



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek  
aan verpleeghuis Vreugdehof  
te Amsterdam op 6 januari 2016

Utrecht  
maart 2016

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor risicovol 6
2.2.1	Meer investeren in cliëntgericht werken 7
2.2.2	Cliëntgerichte zorg verlenen vereist betere verslaglegging en dossiervoering 7
2.2.3	Kwaliteit zorgverlening borgen door effectieve PDCA-cyclus en nakomen van afspraken 7
2.2.4	Zelforganiserende teams invoeren vraagt goede randvoorwaarden 7
2.2.5	Amstelringbrede borging van kwaliteit en veiligheid van de zorg baart zorgen 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 10
3.4	Beoordeling van overige locaties 10
3.5	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 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
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 27
4.5.1	Inleiding 27
4.5.2	Scores 28
4.6	Overige bevindingen 31
<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 6 januari 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Stichting Amstelring Groep, verpleeghuis Vreugdehof, (hierna: Vreugdehof) in Amsterdam. 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.

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.

### 1.2 Doelstelling

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

- cliënten;
- cliëntvertegenwoordiger;
- uitvoerende medewerkers;
- behandelaars;
- het management(team);
- 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**

Vreugdehof ligt in de Amsterdamse wijk Buitenveldert. Vreugdehof maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep. Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgings-huizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden.

Vreugdehof levert somatische en psychogeriatrische (PG) zorg. Op de vijf somatische afdelingen op de vierde en de zesde tot en met de negende etage wonen 105 cliënten, op de tweede en derde etage is plaats voor 40 revaliderende cliënten en op de PG-afdeling, in een apart gebouw achter het hoofgebouw, wonen 62 cliënten.

Het inspectiebezoek betrof de somatische afdelingen. De cliënten op deze afdelingen beschikken over een eigen zit/slaapkamer. Alle afdelingen hebben een grote huiskamer met keukenblok.

In Vreugdehof werken totaal ongeveer 174 medewerkers (133 fte).

##### *Zorgverlening*

De meeste cliënten met somatische problematiek hebben een zorgzwaartepakket (ZZP) 6. Een paar cliënten hebben een ZZP 5, 7 of 8. De inspectie kreeg te horen dat het aantal cliënten met een combinatie van somatische en psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek toeneemt.

Medewerkers niveau 2 (helpenden) en 3 (verzorgenden) verlenen de zorg. Zij krijgen ondersteuning van voedingsassistenten niveau 1. Op de afdelingen werken ook leerling ziekenverzorgenden IG en stagiaires. Daarnaast zet men activiteitenbegeleiders in voor centrale activiteiten en activiteiten op de afdelingen. De dagdienst bestaat op iedere etage met 21 cliënten uit drie zorgmedewerkers en een voedingsassistent en de avonddienst bestaat uit twee zorgmedewerkers. In de nacht is één zorgmedewerker per twee etages aanwezig. Medewerkers kunnen daarnaast een beroep doen op een weekend-avond-nacht hoofd (WAN).

De behandel dienst bestaat uit specialisten ouderengeneeskunde (SO), basisartsen, psychologen en paramedici.

Cliënten worden tweemaal per jaar besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). De cliënt is hierbij niet aanwezig. De contactverzorgende bespreekt voorafgaand aan en na het MDO het zorgplan met de cliënt en diens familie. Daarnaast zijn er wekelijks zogenaamde mini-MDO's op iedere etage. Hierin bespreken de arts, contactverzorgende, dagoudste, psycholoog en zo nodig andere disciplines alle cliënten.



### *Organisatie*

Vreugdehof wordt aangestuurd door een locatiemanager. Op de somatische afdelingen werken twee teamleiders. Daarnaast beschikt Vreugdehof over twee kwaliteitsverpleegkundigen.

De afgelopen jaren zijn medewerkers niveau 2 vervangen door medewerkers niveau 3. Verdere verhoging van het deskundigheidsniveau wil Vreugdehof bereiken door eigen zorgmedewerkers op te leiden tot verpleegkundige niveau 4. Vreugdehof bevindt zich organisatorisch in een overgangsfase.

