



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

Rapport
van het inspectiebezoek aan
Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH),
locatie WZH Sammersbrug
in Den Haag
op 25 januari 2017

Utrecht
januari 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving locatie 5
2	Conclusie en onderbouwing 7
2.1	Samenvatting van de scores per thema 7
2.2	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 7
2.2.1	Communicatie over werkinstructies en (wettelijke) richtlijnen is aandachtspunt 8
2.2.2	Borging van interne en externe meldprocedures vraagt aandacht 8
2.2.3	Cliëntgerichtheid groeit 8
3	Handhaving 9
4	Bevindingen inspectiebezoek 10
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 11
4.2	Thema 2: cliëntdossier 14
4.2.1	Inleiding 14
4.2.2	Scores 15
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 18
4.3.1	Inleiding 18
4.3.2	Scores 18
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 22
4.4.1	Inleiding 22
4.4.2	Scores 22
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 26
4.5.1	Inleiding 26
4.5.2	Scores 26
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 29
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 30

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 25 januari 2017 een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (hierna: WZH), verpleeghuislocatie WZH-Sammersbrug (hierna: Sammersbrug) in Den Haag. 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 ook 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.

Op 10 september 2015 bracht de inspectie een toezichtbezoek aan Sammersbrug. Het doel was te toetsen of verbetermaatregelen naar aanleiding van toetsresultaten op andere locaties binnen WZH organisatiebreed waren doorgevoerd en geborgd. Sammersbrug voldeed niet aan 9 van 39 getoetste normen. De inspectie concludeerde onder meer dat de borging van kwaliteit (PDCA) niet voldoende was. Aandachtspunten waren het monitoren of richtlijnen, afspraken en instructies worden opgevolgd en het zorg dragen dat signalen van kwaliteitsverlies daadwerkelijk tot verbeteracties leiden. Ook de uitvoering van medicatieveiligheid vroeg om verbetering. Desgevraagd ontving de inspectie op 28 juni 2016 het gevraagde resultaatverslag waarin aangegeven is dat Sammersbrug aan de normen voldoet, zonder concrete informatie over hoe is vastgesteld dat de locatie aan gestelde normen voldeed. De inspectie kondigde in juni 2016 een mogelijke hertoetsing aan.

Op 21 januari 2016 sprak de inspectie met de bestuurder over de aanpak voor benodigde verbeteringen bij WZH in het algemeen en bij Sammersbrug in het bijzonder. Enerzijds naar aanleiding van calamiteitenonderzoeken (medio 2015) en anderzijds naar aanleiding van de andere bezoeken aan WZH in 2015. WZH wil haar zorgrisicomanagement preventiever aanpakken. De inspectie benadrukte het belang van concreet en gericht verbeteren en borgen van de kwaliteit en veiligheid van de cliëntenzorg. Tevens is gewezen op de urgentie van het bereiken van daadwerkelijk verbeterresultaat in o.a. Sammersbrug. De zorgaanbieder had het voornemen om verbeteringen WZH-breed door te voeren aan de hand van een aantal thema's zoals bijvoorbeeld het (crisis)opnameproces en gedragsproblematiek.

In 2016 is het toezicht op WZH geïntensiveerd.

In de zomermaanden van 2016 toetste de inspectie drie andere WZH-locaties. De verbeterpunten betroffen medicatieveiligheid, de interne meldingenprocedure, de dossievoering, de inzet en deskundigheid van medewerkers en de toepassing vrijheidsbeperking. De inspectie vroeg WZH om een resultaatverslag over (opnieuw) te treffen of geïntensiveerde verbetermaatregelen. Tevens vroeg de inspectie om deze verbetermaatregelen - zo nodig - organisatiebreed door te voeren en in die gevallen eveneens verslag te doen aan de inspectie betreffende de resultaten. Specifiek ten aanzien van de medicatieveiligheid vroeg de inspectie per direct maatregelen te treffen ter verbetering. Dit thema is vervolgens in september 2016 hertoetst op de drie locaties en voldeed binnen vier weken aan de gestelde normen.

