



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Stichting Zonnehuisgroep Noord
Raad van bestuur
Postbus 75
9800 AB ZUIDHORN

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
M.W.M.H. Vos-Ceelen
ri.utrecht@igz.nl

Datum 17 mei 2016
Onderwerp Vastgestelde rapportage

Ons kenmerk
2016-1288518
V1008688/RV/sdv

Geachte raad van bestuur,

Bijlagen
1

Op 22 februari 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Zonnehuis Solwerd in Appingedam. Het bezoek is gebracht door mevrouw C.W.E. van de Laar, senior inspecteur en ondergetekende.

Uw brief
13 april 2016

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 17 maart 2016 met kenmerk 2016-1266485/V1008688/RV/sdv een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 14 april 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 13 april 2016 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport in goede orde ontvangen.

Uw reactie heeft geleid tot tekstuele aanpassingen in het inspectierapport en enkele voetnoten. Deze aanpassingen hebben echter niet geleid tot andere oordelen. Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan.

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

De inspectie verwacht dat u de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. De inspectie verwacht vóór 17 juni 2016 een resultaatsverslag over de normen **3.7, 3.8, 3.9 en 4.7**. Voor de overige normen verwacht de inspectie een resultaatsverslag vóór 17 augustus 2016. Beide resultaatsverslagen kunnen worden gemaild naar het e-mailadres ri.utrecht@igz.nl, onder vermelding van het kenmerk van deze brief.



In dit resultaatsverslag staat per norm:

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

Ons kenmerk
2016-1288518
V1008688/RV/sdv

Datum
13 mei 2016

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

1/0

mevrouw drs. M.W.M.H. Vos-Ceelen,
coördinerend/specialistisch senior inspecteur



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport
van het inspectiebezoek
aan Zonnehuis Solwerd
in Appingedam
op 22 februari 2016

Utrecht,
mei 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 onderbouwing 6
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet onvoldoende aan de normen en is daardoor <mogelijk> risicovol 7
2.2.1	Maatregelen in organisatie hebben negatieve impact op kwaliteit van zorg 7
2.3	Verantwoordelijkheidsgevoel van medewerkers houdt cliëntgerichtheid overeind 7
3	Handhaving 8
3.1	Inleiding 8
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 8
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 9
3.4	Beoordeling van overige locaties 9
3.5	Vervolgacties inspectie 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 10
4.1.1	Inleiding 10
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 13
4.2.1	Inleiding 13
4.2.2	Scores 14
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 16
4.3.1	Inleiding 16
4.3.2	Scores 17
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 21
4.4.1	Inleiding 21
4.4.2	Scores 21
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 25
4.5.1	Inleiding 25
4.5.2	Scores 25
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 30

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 22 februari 2016 een onaangekondigd bezoek gebracht aan Zonnehuis Solwerd (hierna: Solwerd) in Appingedam. In het eerste hoofdstuk van dit rapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het bezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en ten slotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

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

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

De aanleiding van het bezoek was de onrust in de organisatie in 2015 door wisselingen in het bestuur en financiële problemen. Gevolg daarvan is dat een aantal locaties moeten sluiten. De inspectie vindt het van groot belang dat de kwaliteit van zorg in een dergelijke periode gewaarborgd blijft. In 2014 en 2015 hebben in Solwerd veel wisselingen plaats gevonden in de artsenbezetting. De inspectie wilde nagaan of dit invloed had op de kwaliteit van zorg.

Op 5 februari 2015 bezocht de inspectie Zonnehuis Oostergast (hierna: Oostergast) te Zuidhorn. De inspectie verwachtte dat de verbetermaatregelen die hieruit voortkwamen organisatiebreed waren ingevoerd. Op 29 september 2015 vond een bestuursgesprek plaats. Hieruit kwam naar voren dat vanwege de problemen in de organisatie het kwaliteitssysteem minder aandacht heeft gehad. De raad van bestuur ad interim had toegezegd om dit snel op te pakken. Per 1 maart 2016 is een nieuwe raad van bestuur ad interim aangesteld voor de periode van minimaal een jaar.

