



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport
van het hertoetsbezoek
op 17 april 2014 aan
Woonzorgcentrum De Drie Hoven
te Amsterdam

Amsterdam
Juli 2014

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
2	Conclusies 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Resultaten hertoetsbezoek 5
2.3	Conclusie 6
3	Handhaving 7
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen 7
3.2	Resultaatsverslag 7
3.3	Vervolgacties inspectie 7
4	Resultaten inspectiebezoek 8
4.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid 8
4.2	Clïëntdossier 9
4.3	Deskundigheid en inzet personeel 10
4.4	Medicatieveiligheid 12
4.5	Vrijheidsbeperking 13
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 15
Bijlage 2	Overzicht wetten, veldnormen, circulaire en rapporten 16

1 Inleiding

Dit bezoek betreft een follow-up van inspectiebezoeken die in de periode van 5 juni 2012 tot en met 8 augustus 2013 zijn gebracht aan Woonzorgcentrum De Drie Hoven (hierna: De Drie Hoven) te Amsterdam. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) constateerde tijdens het bezoek op 5 juni 2012 (zeer) hoge risico's op onverantwoorde zorg op meerdere thema's. Op basis van de bevindingen adviseerde de inspectie de staatssecretaris van VWS een aanwijzing voor De Drie Hoven af te geven. De staatssecretaris volgde dit advies op en gaf op 11 juli 2012 een aanwijzing voor een periode van 4 maanden af. De aanwijzing is 11 november 2012 van rechtswege verlopen.

Tijdens de bezoeken van 31 oktober 2012 en 14 maart 2013 constateerde de inspectie dat De Drie Hoven de gegeven aanwijzing voor een groot deel heeft nageleefd, maar dat de ingezette verbeteringen nog kwetsbaar zijn en op bepaalde onderwerpen nog onvoldoende geborgd. Tijdens het bezoek op 8 augustus 2013 constateerde de inspectie dat hard werd gewerkt aan het bewerkstelligen van de benodigde verbeteringen en dat resultaten voorzichtig meer zichtbaar werden in de praktijk. Er waren echter ook nog steeds aanwezige hoge risico's.

Om deze reden bracht de inspectie op 17 april 2014 opnieuw een onaangekondigd bezoek aan De Drie Hoven. De normen waaraan De Drie Hoven wel voldeed tijdens het laatste bezoek, zijn tijdens dit bezoek niet opnieuw beoordeeld. De rapportages van eerdere bezoeken kunnen niet los worden gezien van de rapportage van dit onaangekondigde hertoetsbezoek.

In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij ondertoezichtstaanden. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan De Drie Hoven was te beoordelen in hoeverre De Drie Hoven na de verbeteracties voldoet aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen zijn opnieuw getoetst:

- Cliëntdossier.
- Deskundigheid en inzet personeel.
- Medicatieveiligheid.
- Vrijheidsbeperking.

De normen zijn gebaseerd op relevante wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met cliëntvertegenwoordigers.
- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers en het management(team).
- Cliëntdossiers ingezien.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

1.4

Toetsingskader

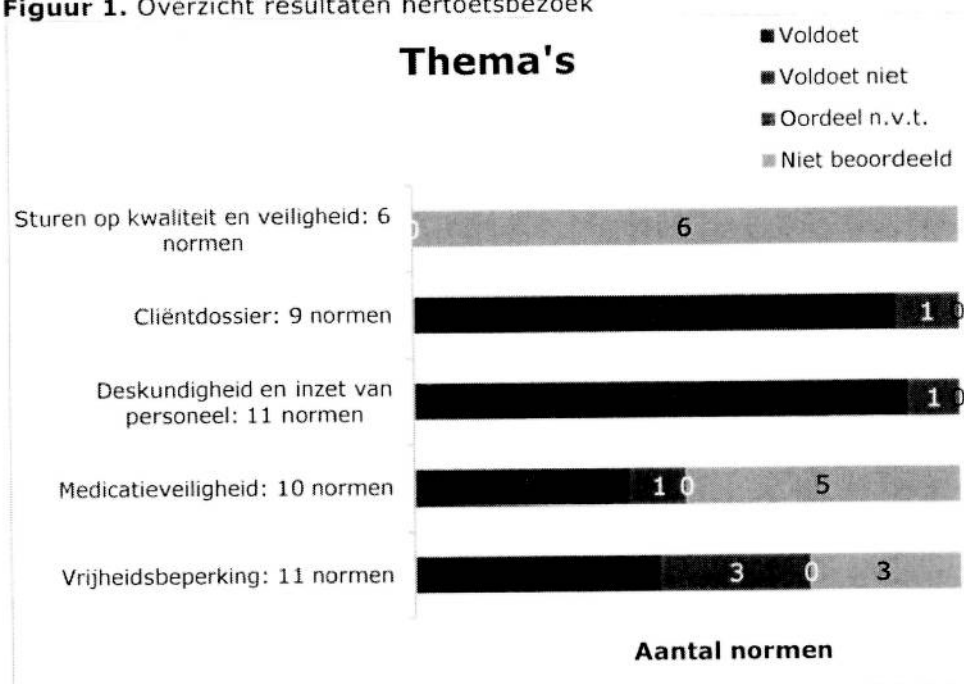
De normen die de inspectie toetste, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisatie en brancheverenigingen en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf (zie bijlage 2).