Op 21 september 2016 lichtte de inspectie in een gesprek met bestuurder en raad van toezicht toe dat de inspectie vervolgebzoeken zou brengen en/of gesprek(ken) met de raad van bestuur zou voeren om te toetsen of de zorgaanbieder de bij herhaling geconstateerde tekortkomingen, daadwerkelijk oplost.

Op 15 december 2016 ontving de inspectie desgevraagd twee resultaatverslagen over doorgevoerde en lopende verbeteringen op twee van de drie WZH-locaties die in de zomer van 2016 bezocht zijn. Volgens de zorgaanbieder was door WZH voldaan aan alle normen. De feitelijke meetresultaten en wijze van vaststelling waren slechts ten dele benoemd door de zorgaanbieder. In de verslaglegging is echter niet duidelijk geworden welke verbeterresultaten nog op de andere locaties nodig waren om de betreffende normen voor de cliëntveiligheid voor alle locaties (waaronder Sammersbrug) te verbeteren en op een eenduidige manier te werken binnen WZH. Deze ambitie is door WZH aangegeven in de resultaatverslagen dd 14 december 2016. Tevens stond dit benoemd in het gespreksverslag tussen raad van bestuur en IGZ op 21 september 2017 te Utrecht.

WZH heeft in het jaar 2016 voor WZH-Sammersbrug geen meldingen bij de inspectie gedaan die betrekking hadden op de zorg die wordt aangeboden in WZH-Sammersbrug.

1.2 Doelstelling

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

- enkele cliënten
- vertegenwoordigers cliëntenraad
- uitvoerende medewerkers
- behandelaars
- locatiemanagement en raad van bestuur
- cliëntdossiers
- documenten, genoemd in bijlage 1
- een rondgang door de locatie.

Op basis van het geldende toezichtinstrument 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 handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

WZH biedt zowel thuiszorg en intramurale zorg; behandeling en begeleiding voor cliënten met psychogeriatrische of somatische problematiek, cliënten met niet-aangeboren hersenletsel en geriatrische revalidatiezorg. WZH heeft momenteel twaalf woonzorgcentra in de regio's Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer en levert thuiszorg. WZH maakt gebruik van de PREZO-methode voor haar kwaliteitssysteem. Periodieke audits zijn daarvan een onderdeel.

Locatie Sammersbrug

Sammersbrug is gelegen aan de zuidrand van Den Haag. Sammersbrug is een ruim verpleeghuis met drie bouwlagen en beschikt op de begane grond over diverse omsloten buitenruimtes. Er verblijven circa 160 à 172 (intramurale) cliënten die zorg en behandeling ontvangen op basis van de Wlz of de Zvw. Het verpleeghuis bestaat meer dan 20 jaar en werd en wordt steeds zoveel mogelijk aangepast aan hedendaagse eisen; zo is het opheffen van meerbedskamers bijna afgerond. Locatie Sammersbrug komt binnenkort in aanmerking voor het 'Gouden Keurmerk' (PREZO/VV&T 2014) voor alle intramurale zorgproducten die zij biedt.

Cliënten wonen verdeeld over 9 afdelingen; de grootte van de afdelingen varieert rond circa 20 kamers. Er zijn afdelingen voor cliënten met psychogeriatrische problemen (ZZP 5,7), er zijn afdelingen voor cliënten met somatische problemen (ZZP 6,8,9) en er is een speciale afdeling voor screening en kort verblijf (cliënten met ZZP 4-9 of kortverblijf ex Zvw) waar volgens rooster eventuele crisisopnamen plaatsvinden voor de Haagse regio; de personele bezetting is hierop aangepast.

Elke afdeling heeft meerdere (geschakelde) huiskamers waar circa 6 à 8 cliënten de maaltijd gebruiken en kunnen verblijven. De huiskamers hebben qua inrichting een eigen (huiselijke) stijl. Het is mogelijk voor cliënten om wat eigen meubilair te plaatsen. Aan iedere afdeling is een medewerker verbonden met speciale aandacht voor dagbesteding en activering. Daarnaast is er ook een algemener recreatieprogramma.

