosters van de periode 1 tot 12 oktober 2015 constateerde de inspectie dat op de afdelingen 4 en 7 activiteitenbegeleiders waren ingeroosterd. Uit de roosters van de andere afdelingen bleek dat de activiteitenbegeleiders niet ingeroosterd waren of dat ze geheel niet in de formatie waren opgenomen. Welke dagbesteding, toegesneden op de cliënt, werd ingepland was geregeld niet in de cliëntendossiers opgetekend. Wanneer dit wel het geval was, bleek de gekoppelde tijdsbesteding meestal ingeschat op 0 minuten. Op een afdeling voor mensen met dementie zaten bijvoorbeeld acht cliënten om een tafel, van wie één cliënt de krant las. De televisie stond aan, maar niet alle cliënten hadden hier aandacht voor. De meerderheid had op dat moment (rond 11.00 uur) niets om handen.

4.2 Thema 2: cliëntdossier¹

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder maakt vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger 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. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorg-/ondersteuningsplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt.

¹ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.*		x		
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.		x		
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorg-/ondersteuningsplan.				x
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.		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			

* 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. Verdere handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.		x		
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	x			
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.		x		
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		x		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger.				x
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.				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 zorg-/ondersteuningsplan.				x

Algemeen

Het Gulden Huis kende voor cliënten deels een elektronische dossiervoering (ECD) en deels een papieren dossier. Het ECD bestond uit een deel Lable-care (voor de dienst verzorging) en een deel Ysis (voor de behandeldiensten), inclusief Medimo voor het elektronisch voorschrijven. Daarnaast kende iedere afdeling nog een gedeelte dat als papieren dossier gebruikt en bewaard werd. Door tijdgebrek heeft de inspectie bij dit inspectiebezoek over dit deel van het dossier geen eigen oordeel kunnen vormen. Mede hierdoor zijn sommige normen als niet beoordeeld gescoord.

De bestuurder liet na het bezoek weten dat het elektronisch dossier leidend is. Het papieren dossier bevat volgens bestuurder de belangrijkste gegevens van cliënten en dient alleen om op terug te vallen als het elektronisch dossier onverhoopt uitvalt.

De dossierdelen die samen het elektronisch cliëntendossier vormen bleken - in technische zin - bij gebruik beperkt aan elkaar gekoppeld. De gevolgen hiervan kunnen aanzienlijk zijn voor de kwaliteit van de dagelijkse zorg. Dit klinkt in meerdere beoordelingen door. Opdrachten en instructies vanuit de behandeldienst bleken (alleen per datum opdracht) in de dagrapportage in Lable Care terug te vinden. Voor de verzorgingsdienst ontbrak de technische mogelijkheid om dagrapportages te koppelen aan behandel- of zorgdoelen van cliënten.

Elke afdeling beschikte over een aantal tablets ten behoeve van dossierinzage (voor instructie en overdracht) en dossiervoering. Gesprekspartners maakten echter duidelijk dat niet iedere verzorgende bij de zorgverlening over een tablet kan beschikken, omdat bijvoorbeeld twee van de zes tablets niet meer functioneerden. Er was op een afdeling geen (tijdige) vervanging of reserve exemplaar aanwezig. Invallers in de zorgdienst konden niet via het elektronische systeem rapporteren.

Toelichting

2.1 Uit een steekproef die de inspectie nam, bleek dat niet bij iedere nieuwe cliënt binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteunings-

plan was vastgesteld. Zo was één cliënt opgenomen op 17 augustus 2015 en was er bij het inspectiebezoek (6 oktober 2015) nog geen vastgesteld zorgleefplan beschikbaar. Bij een andere cliënt vond het eerste multidisciplinaire overleg (MDO) zeven maanden na opname plaats. Daarnaast was de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger niet aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Hoewel het elektronisch cliëntdossier LabelCare wel een tabblad bevatte voor de levensgeschiedenis, gaven medewerkers aan dat dit niet altijd werd ingevuld. Dit had soms te maken met het feit dat cliënten zelf niet meer wilsbekwaam waren en familie niet altijd in beeld was. De inspectie zag echter het cliëntdossier in van een cliënt waarbij dit niet het geval was en waar de levensgeschiedenis, desondanks, niet bleek opgetekend.

