



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

Rapport
van het tweede hertoetsbezoek
aan Martha Flora Gouda B.V. in
Gouda op 17 oktober 2016

Utrecht
januari 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusie en beschouwing 6
2.1	Overzicht van de scores per thema 6
2.2	Resultaten eerste bezoek op 28 september 2015 onvoldoende 7
2.3	Resultaten eerste hertoetsbezoek op 20 april 2016 7
2.3.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid 7
2.4	Resultaten tweede hertoetsbezoek op 17 oktober 2016 8
2.4.1	Bestuurder heeft ingezet op sturen op kwaliteit en veiligheid 8
2.4.2	In medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking geïnvesteerd, nog laatste punt op de i 8
2.4.3	Verbeteringen duidelijk zichtbaar in cliëntdossiers 8
2.4.4	Formele invulling medezeggenschap, borging van verbeteringen 8
2.5	Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen 8
2.6	Cliëntgerichtheid 8
3	Bevindingen inspectiebezoek 9
3.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.2	Thema 2: cliëntdossier 12
3.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 15
3.4	Thema 4: medicatieveiligheid 17
3.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 20
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 22
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 23

1 Inleiding

Op 17 oktober 2016 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Martha Flora Gouda B.V. (hierna Martha Flora Gouda) in Gouda. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op de vorige bezoeken aan dezelfde locatie op 28 september 2015 en een hertoetsbezoek op 20 april 2016, waar enige verbetering zichtbaar was en waar meer tijd nodig was om goed te voldoen aan de normen. Tijdens deze vorige inspectiebezoeken constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 17 oktober 2016 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 en beschouwing, 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 de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande zorgaanbieders. De inspectie doet dit niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Bij het vorige inspectiebezoek op 20 april 2016 bleek de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen te voldoen. Op 26 juni 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag waarin de zorgaanbieder over deze punten het volgende aangaf:

- of de zorgaanbieder binnen de gestelde termijn volledig voldeed aan de norm;
- welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om volledig aan de norm te voldoen;
- hoe de zorgaanbieder heeft gemeten dat hij volledig aan de norm voldeed;
- als de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag nog niet volledig aan de norm voldeed: welk niveau van verbetering – in kwalitatieve en kwantitatieve zin – de zorgaanbieder per de datum van het resultaatsverslag feitelijk had bereikt (bijvoorbeeld een % van het geheel).

Daarnaast ontving de inspectie op 6 september 2016 het rapport van een onafhankelijke audit binnen Martha Flora Gouda.

Inspectiebezoek 28 september 2015, eerste hertoetsbezoek 20 april 2016

Op 28 september 2015 vond een eerste inspectiebezoek plaats aan Martha Flora Gouda. De zorg voldeed niet aan 15 normen. Daarom bezocht de inspectie Martha Flora Gouda opnieuw op 20 april 2016. Uit het eerste hertoetsbezoek bleek dat Martha Flora Gouda aan 13 van de 20 normen niet voldeed.

Gesprek met de bestuurder van Martha Flora Gouda op 7 juni 2016

Gezien de bevindingen van het eerste hertoetsbezoek voerde de inspectie een gesprek met de bestuurder. De bestuurder gaf in dit gesprek aan maatregelen te hebben ingezet om te zorgen dat Martha Flora Gouda op korte termijn ging voldoen aan de normen. De bestuurder kreeg extra verbeterijd en de inspectie verwachtte en ontving voor 1 oktober 2016 een resultaatsverslag. Aangegeven werd dat de verbeteringen op alle locaties van Martha Flora moesten worden gerealiseerd.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het hertoetsbezoek aan Martha Flora Gouda was te beoordelen of de zorg die Martha Flora Gouda biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's op gezondheidsschade voor de cliënt beperken.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte 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 Martha Flora Gouda geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van de vorige inspectiebezoeken;
- het resultaatsverslag;
- gesprekken met cliënten;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van 4 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 handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving locatie

