



> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Stichting Amstelring Groep  
T.a.v. de raad van bestuur  
Postbus 9225  
1006 AE AMSTERDAM

Raad van Bestuur	
Par.	<i>60</i>
14 NOV 2016	420
CC:	
Scan: RvB, RR, SK, mdG, RB	
Archief: J	

Stadsplateau 1  
3521 AZ Utrecht  
Postbus 2680  
3500 GR Utrecht  
T 088 120 50 00  
F 088 120 50 01  
[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

**Inlichtingen bij**  
A.M. Buijse  
E [ri.utrecht@igz.nl](mailto:ri.utrecht@igz.nl)

Datum 9 november 2016  
Onderwerp vastgestelde rapportage

*eigenaar: Riba Braam*

**Ons kenmerk**  
2016-  
1347393/V1010619/AB/bvp

**Bijlage**  
vastgestelde rapportage

Geachte raad van bestuur,

Op 29 augustus 2016 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Het Hoge Heem in Uithoorn. Het bezoek is gebracht door mevrouw drs. M.W.M.H. Vos-Ceelen, coördinerend specialistisch inspecteur en ondergetekende.

Naar aanleiding van dit bezoek heeft de inspectie u op 11 oktober 2016 met kenmerk 2016-1335800/V1010619/AB/bvp een conceptrapport toegestuurd. De inspectie heeft u hierbij verzocht vóór 8 november 2016 te reageren indien u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport heeft aangetroffen.

Op 25 oktober 2016 heeft de inspectie uw reactie op het conceptrapport in goede orde ontvangen. Hieronder volgt de reactie van de inspectie.

Uw reactie heeft geleid tot aanpassingen in het inspectierapport.

Pag. 4 en 5, paragraaf 1.5: De inspectie heeft de feitelijke onjuistheden gecorrigeerd.

Pag. 12, norm 1.2 en toelichting: De inspectie heeft de tekst aangepast en hierin nader toegelicht dat de analyses nog onvoldoende gericht zijn op de basisoorzaken van de incidenten. De nagestuurde documentatie heeft niet geleid tot aanpassing van de beoordeling.

Pag. 12, norm 1.4: U merkt op dat Het Hoge Heem aan deze norm zou moeten voldoen gelet op de conclusie op pagina 9 dat de vertegenwoordigers van de CR positief waren over de betrokkenheid en aanpak van de RVE manager.

De inspectie toetst tijdens een hertoetsbezoek de normen die tijdens het vorige bezoek niet voldoen. Alleen als daartoe aanleiding is beoordeeld de inspectie ook de andere normen. Wat betreft norm 1.4 constateerde de inspectie op 9 december 2015 dat Het Hoge Heem aan deze norm voldeed. Tijdens de hertoetsbezoeken op 3 mei 2016 en 29 augustus 2016 was er geen aanleiding voor een ander oordeel.





Gelet op het feit dat Het Hoge Heem sinds mei 2016 een nieuwe RVE manager heeft en de inspectie 29 augustus 2016 te horen kreeg dat sprake was van een goed overleg tussen de RVE manager en de CR heeft de inspectie de beoordeling van norm 1.4 gewijzigd van 'niet beoordeeld' naar 'voldoet'.

**Ons kenmerk**  
2016-  
1347393/V1010619/AB/bvp

**Datum**  
9 november 2016

Pag. 25, 5.3: U merkt op dat bij het gegeven voorbeeld inderdaad niet direct in het dossier aantoonbaar was dat een psychosociale of gedragsinterventie was ingezet voorafgaand aan de inzet van psychofarmaca. De inzet van een psychosociale of gedragsinterventie werd echter wel besproken in de periodieke gedragsvisites.

De inspectie heeft, gelet op de gevoerde gesprekken tijdens het bezoek op 29 augustus en uw reactie op het conceptrapport, norm 5.3 beoordeeld als 'voldoet' en de beoordeling van de verslaglegging betrokken bij de beoordeling van norm 2.3.

Hiermee heeft de inspectie het rapport vastgesteld. Bijgaand treft u het vastgestelde rapport aan. De inspectie sluit hiermee het toezichtbezoek af.

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

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

mevrouw mr. A.M. Buijse,  
senior inspecteur







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

Rapport  
van het hertoetsbezoek  
aan Stichting Amstelring,  
locatie Het Hoge Heem  
in Uithoorn  
op 29 augustus 2016

Utrecht  
oktober 2016

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>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 beschouwing .....</b>	<b>6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema .....	6
2.2	Resultaten vorige bezoeken onvoldoende .....	7
2.3	Resultaten hertoetsbezoek 29 augustus 2016 .....	8
2.4	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen .....	8
2.4.1	Aantoonbare verbeteringen gerealiseerd. ....	8
2.4.2	Investeren in goede dossiervoering en verslaglegging blijft nodig.....	8
2.5	Het Hoge Heem investeert in cliëntgericht werken.....	9
<b>3</b>	<b>Handhaving .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek .....</b>	<b>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 .....	16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers .....	19
4.3.1	Inleiding .....	19
4.3.2	Scores .....	19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid.....	22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking.....	25
4.5.1	Inleiding .....	25
4.5.2	Scores .....	26
4.6	Overige bevindingen.....	28
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten.....</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten</b>	<b>30</b>

## 1 Inleiding

Op 29 augustus 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Het Hoge Heem in Uithoorn. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op vorige bezoeken aan dezelfde locatie op 9 december 2015 en 3 mei 2016. Tijdens de vorige inspectiebezoeken constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 29 augustus beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

In het eerste hoofdstuk van dit hertoetsrapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het hertoetsbezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

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

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

### 1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Het Hoge Heem was te beoordelen in hoeverre de zorg die Het Hoge Heem biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken.