Bij inzage in de dossiers bleek verder dat de zorg/leef- en behandelplannen, nadat het MDO had plaatsgehad, geregeld als 'concept' geregistreerd bleven staan. Vaststelling was volgens gesprekspartners afhankelijk van het akkoord met ondertekening door cliënten en/of hun vertegenwoordigers. Dit proces verliep niet elektronisch.

- 2.2** De zorg-/ondersteuningsdoelen passen niet bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. In het ECD bleek summier of geen informatie te zijn opgenomen over de levensloop en/of voorgeschiedenis (en wensen) van cliënten. Het 'label' met betrekking tot de levensgeschiedenis bleek bij dossierinzage geregeld niet ingevuld. Ook bleek het plan voor 'individuele dagbesteding op maat' geregeld niet te zijn ingevuld. Nieuw gesignaleerde zorg- of ondersteuningsbehoeften bleken niet altijd adequaat opgevolgd, zo werd in een dossier gerapporteerd over valgevaar waarbij na een week geen passende zorgdoelen waren geformuleerd, noch een passende zorg(re)actie was ingezet.
- 2.3** Instructies en opdrachten van behandelaars bleken wel ingevoerd in het cliëntendossier, maar soms niet op normale wijze terug te vinden voor de verzorgenden. Ter compensatie van technische onmogelijkheden en ter voorkoming van gebrek aan zorg, brachten diverse behandelaren geregeld hun opdrachten (noodgedwongen) ook via andere methoden dan het zorgdossier onder de aandacht van de verzorging.
- 2.4** Voorafgaand aan het MDO bleken zorgrisico's periodiek geïnventariseerd. De in het zorg/leef- en behandelplan geformuleerde doelen bleken hierop afgestemd. Enkele bevindingen over tussentijd signaleren van risico's, heeft de inspectie meegewogen in de beoordeling van punt 2.2 en/of 2.5. De inspectie zag bij dossierinzage dat controleopdrachten van behandelaars uitgevoerd waren.
- 2.5** Het verband tussen de behoefte van cliënten, zorg-en behandeldoelen, voorgenomen acties, rapportages en evaluatie was onvoldoende duidelijk in het cliëntendossier en/of niet op elkaar afgestemd. De logische samenhang tussen zorg en behandeling bleek onvoldoende gegarandeerd. Bij dossierinzage trof de inspectie soms wekenlang geen aantekeningen in de rapportage aan, waardoor evaluatie van geleverde zorg ook niet mogelijk was. Verder konden rapportages wel van een eigen zoekwoord voorzien worden maar niet gekoppeld worden aan cliëntspecifieke cliëntgebonden zorg-/ondersteuningsdoelen en acties. Onder 2.2 beschreef de inspectie reeds een voorval waarbij het in de rapportage gesignaleerde valgevaar niet logisch bleek opgevolgd. In een ander cliëntdossier bleek een specifieke medicatieopdracht van de specialist ouderengeneeskunde betreffende Insuman niet of nauwelijks vindbaar (in de dagrapportage in januari 2015). Dit terwijl de actuele medicatietoedienlijst wel verwees naar deze specifieke instructie. Niet duidelijk was of en hoe, de betreffende medicatie

meegenomen was bij tussentijdse zorgevaluaties. Gesprekspartners (h)erkenden dit probleem. Bij afwezigheid door vakantie/ziekte moesten medewerkers alle rapportages van alle cliënten in zijn/haar (eventueel maandenlange) afwezigheidsperiode teruglezen. Werd dit niet gedaan dan bestond er een aanzienlijk risico om belangrijke informatie te missen over de cliënten. Voor de medewerkers was geen goed overzicht - inclusief tussentijdse bijstellingen - te genereren van het zorgplan. In het verlengde hiervan constateerde de inspectie ook dat invallers in de zorgdienst geen toegang hadden tot het ECD en evenmin de mogelijkheid hadden om zelf te rapporteren in het ECD. De informatieverstrekking over de zorg verliep in die gevallen altijd indirect en mondeling via een eigen medewerker binnen de instelling.