Sinds kort kunnen alle cliënten zich tussen 10.30u en 17.00u vrij door het woon- en recreatiegedeelte begeven. Via een bemenste centrale receptie is het toezicht op de entree/uitgang gewaarborgd.

Ten tijde van het inspectiebezoek zijn in totaal circa 120 FTE medewerkers, in dienst van WZH, beschikbaar. Deze capaciteit is verdeeld over ruim 190 personen.

Het zorgaanbod van Sammersbrug wordt aangestuurd door een locatiemanager.

Voor de coördinatie op 9 afdelingen zijn 3 teamleiders beschikbaar.

De afdelingsteams zijn wisselend in omvang en samenstelling, afhankelijk van het aantal cliënten op de afdeling. Deze teams zijn altijd samengesteld uit verpleegkundigen niveau 4, senior woonzorgbegeleiders (niveau 3 / EVV), woonzorgbegeleiders (niveau 3), en woonzorgmedewerkers (niveau 2). Daarnaast heeft Sammersbrug een groep flexibele medewerkers beschikbaar met vergelijkbare functies, inclusief een groep verpleegkundigen (niveau 5) die de coördinerende diensten op zich nemen en een groep woonzorgmedewerkers (junior/niveau?) die, al dan niet als oproepkracht, beschikbaar zijn voor ondersteuning en toezicht in de zorg. In de nacht zijn 6 medewerkers aanwezig waarvan de helft met tenminste niveau 3. In de nacht is eveneens een coördinerende verpleegkundige beschikbaar voor enkele locaties in de onmiddellijke nabijheid van Sammersbrug.

Het team van behandelaars bestaat uit specialisten ouderenzorg, een arts-assistent, psychologen en paramedici zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en een diëtist; waar relevant was sprake van geldige BIG-registraties. Voor wat betreft de inschrijving in andere kwaliteitsregisters was één registratie sinds een half jaar verlopen.

Voor wat betreft de stabiliteit in de personele bezetting heeft Sammersbrug ten tijde van het inspectiebezoek te maken met een ziekteverzuim van circa 6% binnen de groep zorgverleners en met een verloop dat in 2016 beneden de 10% lag.

In de periode rond het inspectie bezoek voerde Sammersbrug een nieuwe verdeling/aanpak door voor de personele planning, met als doel meer rekening te kunnen houden met de actuele en/of variabele zorgbehoefte van de specifieke cliëntengroepen.

2 Conclusie en onderbouwing

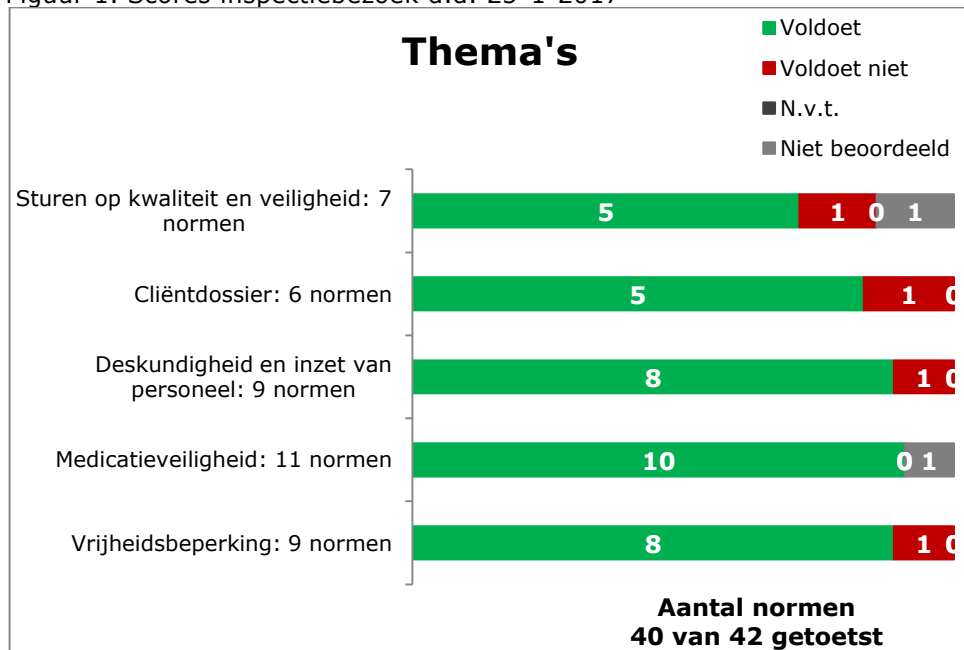
Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting 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 Sammersbrug. 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 prominentere 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.

