



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

Rapport  
van het hertoetsbezoek  
aan Convivio  
locatie Villa Anna  
te Tilburg  
op 24 februari 2017

Utrecht  
Vastgesteld april 2017

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 3</b>
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving zorgaanbieder 4
1.6	Beschrijving locatie Villa Anna 4
<b>2</b>	<b>Conclusie en beschouwing 6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Resultaten vorige bezoek onvoldoende 7
2.3	Resultaten hertoetsbezoek 7
2.4	Conclusie 7
2.5	Cliëntgerichtheid 8
<b>3</b>	<b>Handhaving 9</b>
3.1	Inleiding 9
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 9
3.3	Vervolgacties zorgaanbieder 10
3.4	Vervolgacties inspectie
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 12</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.1.1	Inleiding 12
4.1.2	Scores 13
4.2	Thema 2: cliëntdossier 16
4.2.1	Inleiding 16
4.2.2	Scores 17
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 23
4.4.1	Inleiding 23
4.4.2	Scores 23
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 28
4.5.1	Inleiding 28
4.5.2	Scores 28
4.6	Overige bevindingen 31
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 32</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 33</b>

## 1 Inleiding

Op 24 februari 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Convivio locatie Villa Anna (hierna: Villa Anna) in Tilburg. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 16 juni 2016. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 24 februari 2017 beoordeelde de inspectie de geboden zorg op die punten opnieuw.

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

### 1.1 Aanleiding en belang

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

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

#### **Inspectiebezoek op 16 juni 2016**

Bij het bezoek van 16 juni 2016 concludeerde de inspectie dat de zorg die door Convivio binnen Villa Anna geboden werd, vrijwel niet voldeed aan de normen en daardoor risicovol was. De zorgverlening binnen Villa Anna voldeed niet aan 28 van de 32 getoetste normen (zie 2.2).

#### **Bestuurgesprek op 19 juli 2016**

Op 16 juni 2016 bleek dat er veel normen niet voldeden. Dit vormde, in combinatie met de complexe zorgvraag van cliënten, een groot risico. Naar aanleiding van deze bevindingen en resultaten vond op 19 juli 2016 een gesprek plaats tussen de inspectie en het bestuur van Convivio.

Het doel was enerzijds om inzicht te verkrijgen in hoe de bestuurlijke verantwoordelijkheid was ingevuld binnen Convivio. Anderzijds was het doel de urgentie aan te geven van de bevindingen van de inspectie. De inspectie gaf aan dat de verbeteringen zouden worden getoetst in een hertoetsbezoek. Dit bezoek vond plaats op 24 februari 2017.

#### **Resultaatverslag van 20 oktober 2016**

Op 20 oktober 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag. In dit overzicht met verbeteracties beschreef Convivio de onderwerpen, de acties en de planning van de acties en wanneer het gereed was. In dit verslag was echter onvoldoende duidelijk wie de verantwoordelijke was die alle processen aanstuurde en op welke wijze. Ook was niet geheel helder hoe de directie had gemeten dat er volledig aan de norm werd voldaan.

## 1.2 Doelstelling

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

## 1.3 Methode

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

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

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Villa Anna geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- het resultaatsverslag d.d. 20 oktober 2016
- 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 handhavingnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

## 1.5 Beschrijving zorgaanbieder

In 2011 is Convivio opgericht door een eigenaar en een gevolmachtigde. Beide oprichters vormen tezamen de directie. Een van de directeuren, tevens de eigenaar, is een Big-geregistreerde geriatrisch verpleegkundige. De andere directeur, tevens de gevolmachtigde, heeft geen zorgachtergrond.

Convivio biedt sinds 2011 dagbesteding aan, in groepen van tien tot twaalf cliënten, in een pand in Tilburg. Daarnaast startte de directie in februari 2014 een kleinschalige woonvoorziening op de locatie Villa Anna. Per 1 maart 2017 zal de sleuteloverdracht plaatsvinden van een nieuwe, grotere locatie voor 24-uurs verblijf.

## 1.6 Beschrijving locatie Villa Anna

Villa Anna biedt 24-uurs dementiezorg aan negen cliënten. Cliënten huren van Convivio een kamer in Villa Anna en betalen daarnaast aan Convivio voor de zorg; het zogenoemde gescheiden woon en zorgconcept. De financiering verloopt middels een persoonsgebonden budget (PGB) uit de vergoeding die de bewoner krijgt met zijn of haar indicatie uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zowel op de eerste verdieping als op de tweede verdieping bevinden zich vier kamers en een gedeelde badkamer. Op de begane grond is een gemeenschappelijke huiskamer met een aansluitende serre.