### 1.3 Methode

De inspectie gebruikte hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij het vorige inspectiebezoek. De geboden zorg is op de volgende thema's opnieuw getoetst:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid
- Cliëntdossier
- Deskundigheid en inzet personeel
- Medicatieveiligheid
- Vrijheidsbeperking

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 opnieuw of de door Het Hoge Heem geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek
- gesprekken met cliënten
- gesprekken met cliëntvertegenwoordigers



- gesprekken met uitvoerende medewerkers
- gesprekken met behandelaars
- gesprekken met het management(team)
- het inzien van een aantal cliëntdossiers
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie.

#### **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 handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

#### **1.5 Beschrijving locatie**

Het Hoge Heem maakt deel uit van Stichting Amstelring Groep (hierna: Amstelring). Amstelring levert thuiszorg en zorg aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen in Amsterdam en de regio Amstelland De Meerlanden. Het Hoge Heem biedt intramurale zorg aan cliënten met somatische en psychogeriatrische (pg) aandoeningen.

De inspectie bezocht de PG-afdelingen.

Het Hoge Heem heeft vier etages met twee 'huisjes' voor pg-clieuten. In ieder huisje wonen zeven cliënten. Op iedere etage zijn de twee huisjes met elkaar verbonden via een gang. Ieder huisje heeft een huiskamer met keuken en twee badkamers. Alle cliënten hebben een eigen slaapkamer met wastafel. De huisjes hebben een Bopz-aanmerking en zijn gesloten. De huisjes vijf tot en met acht zijn verbouwd. De huisjes een tot en met vier nog niet.

##### *Cliënten*

Tijdens het inspectiebezoek woonden er vijftig pg-clieuten in de acht huisjes (er is plaats voor 53 cliënten). Van hen hadden 45 cliënten een zorgzwaartepakket (ZZP) 5. Vijf cliënten hadden een ZZP 7. Het aantal cliënten met een combinatie van somatische en psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek neemt toe. Tijdens het bezoek op 3 mei 2016 kreeg de inspectie te horen dat het verhogen van een ZZP 5 naar een ZZP 7 veel tijd en moeite kost omdat het CIZ volgens gesprekspartners zeer hoge eisen stelt aan de onderbouwing van de gevraagde indicatie.

##### *Zorgverlening*

Verzorgenden IG niveau 3, helpenden niveau 2 en 2+, verpleegkundigen niveau 4 en 5, leerlingen VIG en stagiaires verlenen de dagelijkse zorg. Het Hoge Heem zet in de dagdienst per twee huisjes drie zorgmedewerkers en een medewerker wonen in. In de nacht zijn twee zorgmedewerkers aanwezig voor de acht huisjes. De medewerkers wonen bieden onder andere hulp bij het eten, verzorgen de boodschappen en doen schoonmaakwerkzaamheden. Per 1 augustus 2016 heeft Het Hoge Heem een nieuwe kwaliteitsverpleegkundige. Er staan nog vacatures open voor medewerkers niveau 3 en 4. Tot deze ingevuld zijn worden medewerkers van datzelfde niveau ingezet van het interne uitzendbureau.

Er is een multidisciplinair behandelteam dat bestaat uit een specialist ouderenzorg (SO), psycholoog en paramedici.

##### *Multidisciplinair overleg*

Tweemaal per jaar bespreken behandelaren en zorgmedewerkers ieder cliënt in een multidisciplinair overleg (MDO). De cliënt en/of diens vertegenwoordiger is hierbij aanwezig. Per huisje is er iedere twee weken een gedragsvisite van de arts, psycholoog en verzorgende van de dag. De arts en de verzorgende van de dag hebben wekelijks een papieren visite. Verder is er een maal per twee weken een wondronde door de arts, de ergotherapeut en de verzorgende van de dag.

### *Ontwikkelingen*

Hoge Heem wordt tot oktober 2015 aangestuurd door een locatiemanager. In de loop van 2015 ontstond in Het Hoge Heem onrust onder medewerkers. Onder andere door roosterwijzigingen en een kleinere personele bezetting in de middag. Daarnaast klaagden familieleden van cliënten over tekortschietende zorg, communicatie en bejegening. Tussen oktober 2015 en april 2016 werd Het Hoge Heem aangestuurd door een interim locatiemanager. Zij heeft een aantal veranderingen in de personeelsbezetting teruggedraaid. Er zijn twee familieavonden georganiseerd en er is geïnvesteerd in het verbeteren van de communicatie tussen zorgmedewerkers en familie van cliënten. Sinds mei 2016 heeft Het Hoge Heem een nieuwe Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE)-manager.