De zorgteams worden volgens de planning in april 2016 zelforganiserende teams. Dit betekent dat de functie van teamleider verdwijnt. In plaats daarvan krijgt een aantal teamleden de taak zorgcoördinatie. Zorgmedewerkers krijgen meer verantwoordelijkheden en taken. Per 1 maart 2016 zet Vreugdehof twee teamcoaches in (verpleegkundigen met aanvullende opleidingen) die de teams zullen begeleiden in de nieuwe rol en taakvolwassenheid. Het WAN-hoofd blijft. De functie van locatiemanager verandert in resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) manager.

## 2 Conclusie en onderbouwing

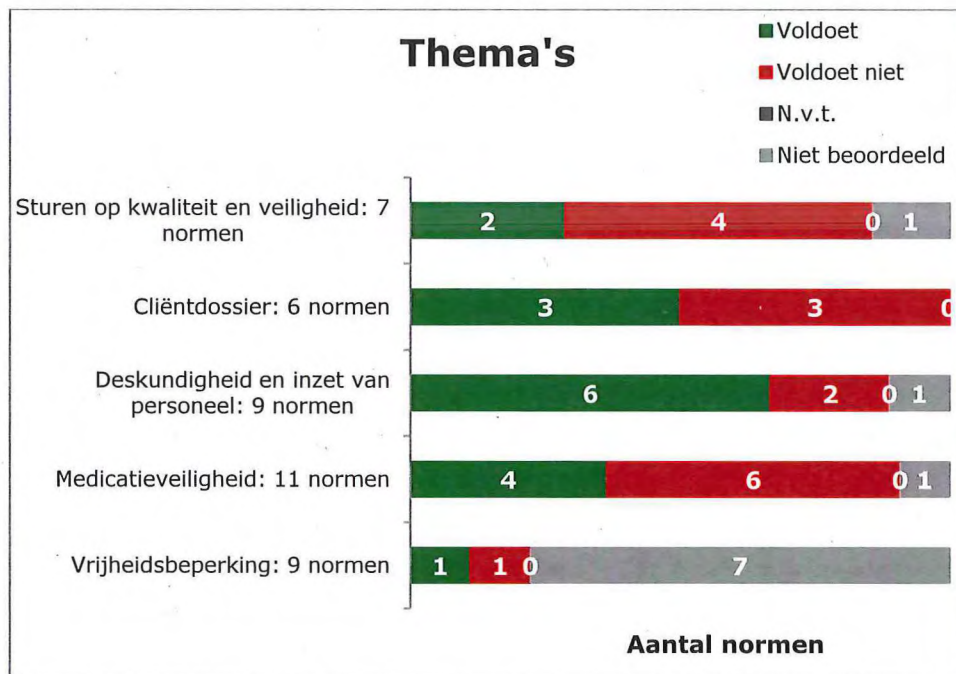
Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting 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 tweede hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Vreugdehof. De inspectie besteedt expliciet aandacht aan dit onderwerp, omdat goede zorg staat of valt met de mate waarin de cliënt invloed heeft op de invulling van deze zorg. In kwaliteitskaders en wetgeving krijgt cliëntgerichtheid een steeds prominere plaats.

### 2.1

#### Samenvatting van de scores per thema

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



### 2.2

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

De zorg die Vreugdehof biedt, voldoet niet aan 16 van de 32 beoordeelde 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

#### *Meer investeren in cliëntgericht werken*

De inspectie zag tijdens het bezoek medewerkers die zorgzaam omgingen met cliënten. Ook krijgen medewerkers trainingen in gastvrijheid waarin zij feedback leren geven op het gebied van bejegening. Er is niettemin meer aandacht nodig voor zorgverlening vanuit het perspectief van de cliënt en diens familie. Uit de resultaten blijkt dat de trainingen in gastvrijheid wat dit aspect betreft nog niet tot structurele verbeteringen hebben geleid. In gesprekken kwam naar voren dat de effecten van de trainingen wisselend waren. Benoemd werd dat tekortschietend reflecterend vermogen en de werkdruk die medewerkers ervaren hierbij een rol speelt. In structurele overleggen is dit nog onvoldoende onderwerp van gesprek.