Martha Flora Gouda is een landelijk opererende particuliere zorgaanbieder met kleinschalige verpleeghuizen. Sinds maart 2014 heeft Martha Flora een vestiging in Gouda. Naast Gouda heeft Martha Flora vestigingen in Lochem, Den Haag, Maastricht en Hoorn. Op 1 februari 2016 is een vestiging geopend in Breda. Martha Flora Gouda telt 24 appartementen die, ten tijde van het inspectiebezoek, door 26 cliënten worden bewoond, verdeeld over twee verdiepingen die onderling zijn verbonden met een lift (en een trappenhuis). Sommige appartementen worden bewoond door echtparen. Elk appartement heeft een eigen woon/slaapkamer en een aparte sanitaire ruimte. Naast de appartementen biedt Martha Flora Gouda een bibliotheek, een huiskamer, een eetkeuken, een tuin, dakterras en een atelier. In de eetkeuken wordt de mogelijkheid geboden tot het gezamenlijk gebruik van maaltijden. In de overige ruimten worden daarnaast activiteiten aangeboden.

De 26 cliënten zijn geïndiceerd voor een zogeheten zorgzwaartepakket (ZZP) 5 of 7. Een enkele cliënt heeft een ZZP 2 of 4. Geen van de cliënten beschikt over een indicatie in het kader van de Wet Bopz. Cliënten wonend in Martha Flora Gouda hebben een persoonsgebonden budget (PGB) vanuit de wet langdurige zorg. Martha Flora Gouda is een zorgaanbieder zoals beschreven in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

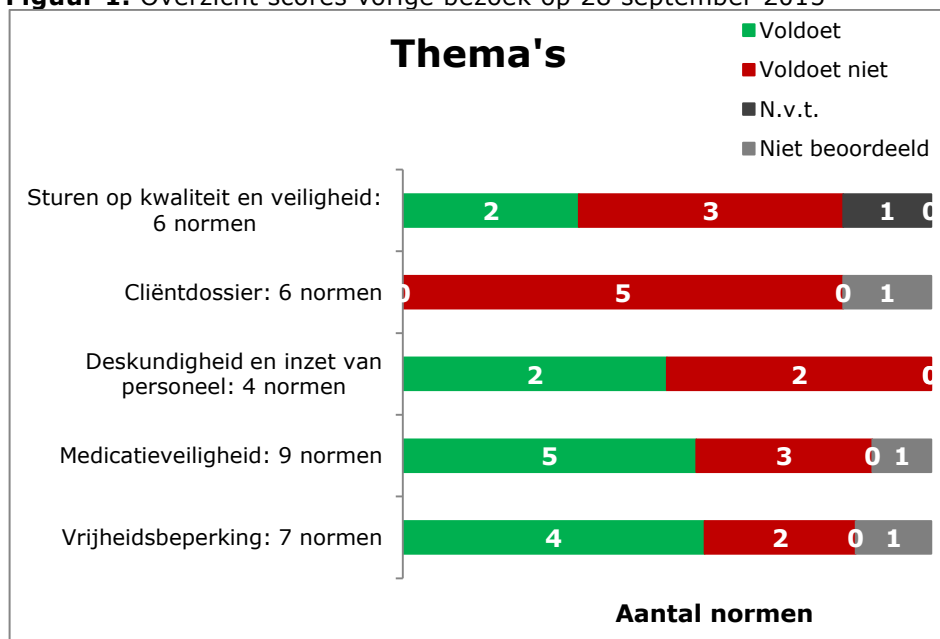
De zorg wordt verleend door een team van medewerkers bestaande uit medewerkers zorg met opleidingsniveau 2 (6,1 fte), opleidingsniveau 3 (6 fte), opleidingsniveau 4 (1fte), opleidingsniveau Big (3,3 fte), ziekenverzorgenden (3 fte), opleidingsniveau MMZ/Mz/Spw/niv2 met medicatiebevoegdheid (5,9 fte) en tenslotte medewerkers gastvrijheid en huishouding (9,3 fte). Een locatiemanager (met deskundigheid in de zorg) stuurt de locatie aan.