### *Invoering zelforganiserende teams*

Het Hoge Heem is eind 2015 gestart met het invoeren van zelforganiserende teams. De focus ligt daarbij op 'eigenaarschap'; medewerkers moeten zich (weer) verantwoordelijk voelen voor de zorg en hun vakuitoefening. Tijdens het bezoek op 3 mei 2016 kreeg de inspectie te horen dat Het Hoge Heem een pas op de plaats maakt met het invoeren van zelforganiserende teams. Er was onvoldoende duidelijkheid over het proces en goede randvoorwaarden ontbraken. Het op orde krijgen van de basis kreeg prioriteit. Onder meer betrof dit een goede personeel bezetting.

In juli 2016 zijn de vier pg-zorgteams opnieuw samengesteld, met meer evenredigheid in de verdeling van deskundigheid per team. De teams hebben ieder een startbijeenkomst georganiseerd en gaan op 1 september 2016 aan de slag.

De teams krijgen ondersteuning van een teamcoach en de kwaliteitsverpleegkundige. Daarnaast kunnen zij een beroep doen op het Integraal Serviceteam Amstelring (ISA). De zelforganisatie wordt geleidelijk ingevoerd, afhankelijk van de kwaliteiten van de medewerkers.



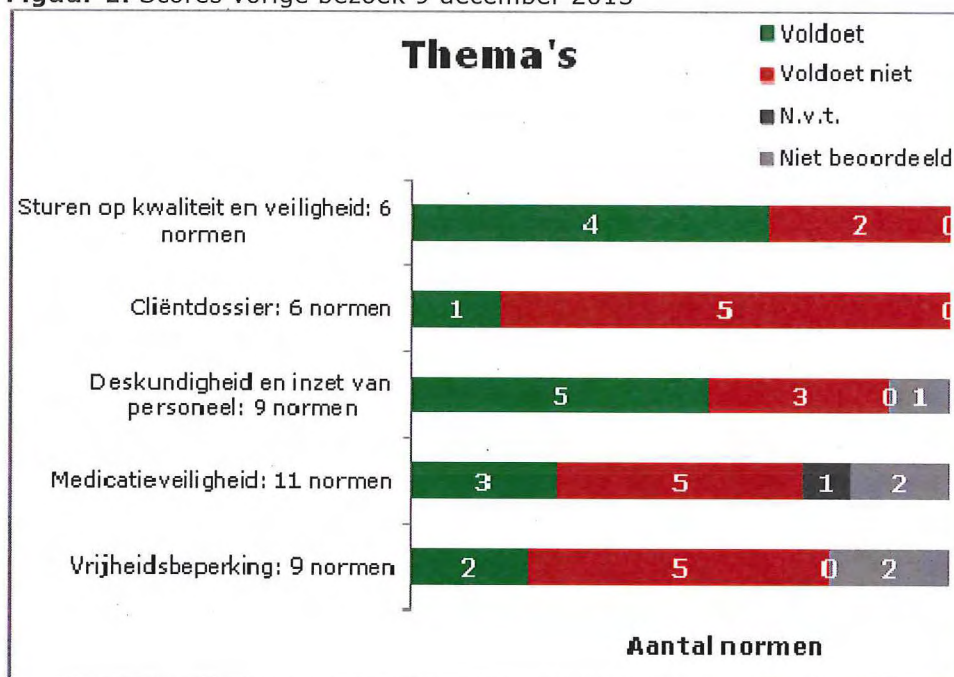
## 2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. 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.

### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

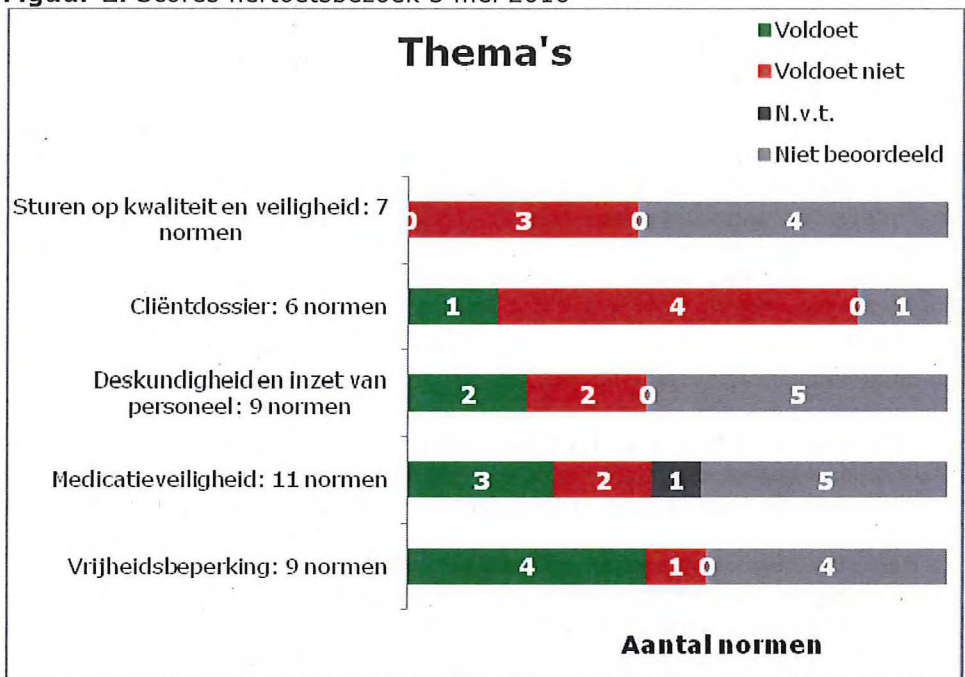
De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste. Bij het thema medicatieveiligheid is het mogelijk dat een aantal normen die de bij het vorige bezoek onvoldoende scoorden niet opnieuw zijn beoordeeld in het hertoetsbezoek. Dit heeft er mee te maken dat de inspectie binnen de sector extra aandacht vraagt voor medicatieveiligheid. De inspectie zal daarom tot het einde van dit jaar specifieke focus aanbrengen op zes medicatienormen en daar strenger op handhaven.

**Figuur 1.** Scores vorige bezoek 9 december 2015

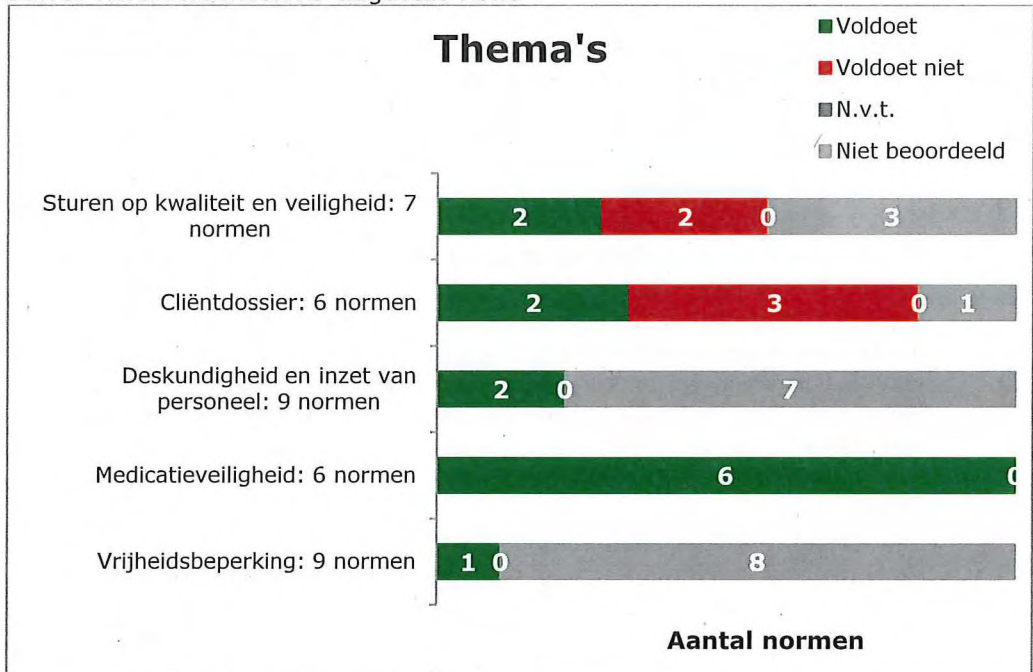




**Figuur 2.** Scores hertoetsbezoek 3 mei 2016



**Figuur 3.** Scores hertoetsbezoek 29 augustus 2016



**2.2**

**Resultaten vorige bezoeken onvoldoende**

Op 9 december 2015 constateerde de inspectie dat Het Hoge Heem niet voldeed aan een groot aantal normen voor goede zorg. Er was geen goede personele bezetting, de dossiervoering en verslaglegging beantwoordden niet aan de eisen en ook bij andere thema's was sprake van tekortkomingen. Verbeterpunten waren wel in beeld maar de PDCA-cyclus was niet rond.

Naar aanleiding van de bevindingen maakte de inspectie zich zorgen over het Amstelringbreed realiseren en borgen van verbeteringen. Verbeteracties in een bezochte locatie bleken niet of onvoldoende te leiden tot verbeteringen in andere locaties zoals Vreugdehof.

Na het bezoek op 6 januari 2016 sprak de inspectie met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Amstelring. In dit gesprek zijn de ontwikkelingen binnen Amstelring en de verbetertrajecten die Amstelring inzet besproken.