De negen cliënten hebben een zorgprofiel (ZZP) waarvan zeven cliënten ZZP 5, een cliënt ZZP 7 en een cliënt ZZP 10. Enkele cliënten van Villa Anna gaan naar de dagbesteding van Convivio. De andere cliënten wordt dagbesteding in Villa Anna geboden.

Het personele bestand bestaat uit 18 medewerkers. Hiervan werken in totaal veertien medewerkers (9,82 fte) in loondienst. Villa Anna heeft de volgende vaste medewerkers: een verzorgende niveau 3, zeven verzorgende individuele gezondheidszorg, twee helpende niveau 2 en twee verpleegkundigen niveau 4, een interieurverzorgster en een medewerker keuken. Daarnaast is er een inzet van een leerling en drie stagiaires (2,4 fte). De beide eigenaren van Villa Anna zijn vaak aanwezig in de zorgvilla en lopen soms mee met de artsensite.

Per augustus 2016 is een kwaliteitsfunctionaris voor 32 uur werkzaam bij Convivio. Deze medewerker kreeg van de bestuurders de opdracht om onder andere medewerkers te ondersteunen in persoonlijke gesprekken en het actualiseren van de protocollen, formulieren en werkinstructies.

Alle bewoners hebben een eigen huisarts. Daarnaast is het mogelijk om een externe specialist ouderengeneeskunde, psycholoog of andere relevante disciplines te consulteren bij zorgproblematiek.

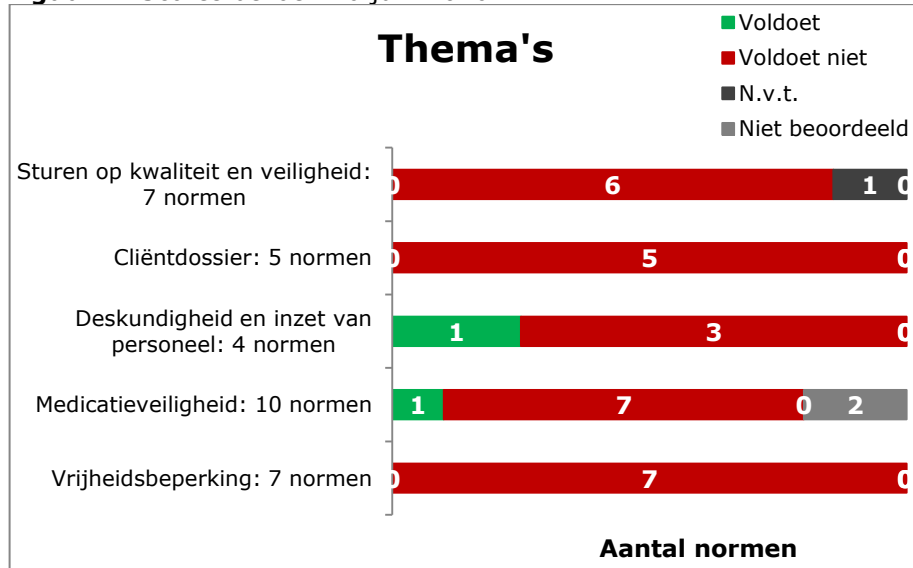
## 2 Conclusie en beschouwing

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

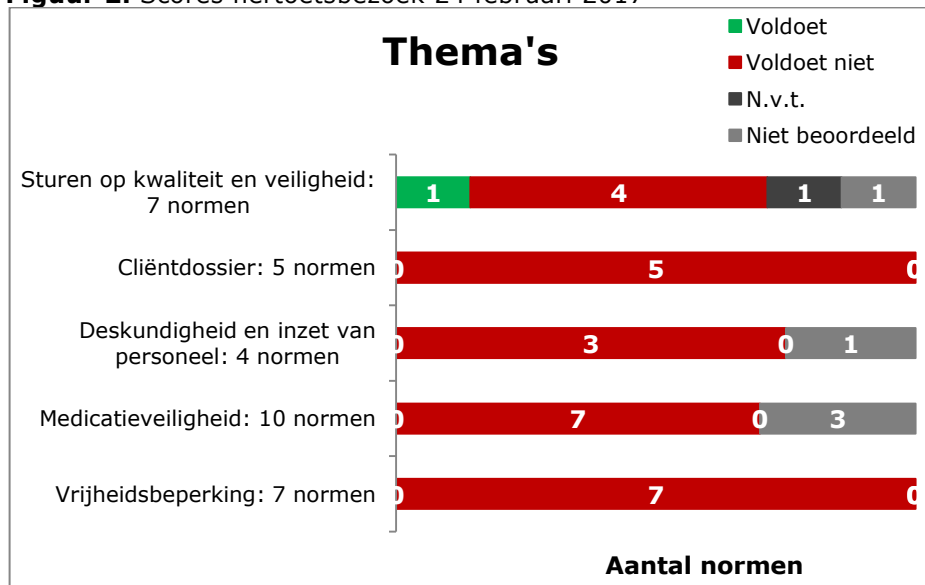
### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.