2 Conclusie en beschouwing

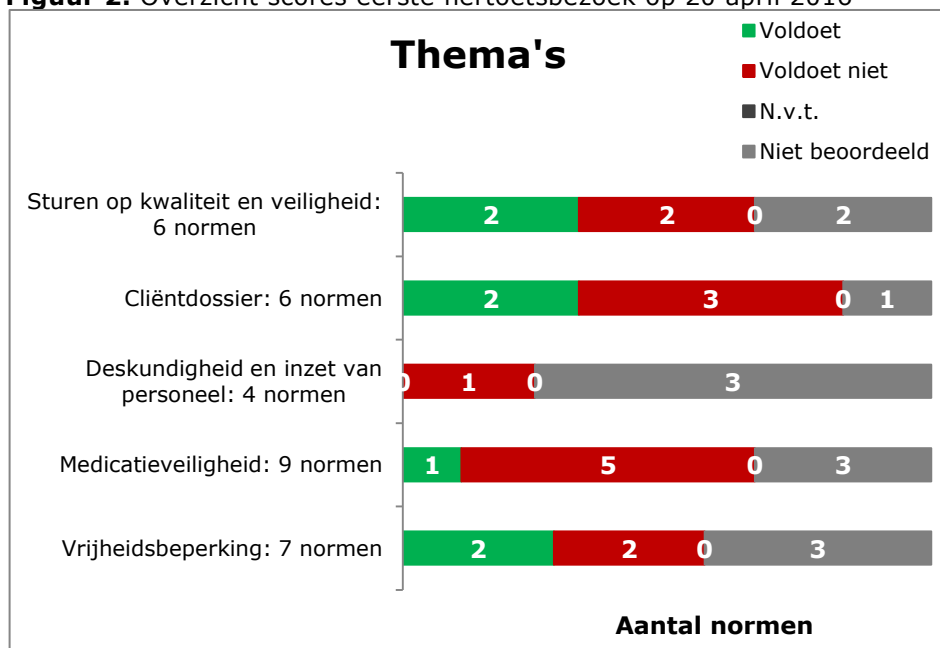
Dit hoofdstuk start met een schematisch overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens recapituleert de inspectie haar conclusie over het vorige inspectiebezoek en geeft zij haar conclusie over het hertoetsbezoek. Daarna volgen met een beschouwend karakter. Voor de bevindingen van de inspectie: zie hoofdstuk 3.

2.1 Overzicht van de scores per thema

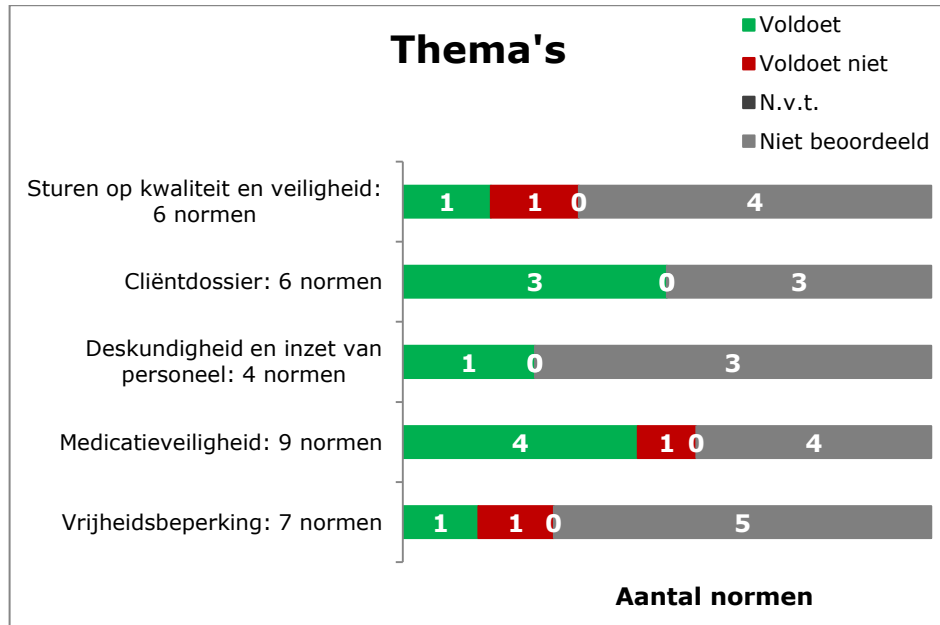
Figuur 1. Overzicht scores vorige bezoek op 28 september 2015