Tijdens het hertoetsbezoek op 3 mei bleek dat Het Hoge Heem werkte aan verbeteringen in de zorgverlening en de organisatie, maar voor een flinke opgave stond. Diverse processen vroegen veel tijd, energie en extra scholingsactiviteiten: zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief goede personele bezetting en een goed functionerende Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus, verbeteren van de interne en externe communicatie, invoering van het elektronisch cliëntendossier (ECD) en het invoeren van zelforganiserende teams. De inspectie heeft na het bezoek op 3 mei 2016 haar bevindingen besproken in een gesprek met raad van bestuur en raad van toezicht van Amstelring. Daarin heeft de inspectie benoemd dat de inspectie handhavingmaatregelen overweegt indien er sprake is van onvoldoende vooruitgang in Vreugdehof en andere locaties van Amstelring.

### **2.3 Resultaten hertoetsbezoek 29 augustus 2016**

De inspectie constateerde tijdens het eerste hertoetsbezoek op 3 mei 2016 dat Het Hoge Heem beschikte over verbeterkracht. Uit het tweede hertoetsbezoek blijkt dat Het Hoge Heem een groot aantal verbeteringen heeft gerealiseerd. Wat betreft de dossiervoering en het analyseren en leren van incidenten voldoet Het Hoge Heem echter nog niet aan alle getoetste normen.

### **2.4 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen**

De zorg die Het Hoge Heem biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij de 6 normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 3 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

#### **2.4.1 Aantonbare verbeteringen gerealiseerd.**

Gesprekspartners vertelden op 29 augustus 2016 dat zij hard hadden gewerkt aan het op orde krijgen van de basis: een goede kwantitatieve en kwalitatieve personele bezetting, goede samenwerking tussen alle disciplines, invoeren van het ECD en het borgen van de medicatieveiligheid. Het effect is zichtbaar in de resultaten. Gesprekspartners vertelden dat er positieve energie was ontstaan. Dit was duidelijk merkbaar.

Medewerkers waren positief over de aanpak van de RVE manager en haar insteek: 'we doen het met elkaar'. Men was ook blij met de nieuwe teamcoach en de kwaliteitsverpleegkundige. Er was meer duidelijkheid over allerlei zaken en behandelaren waren vaker aanwezig op de afdelingen.

Een aantal randvoorwaarden voor goede zorg vraagt nog aandacht. Zo zijn verdere verbeteringen nodig in het MIC systeem. Medewerkers bespraken incidenten maar uit de documentatie bleek niet dat sprake was van goede, systematische analyses. Passende maatregelen treffen en leren van incidenten en fouten is hierdoor niet goed mogelijk.

#### **2.4.2 Investeren in goede dossiervoering en verslaglegging blijft nodig**

De inspectie constateerde tijdens het hertoetsbezoek op 3 mei 2016 dat de dossiervoering en verslaglegging niet op orde waren. Op 29 augustus was sprake van zichtbare verbeteringen. Het Hoge Heem beantwoordt echter nog niet aan alle beoordeelde normen. Investeren in goede dossiervoering en verslaglegging en het bieden van ondersteuning aan de medewerkers blijven nodig.



Het ingevoerde ECD dat per 20 juni 2016 'live' was gegaan, bevatte meer informatie over de cliënt, was overzichtelijker en maakte systematisch methodisch werken eenvoudiger. De implementatie vergt nog tijd en inspanning van alle betrokkenen. In of via het ECD was bijvoorbeeld nog niet alle informatie beschikbaar die van belang is voor een goede, multidisciplinaire zorgverlening, zoals informatie over onbegrepen gedrag en toegepaste psychosociale interventies. De bijdragen van de verschillende disciplines aan de zorgverlening zouden in het zorgplan op elkaar afgestemd moeten zijn. Dit was nog onvoldoende het geval. Dit vraagt om een grotere betrokkenheid van relevante disciplines bij de totstandkoming en aanpassing van het zorgplan. Daarnaast bleek dat medewerkers meer kennis en redeneervaardigheden nodig hebben om goed te kunnen werken met de nieuwe zorgplansystematiek. Onder andere gaat het daarbij om het kiezen van de juiste aandachtsgebieden, soorten acties en actievlakken.

## **2.5 Het Hoge Heem investeert in cliëntgericht werken**

Uit de resultaten blijkt dat medewerkers, management en cliëntenraad (CR) investeren in cliëntgericht werken en het verbeteren van de dagbesteding. Gesprekspartners vertelden dat het uitdenken en uitvoeren van nieuwe activiteiten zoals het tuinproject van de CR positieve energie creëert. Het management stimuleerde medewerkers om met familie en mantelzorgers het gesprek aan te gaan over de cliënt en hen te betrekken bij dagbestedingactiviteiten. De vertegenwoordigers van de CR waren positief over de betrokkenheid en aanpak van de RVE manager. De CR-leden benoemden dat Het Hoge Heem een omslag moest maken van verzorgingshuis naar verpleeghuis. Het duurde een tijd voor dit goed opgepakt werd maar het afgelopen half jaar was er veel op gang gekomen.

### 3 Handhaving

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of ook de zorg die overige locaties of teams bieden, aan alle getoetste normen voldoet. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder zo nodig passende maatregelen treft. De inspectie sluit na vaststelling van het rapport het hertoetsbezoek af.