### 2.2.2

#### *Cliëntgerichte zorg verlenen vereist betere verslaglegging en dossiervoering*

De ECD's die de inspectie inzag bevatten onvoldoende gegevens voor een goede en cliëntgerichte zorgverlening. De gegevens die wel aanwezig waren hingen vaak niet of onvoldoende met elkaar samen. Vreugdehof verwacht dat de invoering van een gebruiksvriendelijker ECD-systeem in de loop van 2016 een deel van de tekortkomingen zal ondervangen. Daadwerkelijke verbeteringen zijn daarmee echter nog niet gegarandeerd. Uit gesprekken werd benoemd dat de tekortschietende verslaglegging meer oorzaken heeft: het niet onderkennen van het belang van verslaglegging, onvoldoende aandacht voor actualiteit en volledigheid, gebrekkige formulieren en de ervaren werkdruk.

### 2.2.3

#### *Kwaliteit zorgverlening borgen door effectieve PDCA-cyclus en nakomen van afspraken*

De kwaliteit van de zorgverlening is in Vreugdehof onvoldoende geborgd. De plan-do-check-act (PDCA) cyclus is vaak niet rond. Verder bleek dat werkafspraken niet bij iedereen bekend zijn en dat men ze niet altijd nakomt. De controle hierop schiet tekort of is onvoldoende effectief. Onder andere betreft dit de medicatieveiligheid. Uit gesprekken bleek wel dat een aantal voorwaarden voor het realiseren en borgen van verbeteringen aanwezig is. Zo zijn behandelaren en zorgmedewerkers positief over de samenwerking. De lijnen zijn kort. Verder heeft Vreugdehof een uitgebreid aanbod van scholings- en opleidingsmogelijkheden. Zorgmedewerkers waren blij hiermee.

### 2.2.4

#### *Zelforganiserende teams invoeren vraagt goede randvoorwaarden*

Vreugdehof start in april 2016 met het invoeren van zelforganiserende teams. Uit gesprekken bleek dat nog niet duidelijk is of randvoorwaarden zoals een goede administratieve ondersteuning dan aanwezig zullen zijn.<sup>1</sup> Dit is zorgelijk. Temeer omdat ook tijd, energie en extra scholingsactiviteiten nodig zullen zijn voor een aantal complexe verbeterprocessen: het realiseren en borgen van cliëntgerichte zorg die voldoet aan de normen voor goede zorg, het implementeren van het nieuwe ECD, het realiseren van een goed functionerende PDCA-cyclus en het verhogen van de deskundigheid. Het is de vraag of zorgteams die starten met zelforganiserend werken in staat zijn al deze processen in goede banen te leiden. Het is van groot belang dat de raad van bestuur van Amstelring en het management van Vreugdehof zorgen voor de noodzakelijke randvoorwaarden voor een succesvolle invoering van zelforganiserende teams en voor het realiseren van de noodzakelijke verbeteringen.

<sup>1</sup> In zijn reactie op het conceptrapport gaf de raad van bestuur aan dat naast de inzet van twee teamcoaches één aanspreekpunt voor de teams binnen Vreugdehof gecreëerd is, het Intern servicebureau. Hier kunnen medewerkers met al hun vragen terecht, Het servicebureau heeft ook een signalerende en adviserende functie voor het management en de teams.



2.2.5

*Amstelringbrede borging van kwaliteit en veiligheid van de zorg baart zorgen*

De inspectie maakt zich zorgen over het Amstelringbreed realiseren en borgen van verbeteringen naar aanleiding van inspectiebezoeken.