- 2.6** De inspectie constateerde bij dossierinzage dat de tussenliggende periodieke evaluatie van het zorgaanbod soms een lagere frequentie had dan éénmaal per zes maanden. De norm is echter als 'niet beoordeeld' gescoord omdat de inspectie geen oordeel heeft kunnen vormen van het papieren dossierdeel met, volgens gesprekspartners, informatie over de visie van cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

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

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

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

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

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.	x			
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.	x			
b)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.		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

- 3.4** Niet alle medewerkers kenden relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies en wisten wanneer en hoe deze moesten worden gebruikt. Tijdens de rondgang gaf het management aan dat nog niet alle afdelingen functioneerden volgens de gemaakte afspraken. Tijdens gesprekken bleek dat niet alle medewerkers regelmatig Floris (digitaal archief met protocollen) raadpleegden. Meerdere gesprekspartners waren niet op de hoogte van het bestaan van een protocol bij vermoeden van ouderenmishandeling. Daarnaast borgde de zorgaanbieder onvoldoende dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werkten. Medewerkers hadden een eigen verantwoordelijkheid om bij elke handeling het meest actuele protocol op te zoeken. Bij wijzigingen of updates van protocollen werd dit niet actief kenbaar gemaakt aan medewerkers.
- 3.5** Medewerkers wisten onvoldoende wat nodig was om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelden. Tijdens de rondgang testte de inspectie twee keer een alarmbel van cliënten. Eén keer werd daar niet op gereageerd. Medewerkers gaven daarnaast aan dat de batterijen van de piepers regelmatig leeg waren. Medewerkers zorgden niet voor nieuwe batterijen.
- 3.7** De zorgaanbieder borgde onvoldoende de inzet van voldoende en deskundige medewerkers en tijdelijke invalkrachten op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten. Gesprekspartners gaven aan dat de werkdruk hoog was en dat de personele bezetting niet altijd voldoende was voor het leveren van verantwoorde zorg. Het kwam volgens medewerkers geregeld voor dat de dagelijkse zorg voor 31 cliënten in de ochtend met minder dan vijf personen (deels laag gekwalificeerd) geboden moest worden. Desgevraagd kreeg de inspectie inzage in alle dienstroosters van de week voorafgaand aan het bezoek. Tevens zag de inspectie diverse overzichten met

betrekking tot de aanwezige cliëntenpopulatie en de personele invulling op de bezokedag.

Uit de algemene personeelsoverzichten bleek dat het aantal ingevulde FTE in vergelijking met januari 2015 gedaald was.

De inspectie constateerde verder een zekere grilligheid in de afdelingsroosters. De afdelingsroosters lieten bijvoorbeeld per dag aanzienlijke verschillen zien. Dit gold zowel in aantal als in deskundigheid en ook in spreiding over de dag. Deze verschillen tussen dagen en tussen afdelingen werden niet of onvoldoende verklaard met de dan aanwezige ZZP-mix per afdeling (in aantal en in zorgzwaarte). Qua deskundigheidsniveau bestond de bezetting op een afdeling zeer geregeld voor meer dan 50% uit medewerkers van niveau 2 of lager. De inspectie constateerde dat op de bezokedag circa 25% van de totale cliëntengroep in het Gulden Huis geïndiceerd was voor een hoge zorgzwaarte (7,8 of 9) waarvoor specifieke deskundigheid nodig is.