**Figuur 1.** Scores bezoek 16 juni 2016



**Figuur 2.** Scores hertoetsbezoek 24 februari 2017



## **2.2 Resultaten vorige bezoek onvoldoende**

Bij het bezoek van 16 juni 2016 concludeerde de inspectie dat de zorg die in Villa Anna geboden werd, vrijwel niet voldeed aan de normen en daardoor risicovol was. De zorg binnen Villa Anna voldeed niet aan 29 van de 31 getoetste normen.

De inspectie constateerde op 16 juni 2016 dat binnen Villa Anna rust en aandacht centraal stonden. Op professioneel vlak schoot de zorg echter op alle thema's ernstig te kort. Zo stuurde de directie niet op kwaliteit en veiligheid. Daarnaast was het cliëntdossier niet op orde en was er geen 24-uursdekking van voldoende professionele gediplomeerde medewerkers. Daarbij liet de medicatieveiligheid ernstig te wensen over en was er geen beleid, kennis en deskundigheid aanwezig rondom vrijheidsbeperking.

## **2.3 Resultaten hertoetsbezoek nog steeds onvoldoende**

Het hertoetsbezoek laat zien dat de organisatie gepoogd heeft om verbetermaatregelen in te zetten. Naar aanleiding van het inspectiebezoek op 16 juni 2016 heeft Convivio een kwaliteitsfunctionaris in dienst genomen om de verbeteringen door te voeren. Maar er was nog onvoldoende bereikt.

### *2.3.1 Verantwoorde uitvoering van zorg onvoldoende geborgd*

Hoewel de wil om te verbeteren aanwezig is, ontbreekt het bij de directie aan sturing en kennis om de noodzakelijke verbeteringen door te voeren. Daarnaast worden de gedane verbeteringen onvoldoende geïmplementeerd of geborgd.

Convivio is bezig een nieuw kwaliteitshandboek op te stellen, maar zorgt niet of onvoldoende dat medewerkers met actuele richtlijnen en protocollen werken. Een heldere visie op zorg, een daadkrachtige aansturing en toetsing van het verbeterproces dat momenteel gaande is, is noodzakelijk om de ingezette verbetermaatregelen in goede banen te leiden. De inspectie dringt aan om deze aansturing voortvarend en professioneel in te zetten.

### *2.3.2 Cliëntdossiers niet op orde*

Tijdens het inspectiebezoek bleek uit de cliëntdossiers dat onvoldoende was beschreven wat de wensen en behoeften waren van de cliënt en welke zorgverlening met welk doel gegeven moest worden. Ook door het ontbreken van een levensgeschiedenis, waren de zorgafspraken onvoldoende afgestemd op de individuele cliënt. Deze constatering kwam overeen met de bevindingen tijdens het eerste bezoek.

Het is van belang om gemaakte afspraken te evalueren en zo nodig bij te stellen. Ook dienen risico-inventarisaties plaats te vinden zodat zorgafspraken aansluiten op de geconstateerde risico's. Deze zorgafspraken aan de cliënten moeten navolgbaar zijn om zo goede zorg te leveren.

### *2.3.3 Huidige werkwijze rondom medicatie vraagt verbetering*

Tijdens de toetsing van de medicatieveiligheid constateerde de inspectie dat Villa Anna niet voldeed aan de handreiking 'Veilige principes in de medicatieketen'. De organisatie is er niet in geslaagd om naar aanleiding van het eerste inspectierapport afdoende verbetermaatregelen door te voeren. Dit vraagt om een slagvaardige aanpak om de medicatieveiligheid te verbeteren.

#### 2.3.4

##### *Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen moet zorgvuldiger*

Hoewel Villa Anna geen Bopz-aangemerkte instelling is en de cliënten er vrijwillig verbleven, was er een codeslot bij het ingangshek. Hierover merkte de inspectie in haar rapport naar aanleiding van het bezoek van juni 2016 al over op. Tijdens het hertoetsbezoek constateerde de inspectie dat Villa Anna nog steeds een afgesloten ingangshek heeft. Omdat de cliënten hiermee niet de mogelijkheid hadden om zelf de locatie te verlaten, is er sprake van vrijheidsbeneming van de cliënten. Daarnaast zette Villa Anna eveneens vrijheidsbeperkende maatregelen in, in de vorm van (beweging)sensoren, gedragsregulerende medicatie (psychofarmaca) en het afsluiten van de deur van een appartement.