2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de bevindingen van het eerdere bezoek. Daarna volgt een paragraaf met een terugblik op het eerdere bezoek en een paragraaf over het huidige bezoek. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie.

2.1 Overzicht van de resultaten

Figuur 1. Overzicht resultaten hertoetsbezoek



2.2 Resultaten hertoetsbezoek

Het hertoetsbezoek laat veel verbeteringen en borging van behaalde resultaten zien

Verbeteringen zijn duidelijk zichtbaar in de praktijk, eerder behaalde resultaten zijn geborgd. Zo zijn de cliëntdossiers overzichtelijk, actueel en compleet. Daarnaast is, en wordt nog steeds, hard gewerkt aan het vergroten van de professionele kwaliteit en deskundigheid van medewerkers. Zowel de cliëntdossiers als de medewerkers vormen de basis voor het verlenen van verantwoorde zorg.

Vrijheidsbeperking: besluitvormingsproces en afwegingen niet zichtbaar, toetsing door Bopz-arts vindt niet plaats

De inspectie constateert dat er in de praktijk met betrekking tot besluitvorming van vrijheidsbeperkende maatregelen, niet lichtvaardig wordt gehandeld. Het besluit wordt volgens de gesprekspartners genomen in multidisciplinair verband. Het besluitvormingsproces met de daarbij behorende overwegingen was echter lang niet in alle gevallen terug te vinden in het cliëntdossier. Dit is tijdens eerdere bezoeken ook geconstateerd.

De Bopz-arts op deze locatie is niet betrokken bij de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen van cliënten. Het is geen gebruik dat hij

gevraagd of ongevraagd de Bopz-gerelateerde behandeling van andere behandelaars toetst in De Drie Hoven, ondanks het feit dat op de kwartaaloverzichten die hij ontvangt van deze locatie, grote aantallen ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven staan.
Een lokale Bopz-commissie is nog in de opstartfase, geen van de gesprekspartners kon aangeven wie daarin participeerde en wat de taken van de commissie zouden zijn.
De Drie Hoven zal aan dit onderwerp met urgentie extra aandacht moeten besteden.

De Drie Hoven verkeert middenin transitie

De Drie Hoven bevindt zich middenin een transitie. De verpleegafdelingen worden gefaseerd gesloten. Het verzorgingshuisgedeelte wordt getransformeerd tot verpleeghuis. Voor zowel medewerkers, cliënten als management is dit een moeilijke tijd. Er moet van medewerkers afscheid genomen worden en ook cliënten verhuizen naar andere locaties of afdelingen. Eind 2014 moet deze transitie voltooid zijn, maar de verwachting is dat in september 2014 de verpleegafdeling al gesloten kan worden. Met alle cliënten en medewerkers zijn inmiddels persoonlijke gesprekken gevoerd, maar de onrust blijft gedurende deze periode van transitie aanwezig. Dit vraagt van alle medewerkers veel flexibiliteit, draagkracht en motivatie om goede zorg te blijven leveren. Het management moet alle risico's goed in kaart blijven houden en tijdig passende maatregelen nemen om kwaliteit en continuïteit van zorg te garanderen.

2.3

Conclusie

Niet alle normen worden nageleefd, maar de inspectie geeft meer tijd om aan de normen te voldoen.