Figuur 1. Scores inspectiebezoek d.d. 25-1-2017



2.2 Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die WZH-Sammersbrug biedt, voldoet op bijna alle punten aan de 40 getoetste normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. Bij 4 getoetste 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.

- 2.2.1 *Communicatie over werkinstructies en (wettelijke) richtlijnen is aandachtspunt*
De interne informatie- en communicatie over (vernieuwde) instructies verloopt bij WZH - Sammersbrug niet altijd effectief genoeg. Medewerkers zijn niet altijd op de hoogte van belangrijke uitleg en afspraken. De inspectie ziet hierin een oorzaak van risico's voor veilige cliëntenzorg.
Met gebreken in kennis en/of kennisstromen komt het signalerend vermogen van medewerkers onder druk te staan. Daarentegen brengt het kennen van afspraken en noodzaken, onderling een positieve spiraal van kwaliteitsverbeteringen op gang. Dit draagt bij aan het feedback- en verbeterklimaat en de komt de deskundigheid op de locatie verder ten goede.
- 2.2.2 *Borging van interne en externe meldprocedures vraagt aandacht*
Bij WZH vereist de procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten nog aandacht op concernniveau. Weliswaar heeft de bestuurder onlangs verbetermaatregelen geïnitieerd waarmee de zorgaanbieder - waar nodig - haar externe meldplicht kan nakomen. Echter, ook op dit punt speelt communicatie en instructie aan medewerkers een belangrijke rol. Informatie over incidenten, calamiteiten, ernstige problemen en benodigde verbeteringen dient (vlot en soepel) van cliëntniveau naar het niveau van de raad van bestuur - en vice versa - te kunnen stromen. Op aspecten hiervan kan Sammersbrug zich verder verbeteren. Nieuwe en/of gewijzigde relevante WZH-regelingen moeten voor alle betrokkene helder zijn en nageleefd worden. De interne procedures bij WZH en/of Sammersbrug horen naadloos aan te sluiten bij hedendaagse wettelijke vereisten voor het melden aan de inspectie; beschreven in de Uitvoeringsregeling van de Wkkgz.
- 2.2.3 *Cliëntgerichtheid groeit*
Op locatie Sammersbrug neemt de aandacht voor de persoonlijke behoeftes van cliënten toe. Enerzijds door verbeteringen in het cliëntdossier, anderzijds door scholing en bevordering van deskundigheid op dit punt. De ruimte voor de rol van cliënten, familie en mantelzorgers bij invulling en vaststelling van zorg en behandeling is groeiend en wordt steeds vaker benut; zoals aanwezigheid bij overleg hierover.

3 Handhaving

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

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder controleert of de zorg die overige locaties of teams bieden, ook 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 inspectiebezoek 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 Sammersbrug nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. De score 'niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Sammersbrug 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(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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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			
1.4	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 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			
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. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				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.

Toelichting

Algemeen:

Incidenten werden door de verzorging gemeld en op afdelingsniveau besproken in het (wekelijkse) lopende zaken overleg. Hoe afwezige collega's op de hoogte raken van verbeterinitiatieven (anders dan via een groepsapp) is niet duidelijk geworden bij het inspectiebezoek. De lokale MIC-commissie had kwantitatieve en kwalitatieve (kwartaal)analyses gemaakt, met passende verbeteradviezen voor de locatiemanager die via de hiërarchische lijn tot uitvoering moeten komen. In het laatste kwartaal van 2016 was het thema verbeteren naar aanleiding van incidentmeldingen echter nergens een standaardthema op het werkoverleg op de afdelingen. Dit is een aandachtspunt in het kader van PDCA.