Vrijheidsbeperkende maatregelen ingevolge de WGBO zijn onder bepaalde voorwaarden mogelijk, maar deze maatregelen mogen niet leiden tot vrijheidsbeneming. Toestemming voor dergelijke maatregelen dient de cliënt zelf te geven of, indien de cliënt wilsonbekwaam ter zake is verklaard, dient te gebeuren door diens (wettelijk) vertegenwoordiger. Dit is momenteel niet het geval binnen Villa Anna. Een zorgvuldige besluitvorming, uitvoering en toezicht op de uitvoering dient hierbij plaats te vinden. Verbeteringen en maatregelen om dit te implementeren en te borgen moeten zo spoedig mogelijk genomen worden.

#### 2.4

##### **Conclusie: geboden zorg voldoet vrijwel niet aan de normen en is daardoor zeer risicovol**

De zorg die Villa Anna biedt, voldoet niet aan 27 normen en leidt op die punten tot ernstige risico's voor cliënten. Om deze risico's te beperken verwacht de inspectie dat de zorgaanbieder verbeteringen realiseert op de punten waar de geboden zorg niet aan de normen voldoet. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en de vervolgacties aangegeven.

#### 2.5

##### **Cliëntgerichtheid staat centraal binnen locatie Villa Anna**

Villa Anna streeft na om de zorg te verlenen vanuit de beleving en interesse van de cliënt. Tijdens het inspectiebezoek trof de inspectie medewerkers aan die zeer betrokken waren bij het welzijn en welbevinden van de cliënten. Een respectvolle bejegening was een speerpunt van de organisatie.

De inrichting van het pand en de tuin was gericht op huiselijkheid. Het personeel kookte op de locatie en regelde activiteiten voor de bewoners.

Convivio vindt het contact met familie van de cliënten belangrijk. Elk moment van de dag kan familie op bezoek komen. Er is een familieraad ingesteld die bestaat uit vertegenwoordigers van de cliënten. Inmiddels vonden twee familieberaden plaats in aanwezigheid van de directie. De deelname van de directie zou een mogelijke belemmering kunnen zijn in een familieberaad, aldus vastgelegd in de notulen.



## 3 Handhaving

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

### 3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

#### *Sturen op kwaliteit en veiligheid*

- 1.1 De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.3 De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.

#### *Cliëntdossier*

- 2.1 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
- 2.2 De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.
- 2.4 Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.
- 2.5 Afsproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.

#### *Deskundigheid en inzet personeel*

- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.6 Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.
- 3.7 De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.

#### *Medicatieveiligheid*

- 4.1 De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.
- 4.2 De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

- 4.5 Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>1</sup> niet aan.
- 4.6 De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.
- 4.7 De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- 4.8 Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>1</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.

#### *Vrijheidsbeperking*

- 5.1 De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 5.2 Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken het (probleem)gedrag van de cliënt.
- 5.4 In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.5 Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.6 De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
- 5.7 Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- 5.8 Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.

#### *Overige bevindingen*

- 6.1 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.

### **3.3 Vervolgacties zorgaanbieder**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt om binnen vier maanden alsnog te voldoen aan de onder paragraaf 3.2 opgesomde normen.

### **3.4 Vervolgacties inspectie**

Uit het toezicht van de inspectie blijkt dat binnen Villa Anna hoge tot zeer hoge risico's voor de veiligheid en kwaliteit van zorg zijn. De continuïteit, de veiligheid en de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende geborgd.

Gezien de bevindingen van de inspectiebezoeken oordeelt de inspectie dat de zorgaanbieder onvoldoende in staat is om de noodzakelijke verbeteringen tijdig door te voeren. De inspectie heeft hierdoor onvoldoende vertrouwen dat de directie, zonder het nauwlettend volgen door de inspectie, de noodzakelijke verbeteringen doorvoert op locatie Villa Anna.

De inspectie heeft vervolgens een gesprek gevoerd op 11 april 2017 met de directeur en met diens gevolmachtigde. Het doel van dit gesprek was dat de inspectie het voornemen had om Villa Anna onder verscherpt toezicht te stellen. De directie had tijdens dit gesprek de gelegenheid om een reactie te geven op dit voornemen.

<sup>1</sup> GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

Hierop heeft de inspectie besloten om locatie Villa Anna van Convivio voor een periode van vier maanden onder verscherpt toezicht te plaatsen.

De inspectie verwacht in deze periode maandelijkse resultaatsverslagen van de onder 3.2 te nemen vervolgacties, uiterlijk op 14 mei 2017, 14 juni 2017, 14 juli 2017 en 14 augustus 2017.