Voorts vernam de inspectie tijdens gesprekken dat er onvoldoende gelegenheid was voor de vaste en ervaren medewerkers - en zeker voor invalkrachten - om voldoende voorbereid de gevraagde zorg/ondersteuning te verlenen.

- 3.9** De zorgaanbieder had ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk slechts gedeeltelijk in beeld. De zorgaanbieder had geen of onvoldoende passende maatregelen genomen bij de ontstane personele situatie in het Gulden Huis. Tijdens het gesprek met de inspectie bleek het management onvoldoende op de hoogte van de ervaren werkdruk en/of piekbelasting van het personeel. In de documenten zag de inspectie dat het ziekteverzuim al langere tijd hoog was en – volgens de bestuurder - hoger dan het gemiddelde binnen het concern. Recente uitschieters waren 12% en 8% op bepaalde afdelingen. Eerder dit jaar bleek dat het ziekteverzuim nog (aanzienlijk) hoger is geweest. Uit de beschikbare overzichten bleek dat het aantal beschikbare FTE voor deze locatie dit jaar was gedaald. Volgens gesprekspartners ontbrak het op afdelingen geregeld aan (deskundige) invallers. Desgevraagd vernam de inspectie van diverse medewerkers dat zij in de laatste twee weken circa drie maal met een externe uitzendkracht hadden moeten samenwerken omdat de invallers niet uit de eigen flexpool geleverd konden worden. Deze uitzendkrachten zijn afhankelijk van de instructies van vaste medewerkers. Zij hebben geen bevoegdheid om de ECD's te gebruiken.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.				x
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.				x
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.				x
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie² niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ² heeft uitgezet.	x			
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.		x		
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.		x		
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		x		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.		x		

² GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS ² -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.	x			
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.	x			
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.	x			
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

Toelichting

- 4.6** De medicijnkar was afgesloten met een code. Medewerkers gaven aan dat alleen medewerkers die geschoold waren in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hadden, bevoegd waren om de medicijnkar te openen. De medicijnkar stond in echter een ruimte waartoe feitelijk alle medewerkers toegang hadden en de code van de medicijnkar was gelijk aan de code van de personele ruimte op de afdeling. Het toegangbeheer bleek hiermee onveilig geregeld.
- 4.7** De zorgaanbieder zorgde niet aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad voor cliënten op de afdelingen. Medewerkers konden geen registratielijst overleggen aan de inspectie. De inspectie trof ook diverse niet-op-naam-gestelde medicatie aanwezig in de medicatievoorraad op de afdeling (afgezien van de centrale voorraad voor de hele locatie). Zo bleek op één van de afdelingen - afwijkend van procedures - niet op naam gestelde Fraxiparine en Haldolruppels aanwezig tussen de voorraad op naam gestelde medicatie. De zorgaanbieder borgde onvoldoende dat geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum waren. Enerzijds trof de inspectie in de medicijnkar en in de medicijnkamer op een van de afdelingen verschillende geopende zalven en oogdruppels aan zonder opening- en vervaldatum. Anderzijds kwam het ook voor dat de openingsdatum wel genoteerd stond op de primaire verpakking maar dat druppelpotjes langer dan de aangegeven datum op het etiket geopend bleken. Voorts trof de inspectie steekproefsgewijs in de medicatiekamer op een afdeling een klysma aan die verlopen was in augustus 2015. In tegenstelling tot het voorgaande bleek de algemene voorraad medicatie en opiaten ten behoeve van de hele locatie wel goed geregistreerd en bleken die houdbaarheidsdata correct bewaakt te zijn.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

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

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

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

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.	x			
b)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.	x			
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.	x			
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.	x			
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.	x			
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	x			
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.	x			
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.	x			
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	x			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.				x
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).				x
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.				x
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.	x			
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.	x			
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.	x			