Naast de interne procedure voor veilig melden functioneerden evenwel nog enkele andere – al dan niet laagdrempelige – signaleringssystemen om de kwaliteit en veiligheid te waarborgen. Zo bleken de leer- en verbeterpunten naar aanleiding van cliënttevredenheidsmetingen in 2015 systematisch (op)gevolgd en is aandacht geweest voor de borging ervan. Ook kwam het zogenaamde 'rode-formulieren-verbeterteam' een paar keer per maand in actie op basis van ontvangen waarderingen en klachten in een brievenbus nabij de uitgang. De verbeteracties zijn beschreven zonder de borging ervan.

Sammersbrug onderging in december 2016 een externe audit voor alle invalshoeken voor Verantwoorde zorg en Verantwoord ondernemerschap (PREZO/VV&T 2014).

De lokale cliëntenraad uitte bij het bezoek tevredenheid over de benaderbaarheid van het management, inhoud en wijze van informeren, de betrokkenheid bij verbeterprogramma's en/of de medezeggenschap hierin; de onafhankelijk voorzitter is afgevaardigde voor de centrale cliëntenraad. Een belangrijk aspect van het WZH-beleid is het rekening houden met verwachtingen van cliënten. Leden van de lokale cliëntenraad houden contact met de achterban via vrijwilligerswerk en een aantal familiebijeenkomsten.

In Sammersbrug was plaatsingsbeleid van toepassing. Afdelingen boden zorg aan specifieke doelgroepen.

1.8 a) Het aanbod in dagbesteding kwam vooral op algemeen of afdelingsniveau tot uitdrukking via een algemeen programma aan activiteiten waar cliënten zo nu en dan gebruik van konden maken. Op individueel niveau was er meestal nog geen concreet plan voor een meer persoonsgerichte dagbesteding voor een cliënt. Het zorgdossier (DZD) kent op de cliëntkaart een kopje 'dagindeling'. Het was de bedoeling van Sammersbrug om de individuele activiteitenplannen in overleg met de eerste contactpersoon op de cliëntkaart te verwerken. Zover was men in januari 2017 echter nog niet gevorderd. Niettemin trof de inspectie weldegelijk ook een positief voorbeeld op dit punt: het aanbieden van een schildersatelier voor een cliënt die hieraan behoefte had.

4.2 Thema 2: cliëntdossier²

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 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.

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.

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.³	x			
a)	Voor 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.²	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-/ondersteuningsdoelen.	x			
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.	x			

³ 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
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			
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			

4 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.

Toelichting

Algemeen:

Voor wat betreft het cliëntendossier heeft WZH organisatiebreed een verbeteringslag ingezet. In Sammersbrug was al langer ervaring met de gewijzigde dossieropbouw met minder en algemener (maar niet standaard) geformuleerde zorgdoelen. Voor de continuïteit en voortgangsbewaking van de zorg en behandeling functioneert op alle afdelingen een periodiek (veelal wekelijks) overleg voor 'lopende zaken'. De afdelingsarts, de GZ-psycholoog, de teamleider en EVV-er(s) zijn aanwezig. EVV-ers voeren de zorgregie voor ongeveer 9 cliënten. Het 'lopende-zakenoverleg' fungeert als een laagdrempelig tussentijds multidisciplinair overleg voor het bijstellen van de zorg. Tevens is in dit overleg structureel aandacht voor te treffen maatregelen naar aanleiding van eventueel voorgevallen incidenten (MIC). Alle gesprekspartners ervoeren dit overleg als zinvol.

In 2016 heeft Sammersbrug een traject doorlopen om tot betere ketenafstemming te komen gedurende de opnames. Het effect van vooraf betere (elektronische) informatie door bijvoorbeeld transferverpleegkundigen was duidelijk merkbaar volgens gesprekspartners. Dossiers konden op de opnamedag (en soms al daarvoor) vlot worden opgemaakt. Dit heeft volgens gesprekspartners bijgedragen om incidenten in de eerste week van de zorg terug te dringen.

Van de cliëntenkaarten in het ECD waren op de afdelingen papieren afschriften beschikbaar, echter niet altijd de meest recente versie. Deze afschriften in de noodgevallenklapper werden niet in de dagelijkse praktijk gebruikt en waren bedoeld als backup in geval het ECD niet beschikbaar zou zijn.

