



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

Rapport  
van het hertoetsbezoek  
aan Zorgboerderij Ons Voorland,  
in Linde  
op 27 maart 2017

Utrecht,  
mei 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 locatie 4
<b>2</b>	<b>Conclusie en onderbouwing 6</b>
2.1	Samenvatting van de scores per thema 6
2.2	Resultaten vorige bezoek op 11 mei 2016 onvoldoende 7
2.3	Resultaten hertoetsbezoek laten onvoldoende vooruitgang zien 7
2.3.1	Zorgverlening vraagt om meer professionele aanpak. 7
2.3.2	Medicatieveiligheid 8
2.4	Cliëntgerichtheid 8
2.5	Conclusie 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 aanbieder 10
3.4	Vervolgacties inspectie 10
<b>4</b>	<b>Bevindingen inspectiebezoek 11</b>
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 11
4.1.1	Inleiding 11
4.1.2	Scores 12
4.2	Thema 2: cliëntdossier 15
4.2.1	Inleiding 15
4.2.2	Scores 16
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 19
4.3.1	Inleiding 19
4.3.2	Scores 19
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 23
4.4.1	Inleiding 23
4.4.2	Scores 23
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 27
4.5.1	Inleiding 27
4.5.2	Scores 27
<b>Bijlage 1</b>	<b>Geraadpleegde documenten 30</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 31</b>

## 1 Inleiding

Op 27 maart 2017 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Zorgboerderij Ons Voorland in Linde (hierna: Ons Voorland). Dit hertoetsbezoek was een vervolg op een vorig bezoek aan dezelfde locatie op 11 mei 2016. Tijdens dit vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie dat de geboden zorg op een aantal punten onvoldoende aan de normen voldeed. Op 27 maart 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.

#### *Inspectiebezoeken betreffende toetsing randvoorwaarden*

Op 20 augustus 2014 bracht de inspectie een Quick Scan bezoek aan Squad For You, locatie Zorgboerderij Ons Voorland. De organisatie was op dat moment net overgedragen aan de huidige bestuurder. Bij dit bezoek toetste de inspectie of de zorgaanbieder voldeed aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Op 26 maart 2015 bezocht de inspectie Squad For You opnieuw, om te toetsen of de te nemen herstelmaatregelen waren doorgevoerd. Op veel randvoorwaarden werd nog steeds onvoldoende gescoord. Naar aanleiding van dit bezoek zijn aanvullende (randvoorwaardelijke) documenten opgevraagd en was een positief follow-up rapport verzonden.

#### *Inspectiebezoek 11 mei 2016*

Omdat enkele onderwerpen nog niet volledig geïmplementeerd waren bij de hierboven genoemde bezoeken, is op 11 mei 2016 opnieuw een bezoek gebracht. Dit bezoek bracht de inspectie om te toetsen of de zorgaanbieder voldeed aan de normen voor veilige en goede zorg. Bij het bezoek op 11 mei 2016 bleek de geboden zorg onvoldoende aan 17 normen van de 23 getoetste normen te voldoen.

Voor 1 februari 2017 wilde de inspectie een resultaatsverslag ontvangen waarin de zorgaanbieder over deze punten het volgende zou aangeven:

- 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).

De inspectie heeft genoemd resultaatsverslag echter niet ontvangen.

## **1.2 Doelstelling**

De doelstelling van het hertoetsbezoek van 27 maart 2017 aan Zorgboerderij Ons Voorland was te beoordelen in hoeverre de zorg die Zorgboerderij Ons Voorland 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 Zorgboerderij Ons Voorland 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;
- gesprek met een cliënt;
- gesprek met een uitvoerende medewerker;
- gesprekken met de beide bestuurders;
- het inzien van twee 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 handavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

## **1.5 Beschrijving locatie**

Zorgboerderij Ons Voorland is een kleinschalige zorgaanbieder en levert 24-uurs zorg- en begeleiding en verblijf aan cliënten met een verstandelijke beperking, een psychische aandoening of een diagnose binnen het autistisch spectrum. Ons Voorland levert zorg vanuit de Christelijke geloofsovertuiging, maar cliënten zijn niet verplicht om volgens deze normen te leven.