1.2 Doelstelling

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

- de voorzitter van de cliëntenraad;
- vier uitvoerend medewerkers;

- een specialist ouderengeneeskunde, een ergotherapeut en een fysiotherapeut;
- een regiomanager, twee zorgmanagers en twee medewerkers kwaliteit;
- een aantal 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

Solwerd is één van de zorglocaties van Zonnehuisgroep Noord (hierna ZHGN), gevestigd in Appingedam. ZHGN biedt zorg, specialistische behandeling en begeleiding aan mensen thuis of in één van haar locaties in de provincie Groningen. ZHGN kent vier regio's: Appingedam/Delfzijl, Ommeland, Zuidhorn en Wierden/Wold. Solwerd is een verpleeghuis voor complexe somatische en psychogeriatrische zorg. In het verpleeghuis is plaats voor 97 cliënten, waarvan 54 cliënten met een somatische zorgvraag, 13 cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag en 30 plaatsen geriatrische revalidatiezorg. Onlangs zijn 24 cliënten verhuisd naar een nieuwe locatie in de stad, waar kleinschalig wonen psychogeriatric wordt aangeboden.

Aansturing organisatie

In de aansturing heeft de organisatie aanpassingen getroffen. Er zijn drie managers met een eigen takenpakket voor de hele organisatie. Eén manager heeft de verantwoordelijkheid voor de locaties waarin zorg met behandeling wordt geleverd. Eén manager is verantwoordelijk voor de locaties zonder behandeling en voor de Thuiszorg. De derde manager is verantwoordelijk voor de Facilitaire Dienst.

Personele bezetting

Het niveau van zorgmedewerkers binnen Solwerd varieert van niveau één tot en met niveau vijf. De meeste medewerkers hebben niveau drie, verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG). Solwerd wil gezien de hoge zorgzwaarte van cliënten het deskundigheidsniveau van medewerkers verhogen. Hiervoor wil Solwerd bijscholing aan medewerkers bieden, net zoals dat in Oostergast al wordt geboden.

Multidisciplinaire behandelteams

De multidisciplinaire behandelteams werken onder de naam Zonnehuis Experts voor alle locaties en voor de eerstelijnszorg vanuit twee standplaatsen, namelijk Oostergast (Kompaan) en Solwerd.

Sluiting locatie

Tijdens het bezoek is de inspectie geïnformeerd over de sluiting van deze locatie op uiterlijk 30 juni 2019. Op woensdag 24 februari 2016 stond hierover een informatiebijeenkomst gepland.

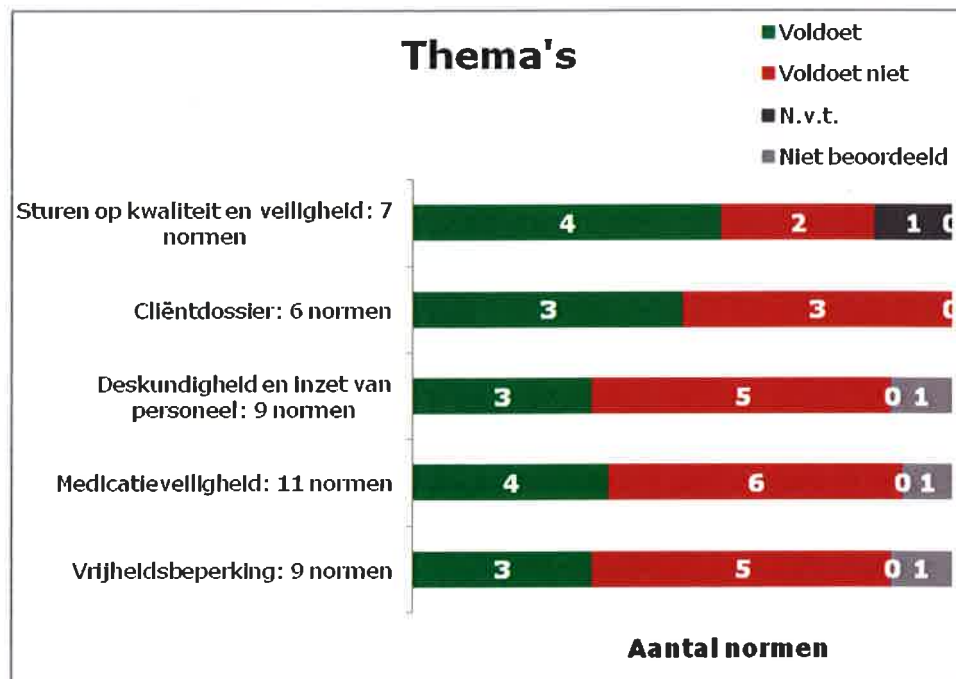
2 Conclusie en onderbouwing

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

In alle thema's zit het onderwerp cliëntgerichtheid verweven. In dit 2^e hoofdstuk wijdt de inspectie ook een paragraaf aan dit onderwerp. In deze paragraaf beschrijft de inspectie haar overkoepelende beeld over de cliëntgerichtheid van Solwerd. 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 prominenter 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 Solwerd biedt, voldoet niet aan 21 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 *Maatregelen in de organisatie hebben negatieve impact op kwaliteit van zorg*