2.1 a) Bij de dossierinzage (ook tijdens de rondgang) bleek voor cliënten bij de opnamedag een (standaard) zorgleefplan beschikbaar dat tijdig, binnen 6 weken, was geëvalueerd.

2.1 b) Anamnesegegevens, levensgeschiedenis, specifieke voorkeuren en gewoonten waren kortweg beschreven in het cliëntdossier.

2.1 c) De inspectie heeft dit aspect onvoldoende zorgvuldig kunnen toetsen.

2.5 b) Er is sprake van vaak, maar niet altijd een dagelijkse rapportage en/of niet altijd doelgericht. Zo was er bijvoorbeeld wel een afgesproken omgangsadvies dat medewerkers (en inspectie) echter niet of nauwelijks konden terugvinden; als gevolg van de onduidelijk rubricering was er geen gerichte voortgangsrapportage. Andersom kwam ook voor: de bedoeling en afgesproken acties in relatie tot de (onregelmatig) opgetekende urineproductie bleek niet expliciet terug te vinden (echter wel aannemelijk i.v.m. benoemde blaasretentiekachten in de anamnese). In een ander dossier zag de inspectie een positief voorbeeld waarbij de criteria om zo nodig Lorazepam toe te dienen voor een cliënt waren opgetekend in de voortgangsrapportage en overeenstemden met de bedoeling van de voorschrijvende arts. De inspectie trof tenminste één groepsapp in gebruik om in voorkomende situaties belangrijke overdrachtsinformatie aan elkaar over te dragen. Gesprekspartners vertelden over een zorgincident bij een cliënt dat wel was overgedragen via de groepsapp maar waarover niets stond gerapporteerd in het ECD van de cliënt. In de afdelingsagenda's trof de inspectie geen cliëntgebonden informatie.

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 daar om 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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.	x			
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.	x			
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.	x			
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.		x		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				x
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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.	x			
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.	x			
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.	x			
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 de vakinhoudelijke specialisten gemakkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.	x			
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.	x			
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.	x			

Toelichting

Algemeen:

De inspectie heeft in overlegverslagen kunnen lezen dat medewerkers aandacht hebben voor persoonsgerichte aspecten bij het intakegesprek; er is als hulpmiddel een vragenlijst beschikbaar. Ook zijn er recent herinneringskasten gemaakt in Sammersbrug, bedoeld als hulpmiddel voor een persoonlijk gesprek hierover. In training was aandacht voor erbij horen; medewerkers hebben tips hiervoor doorgegeven.

Medewerkers ervaren voldoende ondersteuning vanuit vakdisciplines en voor scholingsmogelijkheden. Er was een scholingsplan tot half 2017 voor relevante thema's en trainingen in relatie tot de cliëntengroep in Sammersbrug, zoals training voor omgaan met onbegrepen gedrag en verpleegtechnische handelingen. Circa 35/190 medewerkers staan voor de eerste helft van 2017 ingeroosterd voor deelname. De inspectie heeft geen informatie gezien over de scholing van voorgaande jaren.

Roosters zijn toereikend; overdag zijn in de regel 4 personen beschikbaar voor circa 20 cliënten/in de avond 3 en later 2. Er was voorzien in voldoende beschikbare deskundigheid. Onverwacht ziekteverzuim wordt in eerste instantie opgelost door elkaar te helpen. In het opgevraagde weekrooster bleek ziekte daadwerkelijk en adequaat opgevangen. Regelmatig maakt Sammersbrug gebruik van (bekende) uitzendkrachten als dat nodig is.

Roosters worden gemaakt door een ervaren medewerker die hiervoor beschikbaar is. Er zijn basisfunctieroosters vastgesteld voor alle 9 afdelingen. Kerngegevens ware beschikbaar en waren in vergaderingen aantoonbaar onderwerp van reflectie op bestuurlijk-, locatie- en op afdelingsniveau.