De inspectie heeft de afgelopen jaren meerdere locaties van Amstelring bezocht. In haar rapporten heeft de inspectie aangegeven dat de inspectie verwacht dat Amstelring controleert of in alle locaties van Amstelring de geboden zorg voldoet aan de getoetste normen en zo nodig passende maatregelen treft. Uit de resultaten in hoofdstuk 4 blijkt dat dit niet of onvoldoende gebeurt.

## 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

- 1.1 De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- 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.
- 1.3 De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
  
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
  
- 3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.
- 3.2 Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.
  
- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 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 zorg-/ondersteuningsplan.
- 4.5 Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>2</sup> niet aan.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 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.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.
  
- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.
  
- 6.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. De zorgaanbieder zorgt voor een effectieve Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.

### **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 **een maand** 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).

### **3.4 Beoordeling van overige locaties**

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

### **3.5 Vervolgacties inspectie**

De bevindingen van dit bezoek zijn voor de inspectie aanleiding voor een bestuursgesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht om de urgentie van verbetermaatregelen nogmaals te duiden. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 26 januari 2016.

Er vindt daarnaast een aangekondigd en/of onaangekondigd hertoetsbezoek plaats aan Vreugdehof. De inspectie zal het resultaatsverslag gebruiken ter voorbereiding op dit bezoek.

De inspectie zal verdergaande maatregelen overwegen als blijkt dat sprake is van onvoldoende verbeteringen.



## 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 Vreugdehof nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Vreugdehof 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>2</sup> .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.		x		

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



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

### Toelichting

- 1.1b De inspectie ontving documenten met procentuele uitkomsten van een intern cliënttevredenheidsonderzoek en verbeterplannen. Informatie over gerealiseerde verbeteringen ontbrak.
- 1.2 Medewerkers gaven aan dat incidenten en mogelijke verbeteracties niet in de teams besproken werden. Zij kregen na de digitale melding van een incident alleen een ontvangstbevestiging. Wat er met de melding gebeurde was bij hen niet bekend.



Medewerkers benoemden dat zij incidenten en fouten, zoals het niet aftekenen van medicatie, moeten melden maar dat dit niet altijd gebeurde. Het jaarverslag 2015 van de MIC-commissie bevatte een aantal aanbevelingen en adviezen voor 2016 voor valpreventie. Het verslag bevatte geen verbeteradviezen voor andere onderwerpen zoals medicatie incidenten.

- 1.3 De inspectie heeft informatie opgevraagd over verbeteracties naar aanleiding van klachten. De inspectie heeft geen informatie ontvangen.
- 1.5 De inspectie kreeg te horen dat er voor de somatiek geen vastgestelde in- en exclusiecriteria waren. Wel hield de arts rekening met de mogelijkheden van de afdeling zoals de vereiste deskundigheid voor het uitvoeren van specifieke handelingen. Na het inspectiebezoek ontving de inspectie documenten waaronder een ongedateerd excelbestand met in- en exclusiecriteria voor de somatiek, revalidatie en PG-afdeling. Of het een vastgesteld en bekend gemaakt document betrof was niet vermeld.
- 1.8 Uit gesprekken en dagbestedingsoverzichten bleek dat cliënten iedere dag kunnen deelnemen aan centraal georganiseerde activiteiten. Gesprekspartners benoemden dat vanaf januari 2016 vaste activiteitenbegeleiders vaker activiteiten zullen aanbieden in de huiskamers of op de kamer van de cliënt. Voor de somatiek zijn hiervoor per afdeling 12 uur per week beschikbaar.

## 4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>3</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

<sup>3</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.

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.

#### 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>4</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			

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



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.3</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			
<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



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

### Algemeen

Vreugdehof werkt sinds eind 2014 met een ECD. Medewerkers gaven aan dat het systeem niet gebruiksvriendelijk is en tekortkomingen heeft. In de loop van 2016 voert Amstelring een nieuw elektronisch cliëntdossier (ECD) in (ONS van NEDAP) met een zorgplan gebaseerd op het OMAHA systeem. Volgens gesprekspartners is het nieuwe ECD gebruiksvriendelijk en ondervangt het de tekortkomingen in het huidige ECD systeem.