De onrust en onzekerheid die de organisatieveranderingen met zich meebrengen waren duidelijk merkbaar tijdens de inspectie. De maatregelen die de ZHGN noodgedwongen nam hebben hun weerslag op de kwaliteit van zorg. De continuïteit van zorg stond onder druk vanwege de vele personeelwisselingen en de grote inzet van flexmedewerkers en stagiaires. Op het gebied van vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid leefde Solwerd de normen onvoldoende na. Ook bood Solwerd inhoudelijke scholingen niet meer aan en was er alleen dagbesteding in groepsverband. De door de inspectie verwachte verbetermaatregelen naar aanleiding van de inspectie bij Oostergast zijn onvoldoende geïmplementeerd in Solwerd.

2.3 **Verantwoordelijkheidsgevoel van medewerkers houdt cliëntgerichtheid overeind**

Uit de gesprekken kwam naar voren dat zorgmedewerkers en behandelaren zich verantwoordelijk voelden om de zorg voor cliënten zo goed mogelijk te laten verlopen. Cliëntgerichtheid stond hierbij voor hen voorop. Dit ondanks de problemen in de organisatie en de onzekerheid die zij ervaarden. De vele wisselingen in personeel en het onvoldoende kunnen ontwikkelen van ideeën werkten voor hen demotiverend. Aan de andere kant gaven zij aan dat zij inspiratie bleven halen uit de zorg voor cliënten.

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

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.8 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.
- 2.3 In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 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.
- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.
- 3.8 Vakinhoudelijk specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.
- 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.
- 4.1 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 niet aan.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.11 De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.
- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.

- 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.
- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.9 De zorgaanbieder gebruikt informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.

3.3 Vervolgacties zorgaanbieder

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt en de inspectie daarvan een resultaatsverslag stuurt. De inspectie verwacht:

- binnen **een maand** na toezending van het vastgestelde rapport dat u voldoet aan de volgende normen **3.7, 3.8, 3.9 en 4.7** en dat u daarover rapporteert door middel van een resultaatsverslag.
- binnen **drie maanden** na toezending van het vastgestelde rapport een resultaatsverslag van de overige normen.

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

Op basis van het ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn. Een aangekondigd of onaangekondigd hertoetsbezoek aan Solwerd 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'. 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 Solwerd nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Solwerd 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 (pdca-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
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.	x			
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de bevindingen op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.	x			
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)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving ¹ .	x			
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
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/hebben 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		
1.9	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.			x	
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. (Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)			x	

Toelichting

- 1.2 b)** De MIC-commissie kwam één keer per maand bij elkaar, analyseerde de binnengekomen meldingen op basis van de 'vijf keer waarom' methode en zorgde voor kwartaalrapportages. De MIC-rapportages van de afdelingen Opwierde en Tjamsweer over het vierde kwartaal in 2015 lieten echter zien dat deze analyses zich te weinig richtten op de basisoorzaken. Ook nam Solwerd niet alle incidenten mee in de analyses. Zo benoemde de afdeling Tjamsweer bij twee van de zeven valincidenten als oorzaak dat cliënten zichzelf overschatten. Over de vijf andere valincidenten ontbrak

informatie. Uit de analyse van dertien valincidenten op de afdeling Opwierde kwam naar voren dat onrust en verwardheid bij de cliënten de oorzaak was. Er was geen informatie over de achterliggende oorzaken van deze onrust en verwardheid.

- 1.2 c) Tijdens de rondleiding was te zien dat verbeteringen rondom het eigen beheer van medicatie niet nageleefd waren. Op de toedienlijst ontbrak informatie over het eigen beheer van medicatie.
- 1.8 a) Solwerd bood geen individuele activiteiten meer aan op de groepen, ook niet op de PG-afdeling². De inzet van de activiteitenbegeleiding op de PG-afdeling op Solwerd bestond voornamelijk uit het helpen met de basiszorg, zoals hulp bij het eten en drinken. Wel was er een centraal aanbod van activiteiten voor alle bewoners.

4.2 Thema 2: cliëntdossier³

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder

² In reactie op het conceptrapport gaf ZHGN aan dat Solwerd sinds januari 2016 weer individuele activiteiten aanbood.