In de resultaatsverslagen staat per norm:

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

In de periode van verscherpt toezicht kan de inspectie Villa Anna aangekondigd en/of onaangekondigd bezoeken. De inspectie zal de resultaatsverslagen gebruiken ter voorbereiding op deze bezoeken.

## 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 Villa Anna nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Villa Anna wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

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

### 4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

#### 4.1.1 *Inleiding*

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve 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.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.1</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>		x		
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.		x		
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
<b>1.2</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>2</sup> .		x		
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x

<sup>2</sup> Voor de klachtenprocedure zoals beschreven in de Wkkgz geldt een overgangsregeling tot 1 januari 2017. In de overgangsperiode blijft de klachtenregeling die de zorgaanbieder had op grond van de Wkcz van toepassing tot het tijdstip waarop hij beschikt over een klachtenregeling die voldoet aan de eisen van de Wkkgz.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>				<b>x</b>
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
<b>1.5</b>	<b>De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.		x		
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.		x		
<b>1.6</b>	<b>De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.</b>			<b>x</b>	
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	
<b>1.9</b>	<b>De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.</b>	<b>x</b>			
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>	x			

### **Toelichting**

- 1.1 De zorgaanbieder had geen cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd. De bestuurder was voornemens om een cliëntervaringsonderzoek uit te voeren in het tweede of derde kwartaal van 2017.
- 1.2 De bestuurder had een MIC-commissie samengesteld waar drie medewerkers samen met de kwaliteitsfunctionaris deel van uitmaakten. De MIC-commissie bevond zich in de opstartfase. Medewerkers gaven aan veilig te kunnen melden. Uit de ingeziene documenten bleek dat het melden van incidenten veelvuldig voor kwam. Het verslag van de MIC-commissie liet zien dat de MIC-commissie aandacht besteedde aan verbetervoorstellen op het gebied van medicatie. Uit de maatregelen ter verbeteringen ontbrak echter een systematische analyse naar de basisoorzaken van deze incidenten. Hetzelfde gold voor incidenten op het gebied van vallen en gevaarlijke situaties. Bij de meldingen stond in enkele gevallen een maatregel ter preventie genoemd zoals de inzet van een sensor bij een cliënt met meerdere valincidenten. Er bleek geen analyse naar basisoorzaken van de valincidenten.
- 1.3 De klachtenregeling van Convivio voldeed niet aan de huidige wetgeving. De zorgaanbieder had een klachtenregeling opgesteld en gepubliceerd op de website. Deze klachtenregeling verwees naar de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Per 1 januari 2016 is deze wet echter vervallen en vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Aandachtspunt is om zowel op de website als in de klachtenregeling de contactgegevens van de klachtencommissie en de onafhankelijke klachtenfunctionaris te vermelden.
- 1.5 De in- en exclusiecriteria waren niet vastgesteld. In een document over vrijheidsbeperkende maatregelen waren wel enkele in- en exclusiecriteria opgenomen maar deze criteria waren op meerdere manieren te interpreteren. De cliënten en/of vertegenwoordigers waren niet bekend met of en welke in- en exclusiecriteria van toepassing konden zijn, aldus de gesprekspartners.

## 4.2 Thema 2: cliëntdossier<sup>3</sup>

### 4.2.1 *Inleiding*

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

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

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.

<sup>3</sup> Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.



4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.1</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.<sup>4</sup></b>		<b>x</b>		
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is 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 zorgplan.		x		
<b>2.2</b>	<b>De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.<sup>3</sup></b>		<b>x</b>		
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.		x		
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		<b>x</b>		
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		

4 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		x		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.<sup>3</sup></b>		<b>x</b>		
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.		x		
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
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		

### Toelichting

2.1 De inspectie trof niet in alle ingeziene cliëntdossiers een levensgeschiedenis aan. In een getoetste cliëntdossier ontbrak een beschrijving van de cliënt, een levensgeschiedenis en vermelding van wensen en behoeften. Ook was informatie over beperkingen, mogelijkheden en ziektebeelden niet opgenomen. Daarnaast bleek uit de getoetste cliëntdossiers dat de cliëntvertegenwoordiger instemde met de inhoud van het zorgplan. Echter de cliënt was vrijwillig opgenomen en er was niet vastgelegd of iedere cliënt wilsonbekwaam ter zake was verklaard. In een cliëntdossier waren twee versies van een zorgleefplan aanwezig, een daarvan had de vermelding van datum en was ondertekend door een medewerker en de cliëntvertegenwoordiger. De tweede versie was niet ondertekend. Het was onduidelijk welke versie actueel was en met welke versie de cliëntvertegenwoordiger had ingestemd.