### Toelichting

- 2.2 Behoeften en beperkingen waren niet altijd goed in kaart gebracht. Onder andere betrof dit behoeften en beperkingen naar aanleiding van risico-inventarisaties.  
Doelen waren vaak niet concreet beschreven.
- 2.3 ECD's bevatten een behandelplan van de arts, opgesteld aan de hand van problemen, doelen, acties en evaluaties. Dit plan was bestemd voor de zorgmedewerkers.  
Artsen en ander behandelaars rapporteerden hun bevindingen in het ECD.
- 2.4 De ECD's bevatten geïnventariseerde risico's. De inspectie kon echter niet in alle gevallen vaststellen of de zorgdoelen en daarop gebaseerde acties pasten bij de cliëntgebonden risico's. De risico's werden onvoldoende in kaart gebracht door tekortschietende risico-inventarisatieformulieren. Zo ontbraken in het valrisicoformulier vragen over medicatiegebruik en fysieke beperkingen. Het formulier voor het vaststellen van het risico op incontinentie bevatte vragen waarmee dat risico niet vastgesteld kan worden.  
Medewerkers gaven aan dat zij de formulieren niet goed bruikbaar vonden.
- 2.5a Van een logische samenhang was niet altijd sprake omdat doelen en acties niet altijd concreet beschreven waren.
- 2.5b Rapportages waren niet gekoppeld aan doelen en acties in het zorgplan. Op diverse doelen werd niet gerapporteerd. Een cliënt had volgens een

zorgplan een te laag gewicht. De inspectie kreeg te horen dat de sondevoeding was verhoogd met positief effect. Deze informatie was niet opgenomen in het ECD.

- 2.5c De inspectie kreeg te horen dat de zorgverlening en het zorgplan werden geëvalueerd in het halfjaarlijkse MDO. De bevindingen werden niet vastgelegd in de vorm van evaluaties maar direct verwerkt in een aangepast zorgplan.
- 2.6a De contactverzorgende besprak voorafgaand aan het halfjaarlijkse MDO de noodzakelijke en gewenste aanpassingen in het zorgplan met de cliënt en diens familie. Na het MDO besprak de contactverzorgende de uitkomsten met de cliënt en diens familie.
- 2.6b Zorgplannen werden twee maal per jaar geëvalueerd in het MDO. De bevindingen werden direct verwerkt in een aangepast zorgplan.

### 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>		<b>x</b>		
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

- 3.1b Gesprekspartners merkten op dat sommige medewerkers onvoldoende tegemoet kwamen aan wensen en behoeften van cliënten. Diverse cliënten met wie de inspectie sprak gaven aan dat sommige medewerkers 'niet zo aardig' waren en kortaf reageerden. Ook kwamen communicatiestoornissen voor tussen zorgmedewerkers en familie van de cliënt.
- 3.2a Medewerkers gaven aan dat zij zich bewust zijn van het effect van hun bejegening op cliënten. Medewerkers hadden in 2015 deelgenomen aan de training 'Gastvrijheid en Zorg'. Bejegening kwam daarin aan de orde. De trainingen krijgen een vervolg in 2016.
- 3.2b Volgens medewerkers kwam bejegening niet aan de orde in het teamoverleg en andere formele overleggen. Wel kwam het soms aan de orde in een dienstoverdracht of intercollegiale contacten. In gesprekken kreeg de inspectie te horen dat niet alle medewerkers beschikken over een goed reflecterend vermogen.
- 3.6a De teamleider en de kwaliteitsverpleegkundige inventariseerden de scholingsbehoefte. Zorgmedewerkers konden hun wensen aangegeven.
- 3.6b De inspectie kreeg te horen dat verhoging van het deskundigheidsniveau en meer medische kennis noodzakelijk is vanwege de toenemende complexiteit van de zorg.
- 3.6c Gesprekspartners gaven aan dat er veel scholingsmogelijkheden waren. Er werd rekening gehouden met de toenemende complexiteit van de zorg en de daarvoor benodigde kennis. Onder andere noemde men lessen klinisch redeneren en psychiatrische problematiek.  
Medewerkers krijgen, mede op eigen verzoek, in 2016 twee verplichte lesdagen in plaats van aparte scholingen op uiteenlopende dagen. De onderwerpen waren benoemd en worden verder uitgewerkt.
- 3.7b Medewerkers gaven aan dat de werkdruk vaak hoog is.
- 3.7c De inspectie kreeg te horen dat Vreugdehof doorgaans bekende flexwerkers inzette. Met het flexbureau waren hierover afspraken gemaakt.
- 3.9b Medewerkers gaven aan dat uitval van medewerkers ondervangen werd door inzet van bekende flexmedewerkers en dat ingeval van langdurige uitval naar oplossingen werd gezocht. Uit documentatie bleek dat Vreugdehof in 2015 per week 16 fte flexkrachten inzette; 5 fte meer dan in 2014.