De zorgboerderij heeft plaats voor zes cliënten intern en één cliënt wonend in een appartement op het erf van een buurman. Alle bewoners hebben een eigen slaapkamer met eigen douchegelegenheid en toilet. De woonkamer met keuken en de tuin zijn gemeenschappelijk. De zorgprofielen van de huidige cliënten van Ons Voorland variëren. Er zijn twee cliënten met een zorgprofiel VG03 en drie cliënten met een zorgprofiel VG06, vallend onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De twee overige cliënten hebben een tijdelijke indicatie voor beschermd wonen, vallend onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De zorg wordt gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget (PGB). Alle cliënten hebben een zorgarrangement afgesloten met de zorgaanbieder. Ons Voorland maakt gebruik van zorgondernemers die dagbesteding aanbieden. Eén cliënt woont niet op Ons Voorland, maar vlakbij.

Alle cliënten hebben een zorgarrangement afgesloten met Ons Voorland. De bestuurder/eigenaar (verder bestuurder) woont met zijn vrouw/gezin ook in de boerderij en werkt evenals zijn echtgenoot mee in de zorg en begeleiding op de boerderij en is 24 uur per dag beschikbaar. De bestuurder heeft geen zorginhoudelijke opleiding gevolgd, maar ervaring opgedaan in verschillende zorgsectoren en certificaten behaald bij de Hoenderloo-Groep. Zijn echtgenote (verder medewerker) werkt mee in de begeleiding van cliënten, maar houdt zich voornamelijk bezig met de organisatorische werkzaamheden van de boerderij. Ook deze medewerker heeft geen zorgachtergrond. In de toekomst wil zij een opleiding volgen om dagbesteding te kunnen geven. De vaste direct zorggebonden medewerkers zijn in dienst van Ons Voorland. Een medewerker heeft een opleiding tot Maatschappelijk werk en dienstverlening (MWD) gevolgd (0,62 fte), de andere medewerker heeft een opleiding tot ziekenverzorgende/ bejaardenverzorgende gevolgd (0,9 fte). Daarnaast is er een stagiaire (opleiding gespecialiseerd pedagogisch medewerker niveau 4. ), die zijn stage loopt bij Ons Voorland.

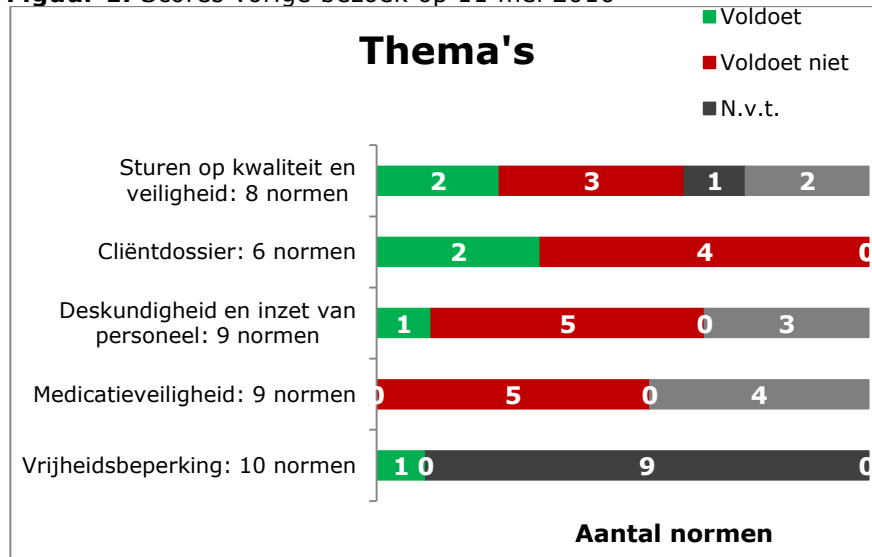
## 2 Conclusie en onderbouwing

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.

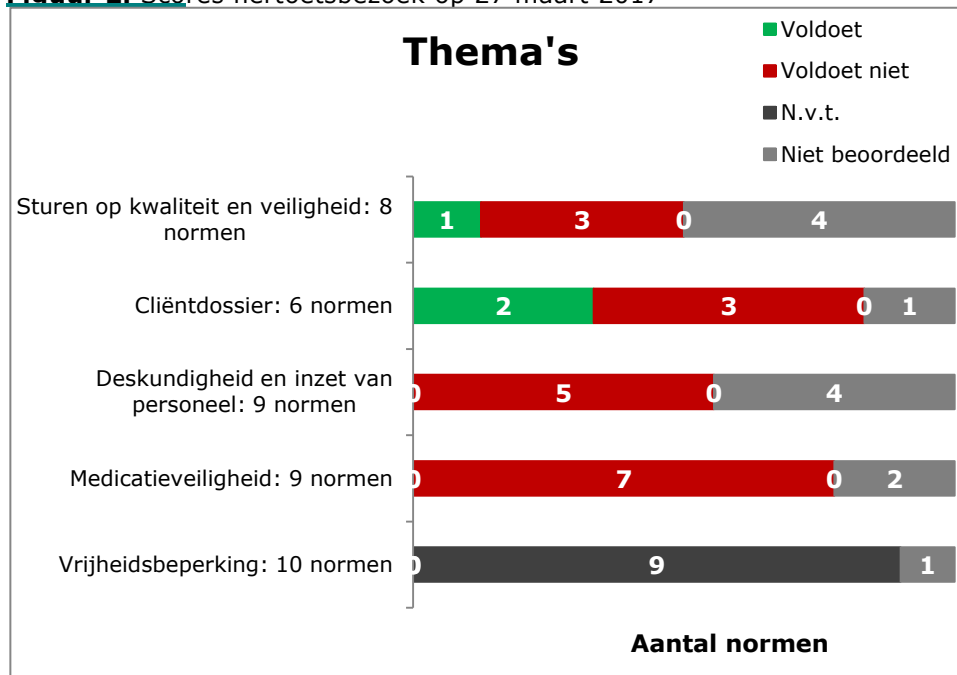
### 2.1 Samenvatting van de scores per thema