3.4) In Sammersbrug was niet bekend voor welk type incidenten een wettelijk geregelde meldingsplicht geldt in het kader van de Wkkgz. Ook vertelden gesprekspartners over een incident dat twaalf dagen voorafgaand aan het bezoek plaatsvond; er waren opiaten vermist (een strip Oxycodon op naam van een cliënt). Het incident was op de bezokedag (nog) niet gemeld bij de inspectie terwijl in de MIC-procedure bij WZH de meldplicht voor dergelijke gebeurtenissen wel is toegelicht.

Op basis van het document over het P-verloop in Sammersbrug plus de toelichting hierop van gesprekspartners, merkte de inspectie op dat WZH in 2016 een arbeidsovereenkomst met een zorggerelateerde medewerker beëindigde wegens (vermeend) disfunctioneren. Echter, op basis van de Uitvoeringsregeling Wkkgz (en de toelichting hierbij) zijn zorgaanbieders intussen verplicht iedere beëindiging van een zorggerelateerde arbeidsrelatie vanwege (vermeend) ernstig disfunctioneren te melden bij de inspectie. De ernstige aanleiding van de beëindiging is leidend. *Niet* van belang zijn de aard van de arbeidsrelatie noch de wijze van beëindiging; vast, tijdelijk of op uurbasis en ontslag (al dan niet van rechtswege) vaststellingsovereenkomst of afkappen inzet.

Ook sprak de inspectie met medewerkers over het aanleggen van een (Zweedse-) band die bij een cliënt werd aangetroffen. De aangesproken medewerkers konden ter plekke niet vertellen wat de instructies waren over het (veilig) aanleggen van de band. Dit betrof relevante kennis omdat onlangs een cliënt met rolstoel inclusief band was omgevallen. De inspectie toetste niet of de bewuste instructie wel voorhanden was in het cliëntdossier.

Op managementniveau was de kennis over de Wkkgz ten tijde van de bezokedag onvoldoende geborgd⁵; beschreven afwijkingen zijn kennelijk niet opgemerkt.

5 Op 9-2-2017 ontving de inspectie desgevraagd nog afschriften van procedures in het kader van veilig melden en WZH- incidentenonderzoek. Ook kreeg de inspectie een geheel herziene versie van het meldingsprotocol aan de IGZ toegezonden.

Medewerkers maakten geen gebruik van overigens wel beschikbare protocollen en instructies in de zorgverlening.

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' ⁶ .	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.	x			
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.	x			
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie, staan in het cliëntdossier.	x			

6 Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.	x			
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-medicatie⁷ niet aan.	x			
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁴ heeft uitgezet.	x			
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.	x			
b)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
c)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.	x			
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.	x			

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	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-GDS⁸-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	X			
a)	Voor niet-GDS ⁸ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.	X			
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	X			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.	X			
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	X			
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.	X			
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				X
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				X
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				X
4.11	De arts en de apotheker verrichten ten minste een jaarlijkse 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			

8 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
a)	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem.	x			

Toelichting

Algemeen:

Nadat de inspectie in de nazomer/najaar van 2016 onmiddellijke aandacht vroeg voor verbetering van de medicatieveiligheid bij WZH, is er een scherp verbetertraject ingezet. Het resultaat is meegenomen bij de auditronde die eind 2016 plaatsvond. Het verbeteren was navolgbaar in diverse verslagen van (bijvoorbeeld werk-)overleg. Op iedere afdeling was een aandachtsfunctionaris beschikbaar die een bewakende taak had om de medicatieveiligheid te waarborgen.

Bij dit onaangekondigde inspectiebezoek aan Sammersbrug nam de inspectie een aantal steekproeven tijdens de rondgang; het aftekenen bij toediening was zorgvuldig verlopen en eveneens de noodzakelijke tweede controles. Parafen waren traceerbaar. De toedienlijsten waren niet beklad. Er waren ordelijke nieuwe distributiekarren in gebruik en het beheer van de afdelingsvoorraad zag er overzichtelijk en niet overdadig uit. Voorraden klopten en registraties waren bijgehouden (ook de temperatuur). Medewerkers die medicatie deelden droegen hesjes ter herkenning.