#### 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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.		x		
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	<b>x</b>			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	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>5</sup> niet aan.</b>		<b>x</b>		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>2</sup> heeft uitgezet.		x		
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>		<b>x</b>		
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>5</sup> GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>1</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>		x		
a)	Voor niet GDS <sup>2</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>		x		
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.		x		
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x



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

### Toelichting

- 4.1a Een aantal medicatieprocedures die de inspectie ontving voldeed niet aan de Veilige Principes in de Medicatieketen van maart 2012. Drie protocollen waren gedateerd 15 maart 2011. Uit de documenten bleek niet dat ze daarna waren geëvalueerd en aangepast. In het 'Protocol dubbele aftekening bij risicomedicatie intramuraal OA' stond: 'De medicijnen voor het volgende zorgmoment worden tijdens de overdracht met twee collega's volgens instructie op het medicatieoverzicht uit de verpakking gehaald/geknipt en in een medicijnbekertje op naam geplaatst in de medicijnkar bij de betreffende bewoner.' Deze handelwijze betekent dat niet gegarandeerd is dat tot het moment van toediening duidelijk is om welke medicatie het gaat. Het protocol bevatte een instructie voor de dubbele controle. Volgens de instructie moest men het actueel medicatieoverzicht raadplegen. Het raadplegen van de medicatieopdracht op de actuele toedienlijst was niet vermeld. Informatie over hoe te handelen als medicatie tussen de wisselingen van de baxterrol gestopt wordt, ontbrak. Informatie over de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen ontbrak. Uit gesprekken bleek dat de Veilige Principes in de Medicatieketen niet bekend waren.
- 4.1b Wie waarvoor verantwoordelijk is was niet beschreven.
- 4.2a De cliënt werd niet altijd betrokken bij het maken van afspraken. De inspectie kreeg te horen dat de arts bij opname aan de hand van vastgelegde categorieën vaststelde in welke mate de cliënt de medicatie zelf kan beheren.
- 4.2b Cliëntdossiers bevatten geen afspraken over het medicatiebeheer en de daarbij behorende categorie. De arts moest de vastgestelde categorie voor het medicatiebeheer op het recept vermelden maar dit gebeurde niet altijd.
- 4.2c Volgens gesprekspartners werden afspraken niet altijd geëvalueerd in het halfjaarlijkse MDO. Cliëntdossiers bevatten geen informatie over evaluaties.