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

De instemming van cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers met de toepassing van (noodzakelijke) vrijheidsbeperking (ad 5.6), zag de inspectie in Ysis gedocumenteerd met een 'vinkje' van de behandelend arts. Voor de verzorging is Ysis niet toegankelijk. In de papieren dossierdelen op de afdeling moet een feitelijk ondertekende versie bewaard zijn waardoor ook voor de verzorgingsdienst duidelijk is of met de vrijheidsbeperking is ingestemd. Deze papieren dossiers heeft de inspectie tijdens haar bezoek niet gecheckt.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- BOPZ beleid, Kadernotitie; vaststellingsdatum december 2014, evaluatiedatum uiterlijk 4^e kwartaal 2015 (afhankelijk van invoering wet Zorg & Dwang)
- Dienstrooster afdeling 2 t/m 7 Gulden Huis; 01-10-2015 tot 01-11-2015
- Formatie afdelingen expertisecentrum Gulden Huis bruto en netto FTE en uren; geen datum
- Formatie in- en uitstroom totaal Florence Zorggroep; jan t/m dec 2015
- Individueel scholingsoverzicht per vakinhoudelijk specialisme totaal Florence Zorggroep; 15-07-2015 en 02-10-2015
- Invulblad formatieberekening afdelingen Gulden Huis (afgezet tegen bezetting bedden); geen datum
- Medicatie Distributie protocol FLORENCE, Afspraken betreffende het omgaan met geneesmiddelen, 2014-2017; vaststellingsdatum juli 2014; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Meer- en invaluren per afdeling Gulden Huis; jan t/m aug 2015
- Opzet bijeenkomsten COPD GRZ & GRZ Oncologie bij Florence; 06-10-2015
- Overzicht 'aanvulling lopende stagiaires' Gulden Huis, oktober 2015
- Overzicht BBL leerlingen; geen datum
- Overzicht FTE zorgmedewerkers en behandelaars Gulden Huis; okt 2015
- Overzicht inzet vakinhoudelijke specialisten Gulden Huis per afdeling; geen datum
- Overzicht leerlingen per afdeling; geen datum
- Overzicht scholing per medewerker verzorging/verpleging; geen datum
- Overzicht stagiaires 2015; printdatum 06-10-2015
- Overzicht type MIC-meldingen per afdeling Gulden Huis; 01-01-2015 t/m 31-12-2015
- Overzicht ZZP's per afdeling Gulden Huis; datum 06-10-2015
- Procedure Medicatie – Noodkoffer; vaststellingsdatum september 2014; versie 2; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Procedure Medicatie – Toegang werkvoorraadruimte; versie 3; vaststellingsdatum september 2014; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Procedure Medicatieverstreking verpleeghuiszorg; versie 4; vaststellingsdatum september 2014; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Procedure Vrijheidsbeperkende maatregelen bij cliënten opgenomen via de wet BOPZ; versie 4; vaststellingsdatum 4^e kwartaal 2013; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2016
- Registratie temperatuur koelkast 3^e etage; 29-07-2015 t/m 24-09-2015
- Verzuim excl. zwangerschap totaal Florence Zorggroep; jan t/m aug 2015
- Werkinstructie BOPZ – verloftoestemming; versie 2; vaststellingsdatum juni 2014; evaluatiedatum 2^e kwartaal 2016
- Werkinstructie Medicatie – Digitaal aftekenen in EVS Medimo; versie 1; vaststellingsdatum mei 2015; evaluatiedatum 2^e kwartaal 2016
- Werkinstructie Medicatie – Medicatie toedienlijsten voor losse medicatie en baxter; versie 3; vaststellingsdatum mei 2014; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Werkinstructie Opiumwetartikelen; versie 3; vaststellingsdatum juni 2015; evaluatiedatum 1^e kwartaal 2017
- Op 27-10-2015 nagezonden beschrijvend 'overzicht medewerkers per afdeling' (geen datum)
- 2015 Servicelevel agreement Farmaceutische dienstverlening Bohemen-Florence
- Evaluatie dienstverlening apotheek 2015 (mei 2014-mei 2015)

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

Wetgeving:

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

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.