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

**Figuur 1.** Scores vorige bezoek op 11 mei 2016



**Figuur 2.** Scores hertoetsbezoek op 27 maart 2017



## 2.2 Resultaten vorige bezoek op 11 mei 2016 onvoldoende

De inspectie concludeerde dat de zorg die Zorgboerderij Ons Voorland bood, onvoldoende voldeed aan de getoetste normen. Het kwaliteitssysteem was onvoldoende ontwikkeld en geïmplementeerd. Daarnaast ontvingen medewerkers geen scholing en zette de zorgaanbieder onvoldoende gekwalificeerd personeel in. Dit gaf risico's op alle thema's van zorg, ook op het gebied van medicatieveiligheid. Medicatie werd uitgedeeld door medewerkers die hiervoor niet bevoegd en/of bekwaam waren. Verhoogde risico's op het gebied van medicatieveiligheid ontstonden eveneens doordat er onvoldoende aandacht voor was en het medicatiebeleid niet aan de handreiking gehandicaptenzorg voldeed.

## 2.3 Resultaten hertoetsbezoek laten onvoldoende vooruitgang zien

### 2.3.1 Zorgverlening vraagt om meer professionele aanpak.

Ons Voorland heeft goede intenties en de bestuurder en medewerkers dragen de cliënten een warm hart toe. Maar de doelgroep -waaronder cliënten met een zorgprofiel VG06- vraagt om een professionele, deskundige aanpak. Er is een tekort aan scholing of andere deskundigheidsbevordering. Het niet verder ontwikkelen van de organisatie kan leiden tot risico's voor cliënten. Het lukte niet om te investeren in scholing of andere deskundigheidsbevordering. De bestuurder vindt niet dat het ontbreekt aan deskundigheid. De ervaring, de praktijk en de gesprekken met de specialisten zijn een goede leerschool. Er is niet voldoende vooruitgang geboekt sinds het vorige inspectiebezoek. Beleid en werkprocessen zijn onvoldoende verder ontwikkeld en geborgd. Uit de behandeling van MIC-meldingen bleek er nog steeds een beperkt inzicht in de achterliggende problematiek van de complexe zorgvragen te zijn. De zorgaanbieder zette beperkt in op het ontwikkelen en werken met relevante richtlijnen en protocollen. Er was nog geen beleid ontwikkeld op het terrein van intimiteit, vriendschap en seksualiteit. Hoewel de zorg-/ondersteuningsplannen van de cliënten actueel waren, waren ze niet volledig en de genoemde acties niet altijd duidelijk. Een continu proces van plannen, doen, evalueren en aanpassen (PDCA) was onvolledig dan wel onvoldoende traceerbaar aanwezig in het 'cliëntdossier'. De cliëntgerichte zorg is daardoor onvoldoende geborgd.

### 2.3.2 *Medicatieveiligheid*

Bij medicatieveiligheid gaat het om zorgvuldigheid, nauwkeurigheid en het gedisciplineerd volgen van richtlijnen en afspraken. Bij Zorgboerderij Ons Voorland was dat niet het geval. Er was zichtbaar aandacht besteedt aan het ontwikkelen van het beleid met betrekking tot medicatieveiligheid. Toch was de geboden zorg binnen dit thema nog steeds niet op orde. Zo voldeed het protocol medicijnbeheer en medicijnverstrekking nog niet aan de landelijke richtlijn en was er nog geen actueel medicatieoverzicht van de apotheek aanwezig.