- 2.2 Doordat informatie over de levensgeschiedenis, wensen en behoeften ontbrak, waren de zorg- en ondersteuningsdoelen beperkt passend bij de cliënt. In de cliëntdossiers was nagenoeg geen diagnostiek aanwezig van relevante disciplines. Bij één cliënt met een gedragsstoornis was een omgangsplan door een psycholoog opgesteld. Medewerkers gaven aan dat er sprake was van psychiatrische problematiek bij een andere cliënt. Informatie hierover ontbrak in het betreffende cliëntdossier.
- 2.4 In de cliëntdossiers waren risico-inventarisaties aanwezig op diverse thema's. Een koppeling naar zorgafspraken vond niet altijd plaats. Op basis van de eerste risico-inventarisatie bepaalden medewerkers niet altijd of er sprake was van een hoog risico. De verkorte checklijst 'Veilige zorg' werd soms gebruikt. De inspectie trof hierbij ook niet ingevulde formulieren aan. Medewerkers vertaalden een hoog risico onvoldoende naar een zorg- en ondersteuningsdoel, zoals mondhygiëne of incontinentie. Als voorbeeld bleek uit de rapportage dat er bij een cliënt sprake was van incontinentie maar was in het zorgplan te lezen dat de cliënt niet incontinent was.
- 2.5 De samenhang tussen zorg- en ondersteuningsbehoeften, doelen en acties, was beperkt. Uit de beschreven acties was onduidelijk hoe medewerkers met een specifieke cliënt moesten omgaan. Er stond vermeld: 'empatisch en oprecht reageren, bij ontremd gedrag grenzen stellen'. Hoe medewerkers het ontremd gedrag konden voorkomen, was niet vastgelegd in het cliëntdossier. Het inspelen op behoeftes was niet gespecificeerd op individueel cliëntniveau. In vergelijking met de bevindingen tijdens het inspectiebezoek in juni 2016, rapporteerden medewerkers vaker en uitgebreider. De rapportages waren niet altijd gekoppeld aan de zorg- en ondersteuningsdoelen. De rapportages gaven een uitgebreider beeld van de cliënt dan de zorg- en ondersteuningsdoelen. In het cliëntdossier was niet inzichtelijk hoe de evaluaties van de zorg en ondersteuning plaatsvonden. Er waren geen verslagen over de evaluaties aanwezig in het cliëntdossier.
- 2.6 Gesprekspartners gaven aan dat medewerkers maandelijks het zorgplan evalueerden en zo nodig bijstelden. In een cliëntdossier trof de inspectie twee versies aan met verschillende evaluatiedata. Een versie was ondertekend door de cliëntvertegenwoordiger. Het was bij gesprekspartners niet duidelijk welke versie het meest actueel was (zie ook bij 2.1 en 2.5).

### 4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

#### 4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

#### 4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>		<b>x</b>		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		x		
b)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				x

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

### **Toelichting**

- 3.4 Het gebruik van een kwaliteitshandboek was in ontwikkeling. Ten tijde van het inspectiebezoek was de kwaliteitsfunctionaris hiermee belegd. Momenteel waren de protocollen deels digitaal en deels handmatig in te zien. Er was een handmap met werkinstructies ter inzage aanwezig in een afgesloten kast. Op termijn zouden de medewerkers van Villa Anna gebruik kunnen gaan maken van Vilans protocollen via een inlogcode, aldus de directie. Medewerkers waren niet bekend met een werkinstructie voor het gebruik van een bedsensor en wisten niet waar die werkinstructie te vinden was.
- 3.6 De directie had een scholingsplan 2016-2017 opgesteld waarin een e-learning was opgenomen die medewerkers moesten volgen. De onderwerpen van de e-learning waren onder andere mondzorg, diabetes, verantwoord verplaatsen en zorgleefplan. Deze e-learning was (nog) niet toegankelijk voor alle medewerkers. In het scholingsplan voor 2017 waren meerdere congressen opgenomen over het onderwerp dementie. Daarnaast werd een inschrijflijst voor een traject dementiezorg overhandigd. Tijdens het bezoek bleek dat in relatie tot de complexe zorgvraag van cliënten meer kennis over gedrag en dementie noodzakelijk was. Uit de gesprekken kwam naar voren dat ook de kennis over verantwoord medicatiegebruik binnen Villa Anna onvoldoende aanwezig was. Al deze onderwerpen vragen om aandacht door middel van een scholing. In het scholingsoverzicht (mei - december 2016) was niet duidelijk wie van de medewerkers deze scholingen hadden gevolgd.
- 3.7 Er was een start gemaakt met het opzetten van een scholingsplan om de deskundigheid te bevorderen, de uitvoering ervan was niet inzichtelijk. Uit de notulen van het familieberaad bleek dat er niet altijd toezicht was voor de bewoners die in de avonduren in de huiskamer verbleven. De directie vroeg dan aan familie die toevallig aanwezig was, om toezicht te houden. De zorgaanbieder borgde onvoldoende de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.