## 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 Het Hoge Heem nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Het Hoge Heem 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.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

### 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 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
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>				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 resultaten 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>		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		
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>				X
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>1</sup> .				X
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				X
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>	X			
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.	X			

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



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	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			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 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

**1.2 a** De inspectie heeft dit aspect niet beoordeeld tijdens het bezoek.

Wel stond in verslag met meldingen incidenten cliënten (MIC) over het 2<sup>de</sup> kwartaal dat de inspectie na het bezoek ontving dat het vermoeden bestond dat regelmatig geen MIC ingevuld wordt. De enige actie was een klinische les door een leerling-verpleegkundige. Er waren geen acties benoemd om het vermoeden te onderbouwen.

**1.2 b)** Meldingen werden verzameld en in grote lijn geanalyseerd door de kwaliteitsverpleegkundige. Er werd een nieuwe MIC commissie opgestart die 13 september voor het eerst bij elkaar zou komen. Medewerkers vertelden dat men meldingen besprak in de teamoverleggen.

De MIC verslagen van 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> kwartaal 2016 bevatten aantallen, soort en tijdstip van de meldingen. Uit de verslagen bleek niet dat er al sprake was van een systematische analyse waarbij basisoorzaken van meldingen in kaart waren gebracht. De analyses en acties hadden op één uitzondering na geen betrekking op de inhoud en oorzaken van de incidenten maar op de procesgang.

**1.2 c)** De verslagen bevatten geen informatie over daadwerkelijk ingezette verbeteracties en de effecten. Zowel wat betreft directe acties na een melding als acties naar aanleiding van de analyses van de MIC-commissie.

**1.4 b)** Het Hoge Heem had sinds mei 2016 een nieuwe RVE-manager. De cliëntenraad was positief over het overleg met haar en over de informatievoorziening.

**1.8 a)** Bewoners hadden nog geen dagbesteding die paste bij hun wensen, behoeften en mogelijkheden. Er waren wel positieve ontwikkelingen in dit kader. In alle teams was een aandachtsvelder welzijn aangesteld. Medewerkers werden gestimuleerd om in kaart te brengen wat iedere bewoner prettig vindt en de familie hierbij te betrekken. Gesprekspartners vertelden dat daarbij creatieve ideeën ontstonden. Zo waren medewerkers enthousiast over het tuinproject dat de CR had geïnitieerd. Ook was in september 2016 een bijeenkomst voor medewerkers, familie van cliënten en vrijwilligers gepland met een voorstelling van het dementietheater. Dit moet op ieder huisje leiden tot gesprekken tussen medewerkers, mantelzorgers en familie van cliënten over de zorgverlening en de dagbesteding. Er waren ook plannen om voorafgaand aan een opname weer huisbezoeken af te laten leggen door een activiteitenbegeleider.

## **4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>2</sup>**

### **4.2.1 Inleiding**

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

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

<sup>2</sup> Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.





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>3</sup></b>				<b>X</b>
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.				<b>X</b>
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.				<b>X</b>
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.				<b>X</b>
<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>		<b>X</b>		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		<b>X</b>		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.		<b>X</b>		
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>		<b>X</b>		
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.	<b>X</b>			

<sup>3</sup> Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. 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)	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
<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 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

In 2016 voeren alle locaties van Amstelring een nieuw ECD in (ONS). Amstelring verwacht dat het nieuwe ECD zorgmedewerkers zal ondersteunen bij het klinisch redeneren en het in kaart brengen van de benodigde zorg en de zorginhoudelijke risico's. Het zorgplan in het nieuwe ECD is gebaseerd op het OMAHA classificatiesysteem. In het zorgplan is geen sprake van problemen en doelen maar van 42 aandachtsgebieden met vier soorten acties en 75 actievlakken. Medewerkers moeten bij het opstellen van het zorgplan hieruit keuzes maken. De dagelijkse zorg is apart beschreven in een zorgkaart. Medewerkers kunnen in het ECD op de zorgplanpagina direct rapporteren op de aandachtsgebieden. Er is een apart formulier 'Dossier' voor overige rapportages. Artsen kunnen via het medisch dossier het ECD inzien en hun rapportages opnemen in het ECD. Medewerkers kunnen via het ECD onderdelen van het medisch dossier inzien. Het Hoge Heem is op 20 juni 2016 overgegaan van het papieren cliëntdossier naar het ECD. De kwaliteitsverpleegkundigen coachen de medewerkers bij het opstellen van zorgplannen volgens de OMAHA zorgplansystematiek en het goed leren werken met het ECD.

### Toelichting

**2.2 a)** In de zorgplannen kreeg 'welzijn en welbevinden' geen of weinig aandacht. Gesprekspartners beaamden dit. Er was een extra activiteitenbegeleidster aangetrokken die er op toe moet zien dat welzijn en welbevinden deel uitmaken van de zorgplannen.