Figuur 2. Overzicht scores eerste hertoetsbezoek op 20 april 2016



Figuur 3. Overzicht scores tweede hertoetsbezoek op 17 oktober 2016



2.2

Resultaten eerste bezoek op 28 september 2015 onvoldoende

Op alle vijf thema's scoorde Martha Flora Gouda meer of minder als niet voldaan aan de norm. Tijdens het bezoek op 28 september 2015 maakten de cliëntendossiers een onoverzichtelijke indruk. De beoordeling en vastlegging van risico's behoeft aandacht. Er was geen instructie die de medewerkers houvast gaf bij het preventief signaleren van de risico's in de lichamelijke en geestelijke zorg van de cliënten. Daarnaast moesten de zorgdoelen en rapportages zorgvuldiger en concreter worden geformuleerd. Omdat zorgdossiers de basis vormen waarop zorgvragen zijn afgestemd, drong de inspectie erop aan dat het management op korte termijn de medewerkers hierin faciliteert. Tevens was vooral ook de medicatieveiligheid niet op orde.

De medewerkers maakten tijdens het bezoek op 28 september 2015 een betrokken indruk als het ging om de zorg van de cliënten. De aankleding en de sfeer op de algemene ruimtes zoals de huiskamers en de andere openbare ruimtes van de locatie waren prettig.

2.3

Resultaten eerste hertoetsbezoek op 20 april 2016

2.3.1

Sturen op kwaliteit en veiligheid

De inspectie constateerde dat Martha Flora Gouda plannen maakte, maar dat er binnen Martha Flora Gouda niet voldoende was gestuurd op het bereiken van de noodzakelijke verbeteringen. Tijdens het hertoetsbezoek bleek dat de acties niet voldoende aansloten om te gaan voldoen aan de norm. De kwaliteit van de uitvoering van de zorg in de praktijk bleek onvoldoende. Ondanks de scholing betreffende het zorg-/ondersteuningsplan kregen medewerkers kennelijk niet voldoende aansturing, ondersteuning om de regie van zorg van cliënten goed uit te voeren. Op verschillende beoordeelde thema's bleek dat de onderliggende beleidsstukken tekort schoten.

2.4 Resultaten tweede hertoetsbezoek op 17 oktober 2016

2.4.1 *Bestuurder heeft ingezet op sturen op kwaliteit en veiligheid*

Na het eerste hertoetsbezoek heeft de bestuurder meteen noodzakelijke acties ingezet om meer te gaan sturen op kwaliteit en veiligheid. Het ontbrak aan een helder informatie - en toetsingssysteem, het 'dashboard' gaf geen of onvoldoende totaaloverzicht van de organisatie. Waardoor sturing en borging moeilijk uitvoerbaar was. Er is opnieuw een plan van aanpak opgesteld. Er zijn door externe adviseurs audits uitgevoerd en er is extra inhoudelijke ondersteuning ingezet om te gaan voldoen aan de normen. Dat is zichtbaar in de beoordeling van de normen tijdens het tweede hertoetsbezoek.

2.4.2 *In medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking geïnvesteerd, nog laatste punt op de i*

In het op orde krijgen van de medicatieveiligheid is geïnvesteerd en dit vraagt nog om een enkel aandachtspunt. Dit geldt ook voor het thema vrijheidsbeperking. Er is bij medewerkers meer bewustzijn op beide gebieden. De besluitvorming en afweging van alternatieven van vrijheidsbeperking, en het schriftelijk vastleggen hiervan, moet nog zorgvuldiger.