## 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
<b>4.1</b>	<b>De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.</b>		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			
<b>4.2</b>	<b>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.</b>		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			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.2</b>	(vervolg)				
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		
<b>4.3</b>	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>		<b>x</b>		
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			
<b>4.4</b>	<b>Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.</b>				<b>x</b>
a)	Het uitvoeringsverzoek is op naam van de uitvoerende medewerker uitgeschreven of er is een raamovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de opdrachtgever. In het uitvoeringsverzoek moet bij injecteren de dosering vermeld staan of moet verwezen worden naar een afwijkend schema. De contactgegevens van de opdrachtgever staan op het uitvoeringsverzoek.				x
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>1</sup> niet aan.</b>		<b>x</b>		
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem <sup>5</sup> heeft uitgezet.		x		
<b>4.6</b>	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.		x		



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.6</b>	(vervolg)				
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	
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		x		
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.	x			
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.		x		
<b>4.8</b>	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS<sup>1</sup>-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.</b>		x		
a)	Voor niet GDS <sup>1</sup> -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.		x		
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.	x			
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.		x		
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>				x
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>				<b>x</b>
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

- 4.1 De procedure Geneesmiddelendistributie voldeed niet aan de 'Veilige principes in de medicatieketen'. Zo ontbrak het aan een beschrijving van werkwijze en afspraken bij directe stopzetting in de medicatie. Het proces voor retourmedicatie was niet vastgelegd in overeenstemming met de apotheker. Convivio werkte samen met een apotheek. Met deze apotheek was geen samenwerkingsovereenkomst met afspraken afgesloten. Een werkinstructie over het veilig toedienen van medicatie was nog in concept.
- 4.2 In de cliëntdossiers was vastgelegd dat medewerkers de medicatietoediening in het geheel overnamen van de cliënt. Medewerkers gaven aan dat dit de standaard werkwijze was bij elke cliënt. In het cliëntdossier stond de vermelding van code 5, gesprekspartners wisten niet hoe die code tot stand kwam. Het was onduidelijk hoe en waarom bepaald was dat het beheer van medicatie werd overgenomen. De evaluatie van de gemaakte afspraken over het geheel of deels beheren van medicatie was niet vastgelegd in het cliëntdossier.
- 4.3 Per cliënt waren nu medicatieoverzichten aanwezig. De overzichten waren niet actueel omdat medewerkers werkten met zelfgemaakte toedienlijsten voor tijdelijke medicatie. Deze tijdelijke medicatie, zoals paracetamol, hoestdrank, ventolin-inhalatie, en een middel tegen blaasontsteking, schreven medewerkers zelf voor in overleg met de directie en niet in overleg met de huisarts, aldus de gesprekspartners.
- 4.5 Wanneer medicatie in de Baxterrol gestopt moest worden, haalden medewerkers de gestopte medicatie zelf uit de baxterzakjes.
- 4.6 Afspraken over retourmedicatie waren niet vastgelegd. In de praktijk deden medewerkers de retourmedicatie in een niet afgesloten plastic bak. In de naaldencontainer deponeerden medewerkers ook overtollige medicatie. Ook trof de inspectie gebruikte, onhygiënische fentanyl pleisters in een los zakje aan. De reden waarom dit bewaard werd, was voor de medewerkers niet helder.
- 4.7 Een periodieke controle van de medicatievoorraad was niet aantoonbaar. Twee medewerkers met aandacht voor medicatie zouden hier

verantwoordelijk voor zijn. De inspectie trof in de afgesloten opiatenbox ruim acht doosjes opiaten aan van cliënten die in 2016 waren overleden. De directie besloot zelf om een voorraad morfine en dormicum ampullen als voorraad aan te leggen. Dit is niet conform de geldende wetgeving. Half februari 2017 was dit geconstateerd door de kwaliteitsfunctionaris en een van de aandachtsvelders. Hierop was geen daadwerkelijke actie ondernomen. Een geopende medicinale flacon met antibiotica suspensie was niet voorzien van een datum van openen of een houdbaarheidsdatum.

- 4.8 Voor niet GDS<sup>1</sup>-medicatie had de zorgaanbieder nog geen afspraken met de apotheek gemaakt over het toepassen van de tweede controle. De inspectie trof in een medicijncupje een half los tabletje medicatie aan met daarop een vermelding van de naam van het medicijn. Het tablet was niet meer identificeerbaar want het zat niet meer in een strip. Bij toediening was dan ook niet duidelijk welke medicatie het betrof.