**2.2 b)** Niet aantoonbaar was of de geselecteerde aandachtsgebieden in het zorgplan ook gebaseerd waren op diagnostiek van relevante disciplines. Zo was het aandachtsgebied 'neuro/musculair/skelet-functie' geselecteerd in verband met een geconstateerd valrisico. Of dit het juiste aandachtsgebied was, was niet aantoonbaar. De medewerker kon tijdens de dossierinzage in het ECD geen (para)medische informatie over oorzaken van het valrisico vinden.

**2.3 b)** De digitale zorgplannen waren opgesteld door de EVV en de kwaliteitsverpleegkundige. Uit gesprekken bleek dat behandelaren niet nagaan welke (para)medische informatie zorgmedewerkers opnemen in het zorgplan. In een zorgplan van een cliënt die volgens de medicatietoedienlijst een psychofarmacum kreeg ontbrak informatie over het gedrag dat aanleiding was voor de medicatie. In het zorgplan was geen relevant aandachtsgebied met passende acties en actievlakken geselecteerd. Op de zorgkaart stonden wel aanwijzingen voor het omgaan met de cliënt maar die waren volgens medewerkers gebaseerd op bevindingen van de EVV, niet op multidisciplinaire afspraken. Volgens de SO was het gedrag van de cliënt en de medicatie wel besproken in een MDO in mei 2016. Er was echter nog geen afspraak over het verwerken van MDO informatie in het zorgplan. In het dossier ontbrak ook informatie over afgesproken en toegepaste psychosociale- of gedragsinterventie en het effect daarvan.

**2.5 a)** In een zorgplan stond bij een aandachtsgebied een verwijzing naar een benaderingsadvies. In het zorgplan waren geen acties benoemd. Er werd zelden gerapporteerd op het aandachtsgebied.



Opdrachten van behandelaren stonden in de rapportages. Niet duidelijk was door wie en hoe er voor gezorgd werd dat de opdrachten niet aan de aandacht ontsnapten en in opvolgende diensten opgevolgd werden.

2.5 b) Er werd niet consequent gerapporteerd op aandachtsgebieden. Het overzicht van rapportages onder het tabblad 'dossier' bevatte rapportages die bij een aandachtsgebied hoorden maar aldaar niet waren beschreven.

### 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.				<b>X</b>
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				<b>X</b>

		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>				<b>x</b>
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				<b>x</b>
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.				<b>x</b>
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				<b>x</b>
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.				<b>x</b>
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				<b>x</b>
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.				<b>x</b>
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.				<b>x</b>
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				<b>x</b>
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>				<b>x</b>



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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

**3.7** b en c) Op 3 mei 2016 gaven gesprekspartners aan dat nog geen sprake was van een goede kwalitatieve en kwantitatieve personele bezetting. De RVE-manager had daarna 'trefpuntbijeenkomsten' georganiseerd voor de medewerkers. Daarin hadden zij de wensen en (on)mogelijkheden wat betreft de personele bezetting en het dienstenpatroon besproken. Ook was besproken welke deskundigheden en talenten men in het team wilde hebben. De teams zijn daarna opnieuw samengesteld. Gesprekspartners vertelden dat de deskundigheden hierdoor beter verdeeld zijn over de teams. Ieder team beschikt in ieder geval over een verpleegkundige en een aandachtsvelder welzijn. In de 'trefpuntbijeenkomsten' had men ook besproken wie welke opleiding kan en mag volgen.

Er werden vaste flexmedewerkers ingezet. Gesprekspartners vertelden dat als flexmedewerkers niet goed functioneren, zij dit bespreken met het interne bureau 'Zorgwerk' van Amstelring.

Flexmedewerkers hadden toegang tot het ECD.

**3.9** a en b) Het ziekteverzuim was gedaald. Het Hoge Heem was nog bezig met het werven van nieuwe medewerkers.

## 4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

### 4.4.1 Inleiding

Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op medicatieveiligheid in de sector Verzorging en Verpleging (V&V), is in 2008 gestart met een thematisch toezicht op dit onderwerp. Dit resulteerde in 2010 in het rapport '*Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende – september 2010*'. Vanaf dat moment is medicatieveiligheid in de V&V een structureel onderdeel van het toezicht door de IGZ geworden en is dan ook terug te vinden in haar jaarlijkse werkplannen en meerjarenbeleidplannen.

Dat er op het gebied van medicatieveiligheid in de V&V nog verbetering noodzakelijk is bleek uit het recente IGZ-rapport '*Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen: Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*', van 4 juli jl. In dit rapport kwam onder andere aan de orde dat zorginstellingen bepaalde stappen die nodig zijn voor een veilig medicatieproces nog onvoldoende zetten en/of structureel vast kunnen houden.

Om die reden vraagt de IGZ binnen de sector wederom extra aandacht voor medicatieveiligheid.



De focus van het toezicht hierop zal zich met name richten op de normen omtrent de thema's:

- een actueel medicatieoverzicht,
- veilig en verantwoord bewaren van medicatie,
- dubbel paraferen bij risico volle medicatie

Deze focus op de medicatie veiligheid past de inspectie in al haar bezoeken toe tot 31 december 2016.