De Drie Hoven voldoet nog niet alle normen. Uit het hertoetsbezoek blijkt dat het management de tekortkomingen onderkent en aanvullende verbeteracties in gang zal zetten. De inspectie verlengt daarom de verbetertermijn. In het volgende hoofdstuk wordt aangegeven wat er verwacht wordt van de zorgaanbieder en wat de vervolgacties van de inspectie zijn.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die nog steeds niet worden nageleefd. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in De Drie Hoven binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

De volgende normen worden nog niet nageleefd. De zorgaanbieder dient deze voor 22 juli 2014 na te leven.

- 2.7 In het cliëntdossier is de (dagelijkse) rapportage opgenomen.
- 3.9 De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.
- 4.11 Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.
- 5.2 Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.
- 5.3 Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.
- 5.9 De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband, afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte of separatie worden toegepast.

3.2 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

- Of binnen de gestelde termijn is voldaan aan de norm.
- De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen uiterlijk voor 22 juli 2014.

3.3 Vervolgacties inspectie

Op basis van de ontvangen resultaatsverslag beoordeelt de inspectie of vervolgacties nodig zijn.

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. Niet van toepassing wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek. De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen en niet alle normen uit dit bestand worden getoetst.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek alleen de normen die tijdens het eerste bezoek 'voldoet niet' scoorden.

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering.				x
1.2 (bijna) Fouten worden systematisch en structureel gemeld, verzameld, geanalyseerd en gebruikt voor verbeteracties.				x
1.3 De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de wet en maakt deze bekend bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.				x
1.4 De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.8 De zorgaanbieder zorgt er voor dat zinvolle dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.				x

4.2 Cliëntdossier

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet
2.1	Iedere cliënt heeft een zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.2	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
2.3	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.	x			
2.4	Risico's voor de cliënt zijn geïnventariseerd door de zorgverleners en de zorg en ondersteuning zijn hierop gebaseerd.	x			
2.5	De in het zorg-/ondersteuningsplan beschreven zorg-/ondersteuningsproblemen, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn congruent met elkaar.	x			
2.6	In het cliëntdossier is informatie van betrokken disciplines op een afgesproken plaats terug te vinden.	x			
2.7	In het cliëntdossier is de dagelijkse rapportage opgenomen.		x		
2.9	In het zorg-/ondersteuningsplan is vastgelegd welke disciplines met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening.	x			
2.10	De cliënt of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.	x			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.7 In een enkel dossier werd meerdere dagen aaneengesloten niet gerapporteerd. Daarnaast waren de (dagelijkse) rapportages in een deel van de cliëntdossiers nog niet- of onvoldoende gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen/zorgafspraken zoals vermeld in het zorgleefplan.

4.3 Deskundigheid en inzet personeel

	Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1 Medewerkers werken cliëntgericht.	x			
3.2 Medewerkers kennen de impact van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.	x			
3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van cliënten.	x			
3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
3.5 Alleen bevoegde en bekwame medewerkers voeren voorbehouden en risicovolle handelingen uit.	x			
3.6 Medewerkers krijgen de benodigde scholing om verantwoord te kunnen werken met de doelgroep en de zorgproblematiek van de cliënten.	x			
3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende deskundige medewerkers in ter uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
3.8 De zorgaanbieder regelt dat vakinhoudelijk specialisten in voldoende mate beschikbaar zijn.	x			
3.9 De zorgaanbieder verzamelt, analyseert en onderneemt zo nodig acties met betrekking tot belangrijke contextuele factoren van inzet van personeel.		x		
3.10 Medewerkers en management kennen de grenzen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig vakinhoudelijke specialisten in.	x			
3.11 Medewerkers werken volgens relevante gedragscodes. (gedrags-, meld)codes.	x			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 3.9 Ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en de ervaren werkdruk waren in beeld. Er is nog steeds sprake van een hoog ziekteverzuim van ruim 10%. Daarnaast brengt de transitie veel risico's met zich mee op dit gebied. Er is veel onrust en onzekerheid onder personeel over de toekomst. Zowel cliënten als medewerkers worden vanuit verschillende verpleegafdelingen overgeplaatst naar andere locaties of naar het verzorgingshuisgedeelte van De Drie Hoven.

Uit de gesprekken blijkt dat dit binnen het verzorgingshuisgedeelte een vermenging is van twee culturen (met heel verschillende werk- en benaderingswijzen en deskundigheidsniveaus), samenwerking, afstemming en continuïteit van zorg moet nog op gang komen. Hier zijn ten tijde van het bezoek nog geen passende maatregelen voor genomen.