³ 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.

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
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.⁴	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			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.⁴	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			
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			

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
	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		
2.6	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.⁴		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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

Solwerd was recent overgegaan op een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) Medimo. Zorgmedewerkers werkten met Caress en de artsen met Ysis. Er was een koppeling tussen alle systemen.

Toelichting

- 2.3 c)** In meerdere dossiers was te zien dat benaderingsadviezen voor cliënten met onbegrepen gedrag niet aanwezig waren of niet meer actueel waren. De inspectie trof bijvoorbeeld een benaderingsadvies uit 2011 aan, dat volgens de medewerker achterhaald was.
- 2.5 b)** De afspraak binnen Solwerd was dat medewerkers rapporteerden per zorgdoel, maar niet op ieder zorgdoel werd gerapporteerd. Zo was geen rapportage beschikbaar van een cliënt met een doel over een verhoogd valrisico. Ook was niet gerapporteerd op de effecten van het gebruik van Haldol bij een cliënt, waarvoor wel een duidelijk verzoek gedaan was door de arts.
- 2.5 c)** In de dossiers was te zien dat evaluaties van zorgdoelen ontbraken of niet meer up-to-date waren. In de verslagen van de MDO's zag de inspectie wel dat een aantal doelen specifiek besproken waren. Of de andere doelen ook periodiek geëvalueerd werden, bleek niet duidelijk uit de dossierinformatie.
- 2.6 b)** De periodieke evaluaties op de PG-afdeling liepen een tijd lang achter. De reden hiervoor was dat Solwerd prioriteit had gegeven aan de overgang van een aantal cliënten naar kleinschalig wonen. De halfjaarlijkse evaluaties op het MDO hadden daarom niet plaatsgevonden. Medewerkers waren zich hiervan bewust en waren aantoonbaar bezig met een inhaalslag. Deze was bijna afgerond.

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
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht.		x		
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeften en wensen.	x			
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.		x		
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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
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		

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

Algemeen

Solwerd had te maken met wisselingen in het personeel en werkte veel met vaste flexwerkers en stagiaires.

Toelichting

- 3.3 b)** Medewerkers gaven aan niet altijd voldoende kennis te hebben om goed met de doelgroep om te gaan vanwege een toename van de zorgzwaarte van de cliënten. Zij hadden behoefte aan inhoudelijke bijscholing, maar gaven aan dat hiervoor binnen Solwerd onvoldoende budget beschikbaar was.
- 3.3 c)** Medewerkers ervaarden onvoldoende steun van de vakinhoudelijk specialisten. Binnen Solwerd vonden veel wisselingen plaats bij de artsen, waardoor medewerkers steeds opnieuw moesten investeren in de relatie

en in de samenwerking. Vakinhoudelijk specialisten waren ook onvoldoende beschikbaar voor een goede begeleiding.