2.4.3 *Verbeteringen duidelijk zichtbaar in cliëntdossiers*

De afgelopen maanden zijn medewerkers geschoold in het werken met het zorgleefplan. De preventieve risicoscores zijn nu goed ingevuld en mocht er een verhoogd risico uitkomen wordt dit in een zorgdoel en actie uitgezet. De cliëntdossiers geven nu een specifiek beeld van de wensen en behoeften van de cliënt en de zorg- en ondersteuningsdoelen zijn hierop afgestemd. De deskundigheidsbevordering is met de invulling van het cliëntdossier dus zichtbaar aanwezig.

2.4.4 *Formele invulling medezeggenschap, borging van verbeteringen*

Naast de aandachtspunten op het gebied van medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking, vraagt de medezeggenschap van cliënten en cliëntvertegenwoordigers nog om een formele invulling. De stijgende lijn in verbeteringen vragen om borging en blijvende aandacht van de bestuurder.

2.5 **Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen**

De zorg die Martha Flora Gouda biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. De zorg die Martha Flora Gouda biedt, voldoet niet aan **3** normen. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 3 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren. De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder de resterende normen binnenkort zal naleven en sluit daarom met dit rapport het inspectiebezoek af. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder, blijvend controleert of ook de overige locaties alle normen naleven en dat hij indien nodig passende maatregelen treft.

2.6 **Cliëntgerichtheid**

Medewerkers zijn betrokken bij de zorg aan cliënten. De aankleding en sfeer in de algemene ruimtes zoals de huiskamers en andere openbare ruimtes waren prettig. Uit de ingeziene cliëntdossiers was duidelijk op te maken wat de wensen en behoeftes waren van de cliënt en welke afspraken hierover waren gemaakt.

3 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', 'niet van toepassing (n.v.t.)' en 'niet beoordeeld'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Martha Flora Gouda nooit voorkomt. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm en/of het beoordelingsaspect van toepassing is/zijn in Martha Flora Gouda wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. De inspectie beschouwt de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld, wanneer deze zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld' heeft. 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.

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.

3.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

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.

De zorgaanbieder borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

De zorgaanbieder 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.

		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 cliënttevredenheidsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.				x
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheids-onderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.	x			
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.	x			
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	Er is een klachtencommissie conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x
c)	Cliënten en hun vertegenwoordigers weten waar ze met een klacht terecht kunnen en vinden dat de zorgaanbieder serieus met hun klacht(en) omgaat.				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 cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.6	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.				x
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over een gesloten deur bij geplande zorgvraag en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.				x
b)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de medewerkers.				x
c)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger.				x

Toelichting

1.2 De procedure voor het melden van incidenten binnen Martha Flora was aangepast waardoor deze norm voldoet. De locatiemanager en adviseur zorg hebben een rol in de analyse van meldingen. Uit de ingeziene documenten kwam naar voren dat er in deze analyse aandacht was voor de mogelijke oorzaken van een incident en dat het management verbetermaatregelen besprak op cliënt- en locatieniveau. De locatiemanager besprak de analyse van incidenten met de medewerkers in functie van 'medewerker cliënt en coördinatie'. Aandachtspunt is dat andere medewerkers niet altijd iets terug hoorden naar aanleiding van een gedane melding.

1.4 Ten tijde van het tweede hertoetsbezoek was Martha Flora Gouda voornemens om de cliëntmedezeggenschap vorm te geven door de cliënten en familie twee maal per kalenderjaar uit te nodigen voor een Familie Participatie Avond. Cliënten en contactpersonen konden hiervoor agendapunten inbrengen. In het resultaatsverslag werd aangegeven dat de eerste familie bijeenkomst in september/oktober 2016 zou plaatsvinden. Dit is uitgesteld door de komst van een nieuwe locatiemanager. De eerste bijeenkomst stond gepland in november 2016.

3.2 Thema 2: cliëntdossier¹

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

De zorgaanbieder 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 zorg-/ondersteuningsplan. 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.

De zorgaanbieder heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het zorg-/ondersteuningsplan 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 zorg-/ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

¹ 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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorg-/ondersteuningsplan.*				x
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ondersteuningsplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is 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 ingestemd met de inhoud van het zorg-/ondersteuningsplan.				x
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.*	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			
2.4	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			

* 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.