Artsen namen 2x per jaar of zoveel vaker als nodig met de apotheker de medicatie door. Onder andere ter bewaking van ongewenste polyfarmacie en mogelijk onnodig gebruik van psychofarmaca. Voorschrijven gebeurt via EVS (Medimo).

Restmedicatie wordt afgevoerd naar de centrale voorraadruimte voor medicatie. Alleen hier is medicatie niet op naam te vinden. De verantwoording voor het gebruik was zorgvuldig geregeld. De voorraadregistratie klopte. Hier stond ook de rode afgesloten container.

Inmiddels hadden coördinerende verpleegkundigen zelf al vastgesteld dat de afvoer van opiaten – ondanks het strikte en zuinige sleutelbeleid – veiliger geregeld moest gaan worden.

De inspectie zag dat de afvoercontainer voor reguliere medicatie zodanig vol was, dat het mogelijk was om er iets uit te pakken. Zorg dragen voor het tijdig legen van de afvoercontainer bleef daarom een aandachtspunt.

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 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			
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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, 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 (MDO) over de besluitvorming over de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	x			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.	x			
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).		x		
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.		x		

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

Toelichting Algemeen:

De inspectie beoordeelde drie dossiers op zorgvuldige inzet en toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). Deze cliëntdossiers bevatten een volledig overzicht met betrekking tot de toegepaste VBM. Ingezette VBM waren regelmatig geëvalueerd; deze evaluatie werd navolgbaar geregistreerd. De intentie van het terugdringen van vrijheidsbeperking stond gesprekspartners helder voor ogen. Toepassing van VBM was in het cliëntdossier beargumenteerd met het uitblijven van effect van behandel- en omgangsadviezen. Er waren maandelijkse overzichten beschikbaar die besproken werden in werkoverleg van behandelaars. WZH beschikt over enkele Bopz-artsen ten behoeve van de zorg aan de noord- en de zuidkant van Den Haag. Zij vervangen elkaar.

5.6 a) De instemming met vrijheidsbeperking (toepassing kandelstoel) was in het cliëntdossier niet gedocumenteerd volgens relevante gesprekspartners. Wel vernam de inspectie dat de arts, in het registratiemenu, een zekere stap niet kon vervolgen zonder bewust nagedacht te hebben over die instemming. Echter of de cliënt of cliëntvertegenwoordiger feitelijk akkoord was met toepassing VBM was niet navolgbaar op basis van het cliëntdossier. De instemming met eventueel actuele wijzigingen in het zorgleefplan bleek evenmin gedocumenteerd.

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.

- Meest recente verslagen afdelingsoverleggen Sammersbrug 4/9 (door de inspectie geanonimiseerde) teams/afdelingen:
 - Werkbespreking afd A dd 17 oktober 2016
 - Werkbespreking afd B dd 6 oktober 2016
 - Notulen afd C teamvergadering dd 18-11-2016
 - Notulen teamvergadering afd D dd 16-09-2016
- Medewerkerroosters d.d. 19-01-2017
- Functieroosters 9 afdelingen d.d. 25-01-2017
- Jaaroverzicht 2016 inzet uitzendkrachten
- BIG Overzicht Sammersbrug
- Deelnemersplan opleidingen Sammersbrug Q 1-2 2017-02-03
- Overzicht bekwaamheidstoetsing VBH
- Verzuimrapportage WZH Sammersbrug december 2016
- Overzicht personeelsverloop Sammersbrug
- CPI025 Productie registratie arrangementen d.d. 25-01-2017
- Overzicht samenstelling medewerkers afdelingen Sammersbrug januari 2017
- Brugdocument 2016
- Concept auditrapport december 2016
- Rapportage MIC Kwartaal 1&2&3 2016 vergelijking
- 10 dagen overleg over uitvoering PvA Sammersbrug
- Rode formulieren verbeterteam Sammersbrug 2016
- VBP001 Vrijheidsbeperking registratie van 01-07-2016 tot en met 01-07-2016
- WZH Handboek Geneesmiddelenbeleid Intramuraal met behandeling d.d. 05-12-2016

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

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz)⁹.
- 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 Nederland, 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.
- Cultuuruomslag 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.

⁹ 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.

- 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.