- 3.6 c)** Solwerd had geen scholingsplan voor 2016. In het scholingsplan voor 2015 en in het nagestuurde scholingsplan voor de PG-afdeling Opwierde was te zien dat medewerkers diverse verplichte scholingen volgden. Het betrof scholingen voor het werken met het elektronische cliëntdossier en BIG-trainingen. Inhoudelijke scholingen, zoals omgaan met onbegrepen gedrag, misten in het huidige aanbod. Medewerkers vertelden dat hier geen budget voor was. Solwerd zette om die reden in op klinische lessen door de behandelaren. De behandelaren vertelden echter dat hier tot nu toe nog weinig ruimte voor was geweest. Solwerd bood voor de medewerkers die gingen werken op locaties voor kleinschalig wonen, in 2015 trainingen aan over de transitie naar kleinschaligheid.
- 3.7 b)** Zowel de medewerkers als de behandelaren gaven aan dat ze het gevoel hadden dat er niet op alle momenten voldoende en deskundige medewerkers beschikbaar waren voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Dit was vooral aan de orde op de PG-afdeling⁵. Op meerdere momenten van de dag was er één medewerker aanwezig op een PG-afdeling met 13 cliënten⁶. Door het vertrek van vele cliënten - in september 2015 - naar elders telde de PG-afdeling lege kamers. Het was daardoor voor één medewerker onmogelijk om op piekmomenten toezicht te houden op alle bewoners. Solwerd werkte veel met stagiaires⁷. De behandelaren vonden dat zij te veel verantwoordelijkheid in de zorg kregen.
- 3.7 c)** Volgens de gesprekspartners hadden de vele wisselingen van het personeel, met de hoge inzet van flexmedewerkers (47 in 2015) en stagiaires, een negatief effect op de kwaliteit van zorg⁸. De inzet van de wisselende medewerkers zorgde voor onrust bij de cliënten en werkte belemmerend op de continuïteit en kwaliteit van zorg. Ook gaven ze aan dat de bejegening van de cliënten door flexmedewerkers niet altijd optimaal was, omdat zij onvoldoende op de hoogte waren van de achtergrond van een cliënt.
- 3.8 b)** Er was binnen Solwerd sprake van veel wisselingen bij de behandelaren. Op de dag van de inspectie was er een vacature voor een specialist ouderengeneeskunde. Deze was nog niet vervuld. De gesprekspartners gaven aan dat een basisarts en een assistent geneeskundige niet in opleiding (AGNIO) tijdelijk taken waarnamen⁹. Medewerkers gaven aan dat de vele wisselingen en de lage bezetting een negatief effect hadden op de multidisciplinaire samenwerking. Ook gaven ze aan dat een cliënt niet altijd meteen de benodigde behandeling kreeg omdat de basisarts eerst moest overleggen met de specialist ouderengeneeskunde, die niet altijd aanwezig was.
- 3.9 b)** De gesprekspartners gaven aan dat Solwerd onvoldoende maatregelen nam om de problemen rondom de bezetting aan te pakken. Zo vertelden zij dat afgelopen zomer de bezetting minimaal was. Ook gaven medewerkers aan dat ze zich zorgen maakten over het verdwijnen van het

5 In een reactie op het conceptrapport meldde ZHGN dat Solwerd werkt met een cyclisch rooster met de benodigde deskundigheidsmix. Personeel wordt ingezet volgens de financieringsnorm en soms zit Solwerd hier zelfs boven. Ook geeft ZHGN aan dat in Solwerd op piekmomenten altijd twee vaste medewerkers aanwezig zijn en dat Solwerd veel gebruik maakt van de inzet van vrijwilligers en familieleden.

6 ZHGN gaf in een reactie op het conceptrapport aan dat Solwerd stagiaires inzet op momenten dat maar één medewerker beschikbaar is.

7 ZHGN gaf aan dat Solwerd alleen derdejaars leerlingen en stagiaires in het kader van hun opleiding zelfstandig inzet, en onder begeleiding van een verzorgende IG op de afdeling. Dit is niet aan de orde bij tweedejaars leerlingen.

8 ZHGN benadrukte in haar reactie op het conceptrapport dat deze informatie niet meer aan de orde is. Ze gaven hierbij aan dat Solwerd sinds december 2015 alle flexmedewerkers vast aan één afdeling koppelt en enkele vaste medewerkers ook flexibele uren maken.

9 Als reactie op het conceptrapport gaf ZHGN aan dat Solwerd twee (parttime) specialisten ouderengeneeskunde aanstelde op ZZP-basis.

Leerhuis. De extra handen van de leerlingen hadden ze hard nodig op de afdelingen.

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
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 te if beheren van medicatie.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹⁰ niet aan.		x		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ¹⁰ 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			

10 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
4.7	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			
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS¹⁰-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS ¹⁰ -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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

- 4.1 a)** In de procedure farmaceutische zorg van Solwerd ontbraken afspraken over hoe medewerkers moesten handelen als er een wijziging plaatsvond in de Baxterrol. Solwerd had een nieuw medicatiebeleid voor 2016, maar dit moest nog worden geïmplementeerd.
- 4.2 a)** Afspraken over eigen beheer van medicatie waren niet vastgelegd. Op de toedienlijst was geen informatie beschikbaar over cliënten, die zelf hun medicatie beheerden. Voor medewerkers was niet duidelijk waar de afkorting BEM (beoordeling eigen beheer medicatie) voor stond.
- 4.5 a)** Medewerkers pasten bij wijzigingen de medicatie in de Baxterrol zelf aan. Dit was zo afgesproken met de apotheker.
- 4.6 a)** De medicijnkar niet was afgesloten. Deze stond wel in een afgesloten ruimte.
- 4.6 b)** De retourmedicatie bevond zich niet in een afgesloten bak.
- 4.7 a)** Solwerd had geen geprinte registratie voor de werkvoorraad geneesmiddelen. Deze was alleen elektronisch beschikbaar in Medimo. De registratielijst in de noodkoffer was van 2014. Daarnaast ontbrak een aantoonbare registratie van de opiaten. Er was niemand aangewezen als eindverantwoordelijk voor deze taak.
- 4.7 b)** Solwerd had een grote voorraad opiaten niet-op-naam in de werkvoorraad. Cliënten die opiaten nodig hadden kregen deze standaard uit deze werkvoorraad. Deze opiaten werden niet-op-naam aan de cliënt voorgeschreven. Als een cliënt geen opiaten meer nodig had, kwamen deze retour in de werkvoorraad. Solwerd had een ordner voor de registratie van de opiaten. De apotheker controleerde periodiek de voorraad opiaten aan de hand van de registratie.
- 4.11 a)** Niet voor alle cliënten was de jaarlijkse medicatiebeoordeling gedaan. Artsen gaven aan dat de tijd hiervoor ontbrak. Wel beoordeelde de artsen de medicatie van een cliënt tijdens de wekelijkse artsenvisite.
- 4.11 b)** In de Bopz-procedure van Solwerd was aandacht voor de afbouw van psychofarmaca. De arts vertelde elke drie maanden te overleggen met de apotheker over de afbouw van psychofarmaca. Ook tijdens de artsenvisite