## 4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

### 4.5.1 Inleiding

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

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

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

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

### 4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.1</b>	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>		x		
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.		x		
<b>5.2</b>	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>		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		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.2</b>	(vervolg)				
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		
<b>5.4</b>	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>		x		
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.		x		
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.		x		
<b>5.5</b>	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>		x		
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.		x		
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>		x		
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.		x		
<b>5.7</b>	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>		x		
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.		x		
<b>5.8</b>	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>		x		
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.8</b>	(vervolg)				
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	

### Toelichting

Algemeen: Binnen Villa Anna werden de volgende vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast: gesloten buitenhek met code, sensor, traphekje en afsluiting van de eigen kamer.

- 5.1 In het protocol 'Vrijheid beperkende maatregelen' beschreef Convivio haar beleid over vrijheidsbeperking. In dit beleid stond beschreven dat soms kalmerende medicatie als een vrijheidsbeperkende maatregel wordt aangeduid. Ook als een wilsbekwame cliënt vraagt om het bedhek omhoog te zetten of een tafelblad voor de rolstoel wil, is dit geen vrijheidsbeperkende maatregel, aldus de visie van Convivio.
- 5.2 Bij de inzet van psychofarmaca, bedsensor, traphekje en het afsluiten van de poort van de tuin, had geen probleemanalyse plaatsgevonden van het gedrag van de cliënt. In het cliëntdossier was niet aantoonbaar dat er bij de analyse andere disciplines waren betrokken, los van een handtekening van de huisarts. Door het ontbreken van een probleemanalyse was de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregel niet beoordeeld in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.
- 5.4 In hoeverre de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregelen in dialoog met de cliënt- en/of vertegenwoordiger had plaatsgevonden was niet vastgelegd.
- 5.5 Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel en de verantwoordelijke voor dit besluit waren niet altijd terug te vinden in het cliëntdossier. Bij een cliënt vroeg de familie om de kamerdeur van de betreffende cliënt voor de nacht af te sluiten. De verantwoordelijkheid voor dit besluit was niet genomen door de arts of een gedragsdeskundige.
- 5.6 De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger stond niet in het cliëntdossier. Er was een besluit voor de inzet van een vrijheidsbeperking genomen op 3 januari 2017 zonder ondertekening of aantoonbare instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger.
- 5.7 De inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zoals het afsluiten van een kamerdeur, was niet vastgelegd in het cliëntdossier.
- 5.8 Niet voor alle vrijheidsbeperkende maatregelen die werden ingezet was een werkinstructie aanwezig en/of waren medewerkers hiermee bekend.

#### 4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>6.1</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>		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		

#### Toelichting

De kranen van de badkamers hadden geen temperatuurbegrenzer waarbij geen risicoanalyse plaatsvond per cliënt of dit veilig en verantwoord was.

## 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.

- Resultaatsverslag en documenten, 20 oktober 2016
- Overzicht Bewoners Villa Anna ZZP-indicatie
- Protocol meldingen Incidenten Commissie, ongedateerd
- MIC-meldingen en acties 08/09/10 – 2016, 20 oktober 2016
- MIC-meldingen en acties 2016, 31 december 2016
- Verslag MIC-commissie, 3 februari 2017
- Overzicht zorgmedewerkers en behandelaars, 1 maart 2017
- Notulen Familieraad Convivio, 22 september 2016 en 30 november 2016
- Protocol Zorg- en leefplan, ongedateerd
- Operationeel persoonlijk zorg- en leefplan, ongedateerd
- Scholingsplan 2016-2017, ongedateerd
- Scholing zorgmedewerkers Villa Anna 2016
- Werkrooster december 2016, januari 2017 en februari 2017
- Verzuimcijfers 2013, 2014, 2015, 2016
- Verloop Villa Anna 2016
- Lijst individuele gesprekken, BIXXS
- Agenda teamoverleg Villa Anna, 28 november 2016
- Omgangsplan en casuïstiekbespreking, 28 november 2016
- Protocol geneesmiddelendistributie binnen Convivio, ongedateerd
- Protocol Veilig toedienen van medicatie binnen Convivio, ongedateerd
- (concept)Werkinstructie veilig medicatie toedienen binnen Convivio, ongedateerd
- Email over opiaten voorraad, 17 februari 2017
- Verslag kwaliteit overleg, 21 september 2016
- Mededelingen en besluitenlijst behorend bij teamoverleg Villa Anna, 28 november 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)<sup>5</sup>.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

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

### 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.

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