- 4.5 Medewerkers pasten zelf, in afwijking van de Veilige Principes in de Medicatieketen, de baxterzakjes aan als medicatie gestopt werd.
- 4.6b Er waren afspraken en er was op iedere etage een bus voor retourmedicatie. Wel lag op een bureau een grote zak met medicatiedozen en medicatiepotten die niet in de bus pasten. Wie de zak er had neergelegd en wie verantwoordelijk was voor de afvoer was niet bekend.
- 4.6c Volgens een temperatuurlijst was de temperatuur van de koelkast een aantal weken niet gecontroleerd. Welke actie was ondernomen op een drie maal genoteerde waarde van 27° was niet bekend.
- 4.8 Toegediende bloedverdunners waren niet altijd door twee medewerkers gecontroleerd en afgetekend.
- 4.9 De toe te dienen medicatie was niet altijd afgetekend.
- 4.11 De inspectie kreeg te horen dat arts en apotheker tweemaal per jaar bij alle cliënten een medicatiereview uitvoerden

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



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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>				<b>X</b>
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.			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 inspectie heeft een groot aantal beoordelingsaspecten en normen gescoord als 'niet beoordeeld'. Reden is dat bij cliënten van wie de inspectie dossiers inzag geen sprake was van vrijheidsbeperkende interventies.

In gesprekken werd aangegeven dat vrijheidsbeperkende interventies vrijwel altijd toegepast werden op verzoek van de cliënt(vertegenwoordiger). Meestal betrof dit het toepassen van bedhekken; soms een sensor.

- 5.1a De inspectie kreeg te horen dat niet alle somatische cliënten in staat waren om te beslissen over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bedhekken, een sensor en psychofarmaca. In die situaties raadpleegde men de familie. Visie en beleid wat betreft de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in deze situaties ontbraken.
- 5.5a In gesprekken werd aangegeven dat de arts verantwoordelijk is voor het besluit.

4.6

**Overige bevindingen**

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	<p><b>De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.</b></p> <p><b>De zorgaanbieder zorgt voor een effectieve Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.</b></p>		X		

**Toelichting**

6.1 De inspectie heeft verbeterplannen met verbeteracties ingezien. Informatie over de daadwerkelijke uitvoering, de stand van zaken, bereikte resultaten en de evaluatie ontbrak.



## 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.

- Personeelsterkte Vreugdehof: Overzicht aantal medewerkers en functie;
- Inzet flex uren 2015, verloop personeel in 2015 en ziekteverzuim 2015;
- Overzicht aantal cliënten; januari 2016;
- Auditlijst regelkring 1; maart 2015;
- Verbeterplannen per etage n.a.v. audit 1<sup>e</sup> regelkring; oktober en november 2015;
- Uitkomsten Vragenlijst tbv onderzoek clienttevredenheid project; zelforganiserende teams d.d. 1-2-2015;
- Verbetertraject Cliënttevredenheid Amstelring april 2015; concept;
- Jaarverslag MIC commissie locatie Vreugdehof 2015;
- Uitsluitingscriteria Vreugdehof somatiek, revalidatie en PG; ongedateerd;
- Visie en beleid inzet welzijn en activering VH en NHS 2016;
- Amstelring: Overzicht cursussen verpleegtechnische handelingen (BIG trainingen) en Bopz 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> half jaar 2015;
- Overzicht trainingen verpleegtechnische handelingen voorjaar en najaar 2015 in locatie Vreugdehof;
- Schema BIG-trainingen en klinische lessen locatie Vreugdehof & Noord-Hollandstraat 2015;
- Overzicht evv opleiding 2015-2016 en overzicht deelnemers leergang psychiatrie;
- Scholingsaanbod 2016 Vreugdehof en Noordhollandstraat; ongedateerd;
- Procedure Medicatie in eigen beheer; ongedateerd;
- Farmadam: Verantwoordelijkheid delen uitzetten toedienen; ongedateerd;
- OsiraAmstelring: Protocol dubbele aftekening bij risicomedicatie intramuraal OA, versie 1, ongedateerd;
- Protocol Uitzetten en toedieningsgereed maken van medicatie, versie 2 d.d. 15-03-2011;
- Protocol Verstrekken van geneesmiddelen (uitzetten en toedienen), versie 2 d.d. 15-03-2011;
- Protocol Toedienen medicatie, versie 2 d.d. 15-03-2011.

## 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>6</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.
- 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.

<sup>6</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.