was aandacht voor dit onderwerp. Een medewerker had het gevoel dat er niet altijd voldoende aandacht was voor de consequenties bij de cliënt van de afbouw. Zo bouwde een arts de psychofarmaca bij een cliënt te snel af, waardoor deze bijwerkingen kreeg. Dit had ongewenste gevolgen voor de cliënt, maar ook voor de afdeling.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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		
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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
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

- 5.1 c)** Solwerd heeft een Bopz-procedure. Hierin ontbrak een waarneemregeling voor de Bopz-arts.
- 5.2 a)** In de cliëntdossiers, die de inspectie inzag, miste de uitkomst van de probleemanalyse van de cliënt voorafgaand aan de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel.
- 5.2 c)** De uitkomst van de probleemanalyse was niet gebruikt voorafgaand aan de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. De motivatie voor de inzet van de geselecteerde maatregelen ontbrak.
- 5.3 a)** In de dossiers was niet te zien dat voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca een gedragsinterventie plaatsvond.
- 5.6 a)** De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen was niet aanwezig in alle cliëntdossiers. Het MDO had niet conform afspraak plaatsgevonden. De documenten waren wel voorbereid, maar nog niet in alle gevallen voorgelegd aan de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger ter ondertekening.
- 5.9 b)** Solwerd gebruikte geen informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen op afdeling- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Deze informatie was niet aanwezig.

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.

- Dienstroosters 8 februari tot en met 7 maart 2016, Solwerd Opwierde zorgteam.
- Dienstroosters 8 februari tot en met 7 maart 2016, Solwerd Oling zorgteam.
- Formatie en ZZP berekening, Zonnehuisgroep Noord, geprint op 22 februari 2016.
- Jaaruren Solwerd Zorgflexteam, 1 januari 2015 tot 1 januari 2016.
- Kwartaalmonitor MIC 2015, afdeling Tjamsweer, Zonnehuisgroep Noord, Appingedam/Delfzijl, februari 2016.
- Medicatiebeleid Zonnehuis Oostergast, Zonnehuis Solwerd en de Woonhavens, Zonnehuisgroep Noord, augustus 2013.
- Medicatiebeleid Locaties voor verpleeghuiszorg, Zonnehuisgroep Noord, januari 2016.
- Overzicht personeelsverloop Solwerd 2015, Zonnehuisgroep Noord, 2016.
- Procedure Uitvoering Wet BOPZ en vrijheidsbeperkende maatregelen, Zonnehuisgroep Noord, januari 2016.
- Rapporten medicatie zelfaudit, Zonnehuis Solwerd Somatiek, Opwierde en Tjamsweer, Zonnehuisgroep Noord 17 februari 2016.
- Scholingsformats 2014 en 2015, Appingedam/Delfzijl, Zonnehuisgroep Noord.
- Scholingsoverzicht, afgeronde scholingen 2015, Zonnehuisgroep Noord, februari 2016.
- Verzuimcijfers 2015 per maand per regio en locatie, regio Appingedam/Delfzijl, Zonnehuisgroep Noord, 2016.
- Voorstel training transitie naar kleinschalig wonen, Cerein, Zwolle, december 2014.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire 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)¹¹.
- 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.
- Beroepscodex 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.

Circulaire 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.

¹¹ 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.