4.4 Medicatieveiligheid

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.				x
4.2	De medicatie wordt alleen gemalen met schriftelijke instemming per geneesmiddel van de arts of apotheker.	x			
4.3	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven en legt de gemaakte afspraken daarover vast in het zorg-/ondersteuningsplan.	x			
4.4	De procedure rondom uitzetten, toedienen en registreren is beschreven in een procedure farmaceutische zorg.				x
4.5	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en toedienlijst van de apotheker.	x			
4.6	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van het toegediende geneesmiddel.				x
4.7	Niet GDS medicatie wordt door een tweede bekwaam persoon gecontroleerd, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
4.8	De medewerker past door de apotheek uitgezette medicatie alleen aan op aantoonbaar voorschrift van de arts.				x
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie op (door de apotheek verstrekte) toedienlijst.	x			
4.11	Er is geborgd beleid rondom de omvang, identiteit en opslag van de voorraad geneesmiddelen.		x		

Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

- 4.11 Er waren meerdere middelen in voorraad waar het etiket vanaf gescheurd was.
Er waren geen/onvoldoende afspraken over de wijze van afvoeren retourmedicatie. Er stond een open ton in een afgesloten ruimte (toegankelijk voor medewerkers) waarin zich een grote hoeveelheid retourmedicatie bevond.

4.5 Vrijheidsbeperking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.2	Voorafgaand aan de vrijheidsbeperkende maatregel(en) is een (probleem)analyse verricht van het gedrag van de cliënt.		x		
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.		x		
5.4	In dialoog met cliënt vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.5	Een arts of een gedragskundige is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregel(en) zorgvuldig toe.	x			
5.9	De zorgaanbieder zorgt voor toetsing van besluitvorming en uitvoering, door een niet bij de behandeling betrokken deskundige, als fixatie met onrustband of afzonderen in een daarvoor bestemde ruimte worden toegepast.		x		
5.1 0	De zorgaanbieder heeft werkinstructies (protocollen) over het toepassen van alle vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.1 1	De zorgaanbieder heeft een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau.	x			

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 5.2 De analyse was niet- of onvoldoende terug te vinden in het cliëntdossier. Zo was niet beschreven welk gedrag de cliënt vertoonde voordat de vrijheidsbeperkende maatregel(en) werd/werden toegepast. Daarnaast was niet terug te vinden dat de vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid beoordeeld waren.

- 5.3 In het cliëntdossier was niet- of onvoldoende terug te vinden dat voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca een psychosociale- of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.
- 5.9 In het cliëntdossier was niet- of onvoldoende terug te vinden dat deze toetsing plaatsvond.
De toetsing van de uitvoering werd niet minimaal een keer in de twee jaar gedaan.
- 5.11 De Bopz-maatregelen (artikel 39) werden wel geregistreerd op locatie- of teamniveau, echter niet alle maatregelen die erop vermeld stonden waren ook daadwerkelijk 'middelen en maatregelen in de zin van de wet Bopz'. Zo werden bijvoorbeeld kantelstoelen ingezet voor meer zitcomfort die geen vrijheidsbeperking teweeg brachten. Onderscheid werd niet gemaakt. In de kwartaalregistratie die naar de Bopz-arts werd verzonden, waren grote aantallen ingezette maatregelen opgenomen zonder achtergrondinformatie. Toetsing door de Bopz-arts vindt niet plaats.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Aanvulling op Opleidingsplan en begroting, januari 2014;
- Formatie, instroom en uitstroom 2013;
- Inventarisatie bewoners met een vrijheidsbeperkende maatregel(en) afdeling Jordaan en Interventie afdeling, 17 april 2014;
- Overzicht met aantal uren inzet invalkrachten per afdeling per week;
- Overzicht met aanwezige ZZP's, ongedateerd;
- Overzicht van functies en FTE's, ongedateerd;
- Uitdraai AAG model met aanwezige deskundigheidsniveaus in relatie tot ZZP's;
- Rapportage Toegepaste Middelen en Maatregelen BOPZ locaties, eerste kwartaal 2014;
- Ziekteverzuim exclusief zwangerschap, 16 april 2014.

Bijlage 2 Overzicht wetten, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

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

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

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

- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010.