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 betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorg-/ondersteuningsplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm of hoger.*				x
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.				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 zorg-/ondersteuningsplan.				x
2.7	Voor elke voorbehouden handeling is in het cliëntdossier een opdracht aanwezig.				x
a)	Het uitvoeringsverzoek is op naam van de uitvoerende medewerker uitgeschreven of er is een raamovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de opdrachtgever.				x
b)	In het uitvoeringsverzoek staat de dosering vermeld of wordt verwezen naar een afwijkend schema.				x
c)	De contactgegevens van de opdrachtgever staan op het uitvoeringsverzoek.				x

3.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

De zorgaanbieder 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 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 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.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				x
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.	x			
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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 planner weet welke deskundigheid ingezet moet worden voor de zorgverlening aan de cliënt.				x
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op een zodanige manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.				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

3.4 Thema 4: medicatieveiligheid

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. De zorgaanbieder heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. Die samenwerking moet gebeuren op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.	x			
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.	x			
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.				x
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger 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
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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
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-medicatie² niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ² heeft uitgezet.				x
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.	x			
a)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.	x			
b)	Bij cliënten bij wie het risico bestaat dat zij door hun ziekte hun geneesmiddelen op een verkeerde wijze kunnen gebruiken (dementie, suïcidaliteit) heeft de zorgaanbieder met de cliënten of de cliëntvertegenwoordigers afspraken gemaakt over de bewaarplek(ken) van de geneesmiddelen van deze cliënten.	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			
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			

² 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)	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-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.	x			
a)	Voor niet GDS ² -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
c)	De bijsluiter van de medicatie is in het cliëntdossier opgenomen.				x

Toelichting

4.3 In de medicatiemappen waren volledige toedienlijsten aanwezig. Het ontbrak nog aan medicatie overzichten (historie medicatielijsten) waarop onder andere het huidige medicatiegebruik, allergieën en contra-indicaties en historie vermeld moet staan. Gesprekspartners gaven aan dat de medicatie overzichten ter beschikking zijn via de huisarts en dat de apotheek deze niet standaard levert.

3.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

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.

		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 zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.		x		
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.	x			
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.	x			
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.		x		

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

Toelichting

5.2 In de ingeziene cliëntdossiers was bij de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel, zoals een bedhek, niet overal vastgelegd hoe en waarom er besloten is tot het inzetten van de maatregel. Daarnaast waren alternatieve maatregelen niet aantoonbaar overwogen en vastgelegd in de besluitvorming.

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.

- Jaarschema rapportages en analyses Incidenten Martha Flora
- Procedure Melden Incidenten Martha Flora, 01-08-2015 (aangepast d.d. 30-05-2016 en d.d. 12-07-2016)
- Meldingen incidenten 13-04-2016 tot en met 27-09-2016
- Rapportage Incidenten Martha Flora 2016 (tot en met 3 augustus) ten behoeve van het managementteam overleg van 31 augustus 2016
- Uittreksel MT-notulen van 31-08-2016, Agendapunt 2b IGZ Incidenten analyse MT
- Martha Flora, Beleid Verklaring omtrent gedrag (VOG), versie juni 2016
- Overzicht cliënten en indicaties
- Overzicht ziekteverzuim Martha Flora Gouda
- Overzicht aantal fte en deskundigheid medewerkers, oktober 2016-10-19
- Opleidingsbeleid Martha Flora en scholingsplan
- Samenwerkings- en leveringsovereenkomst Apotheek Heerkens en Martha Flora Gouda, 22 augustus 2016
- Handleiding Geneesmiddelendistributie, Apotheek Heerkens en Martha Flora, juni 2016
- Protocol Medicatieverstrekking Martha Flora Gouda, 2 augustus 2016
- Beleid 'Omgaan met vrijheid en privacy en de inzet van vrijheidsbeperkende toepassingen' Versie III: 15 juli 2015
- Ingezette middelen en maatregelen Martha Flora Gouda, 18 oktober 2016
- Inzet Middelen en Maatregelen: checklist, geen datum

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

Wetgeving:

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

Veldnormen:

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

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.