Dit betekent overigens niet dat de andere normen over bijvoorbeeld beleid, Elektronisch Voorschrijf Systeem of bijwerkingen niet van belang zijn.

#### 4.4.2 De Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>	x			
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.	x			
b)	De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.	x			
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.	x			
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>4</sup> niet aan.</b>	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>1</sup> heeft uitgezet.	x			
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren van medicatie.</b>	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			

4 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
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.	x			
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>	<b>x</b>			
a)	Voor niet GDS <sup>1</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	x			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	x			
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>	<b>x</b>			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	x			



## **Algemeen**

Op de PG afdeling waren EVV'ers verantwoordelijk voor de medicatieveiligheid. De kwaliteitsverpleegkundige die 1 augustus 2016 aan de slag ging had de medicatieveiligheid als 1<sup>ste</sup> prioriteit opgepakt. Hij checkte onder andere iedere dag op alle huisjes het aftekenen van de medicatie. De inspectie kreeg te horen dat er in de zelforganiserende teams aandachtsvelders aangesteld worden die verantwoordelijk worden voor (het borgen van) de medicatieveiligheid.

## **Toelichting**

**4.5 a)** Medewerkers vertelden dat de apotheker langs kwam om medicatie die direct gestopt moest worden uit de baxterzakjes te halen. Zo nodig, in acute situaties, doet de arts dit.

**4.6 a)** Medicatie werd veilig en verantwoord bewaard. Retourmedicatie ging in een afgesloten medicatiebox die in een afgesloten ruimte stond; de ruimte was alleen toegankelijk voor bevoegde medewerkers. De apotheek kwam iedere dag in huis en nam de retourmedicatie mee.

Wel constateerde de inspectie het volgende: medicatie op naam die niet in de baxterzakjes zat en niet in de medicatiekast op de huiskamers paste, bevond zich in een aparte kast. Daarin werden ook verpleegartikelen bewaard. De kast was niet overzichtelijk ingedeeld en de voorraad op naam leek groter dan nodig. De kwaliteitverpleegkundige gaf aan dat dit een bespreekpunt was in het overleg met de apotheek dat al was geïnitieerd.

**4.7 a)** De werkvoorraad met medicatie niet-op-naam bleek tijdens de vorige bezoeken niet op orde. De kwaliteitsverpleegkundige had de werkvoorraad op orde gebracht, nieuwe uitgiftelijsten opgesteld en de verantwoordelijkheid voor de controle op zich genomen.

## **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

		Voldeet	Voldeet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperving hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.				<b>x</b>
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.				<b>x</b>
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.				<b>x</b>
<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>				<b>x</b>
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				<b>x</b>
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				<b>x</b>
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.				<b>x</b>
<b>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>	<b>x</b>			
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.				<b>x</b>



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>				X



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

#### Toelichting

**5.3** a) Voorafgaand aan een beslissing om psychofarmaca voor te schrijven bespraken betrokken disciplines in het tweewekelijkse gedragsoverleg het inzetten van psychosociale of gedragsinterventies en de effecten daarvan. In de dossiers was dit echter niet altijd aantoonbaar. De inspectie heeft de norm beoordeeld als 'voldoet' en de beoordeling van de verslaglegging betrokken bij de beoordeling van norm 2.3.

#### 4.6

#### Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>6.1</b>	De zorgaanbieder zorgt voor duidelijke en geïmplementeerde afspraken over taken en verantwoordelijkheden van alle bij de zorg betrokken disciplines.	X			
<b>6.2</b>	De zorgaanbieder treft adequate maatregelen bij aanhoudende hitte.	X			

#### Toelichting

**6.1** Tijdens het bezoek op 3 mei 2015 constateerde de inspectie dat voor diverse situaties goede en geïmplementeerde afspraken over taken en verantwoordelijkheden ontbraken. Zo was voor behandelaren niet altijd duidelijk wie zij aan konden spreken met vragen over een cliënt. Op 29 augustus 2016 vertelden gesprekspartners dat alle medewerkers cliëntinformatie via het ECD naar de juiste persoon kunnen sturen of open kunnen stellen voor betrokken disciplines. Voor andere onderwerpen zoals de MIC procedure en de medicatieveiligheid waren ook afspraken gemaakt over taken en verantwoordelijkheden.

## 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.

- overzicht aantal cliënten en soort ZZP's
- overzicht aantal en niveau zorgmedewerkers
- overzicht ziekteverzuim, personeelsverloop en inzet invalkrachten januari t/m augustus 2016
- Het Hoge Heem: RVE plan, 31 mei 2016
- Verslagen startbijeenkomsten vier nieuwe zorgteams
- overzicht uitgevoerde audits mei t/m augustus 2016 met verbeteracties en resultaten
- overzicht MIC-meldingen 2016 met trendanalyse(s), verbeteracties en resultaten
- in- en exclusiecriteria
- overzicht gerealiseerde en geplande scholingen/trainingen in 2016

## 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)<sup>5</sup>.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

### 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.

<sup>5</sup> De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.



- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.