## 2.4 **Cliëntgerichtheid**

Ons Voorland geeft aan: "Wij begeleiden met liefde en toewijding mensen met een verstandelijke beperking.". Binnen Zorgboerderij Ons Voorland is de sfeer tussen medewerkers en bewoners gemoedelijk en plezierig. Cliënten worden met respect bejegend. Eén van de cliënten gaf aan "echt zichzelf te kunnen zijn" binnen Zorgboerderij Ons Voorland.

De intenties, goede bedoelingen en hartelijkheid zijn merkbaar gemeend. De gezamenlijke huiskamer met keuken is huiselijk ingericht en er is veel ruimte rondom de boerderij.

## 2.5 **Conclusie**

Tijdens het tweede hertoetsbezoek op 27 maart 2017 constateerde de inspectie dat de zorg die Ons Voorland biedt, nog steeds niet voldeed aan 18 van de 21 getoetste normen. Dit gold voor alle vijf thema's en kon leiden tot ernstige risico's voor cliënten.

Het tweede hertoetsbezoek aan Ons Voorland maakte de inspectie duidelijk dat verbeteringen in Ons Voorland te langzaam, niet of nog onvoldoende werden uitgevoerd. De risico's waren al vanaf augustus 2014 geconstateerd en ondanks inzet –ook van externe ondersteuning – waren deze onvoldoende opgepakt en leidden niet zichtbaar tot voldoende verbeteringen. Uit inzage van interne documenten bleek dat niet alle documenten, werkwijzen en protocollen welke noodzakelijk zijn voor goede zorgverlening bij Ons Voorland aanwezig waren.

Op basis van de inspectiebezoeken bij Zorgboerderij Ons Voorland concludeert de inspectie dat er structurele tekortkomingen zijn en dat er te weinig gestuurd wordt op verbetering hiervan. De randvoorwaarden voor het leveren van veilige en goede zorg zijn nog onvoldoende aanwezig.

De inspectie stelt daarom Zorgboerderij Ons Voorland voor een periode van **vier maanden** onder verscherpt toezicht. Ingaande op **30 mei 2017** en eindigend op **30 september 2017**.



## 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*

- 1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.
- 1.5 De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.
- 1.7 De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.

#### *Cliëntdossier*

- 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 Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.

#### *Deskundigheid en inzet van personeel*

- 3.3 Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.
- 3.4 Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- 3.5 Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon-)omgeving verblijven.
- 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 zorgplan.
- 4.3 Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie, beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.
- 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.
- 4.9 De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

4.11 De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.

### **3.3 Vervolgacties aanbieder**

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder de noodzakelijke verbetermaatregelen neemt. De inspectie verwacht een plan van aanpak en een tussentijds resultaatsverslag. De inspectie verwacht dit plan van aanpak uiterlijk **1 juli 2017** te ontvangen en het tussentijds resultaatsverslag uiterlijk op **1 augustus 2017**.

In dit resultaatsverslag 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).

### **3.4 Vervolgacties inspectie**

Uit het toezicht van de inspectie blijkt dat bij Ons Voorland hoge risico's voor de veiligheid en kwaliteit van zorg zijn. De veiligheid en de kwaliteit van zorg zijn onvoldoende geborgd.

Gezien de ernst van de bevindingen heeft de inspectie op 23 mei 2017 een gesprek gehad met de bestuurder.

In de periode van verscherpt toezicht kan de inspectie Ons Voorland aangekondigd en/of onaangekondigd bezoeken. De inspectie zal het plan van aanpak en het resultaatsverslag 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 Zorgboerderij Ons Voorland nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Zorgboerderij Ons Voorland 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 vooral 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>				<b>x</b>
a)	Eens in de drie jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal drie 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>		<b>x</b>		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.		x		

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.3</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving <sup>1</sup> .				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x
<b>1.4</b>	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>				<b>x</b>
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				x
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				x
c)	De zorgaanbieder heeft de cliëntenmedezeggenschap niet alleen op centraal niveau maar ook op het niveau van de locatie/groep georganiseerd.				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>1.7</b>	<b>De zorgaanbieder heeft geborgd beleid op het terrein van intimiteit, vriendschap, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.		x		
b)	Medewerkers kennen het beleid en besteden aantoonbaar aandacht aan de onderwerpen intimiteit, vriendschap en seksualiteit onder cliënten.				x

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

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding in voldoende mate aanwezig is.</b>				<b>x</b>
a)	Alle cliënten hebben dagbesteding met als uitgangspunt negen dagdelen per week.				x
b)	Cliënten hebben een dagbesteding die past bij hun wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				x
<b>1.9</b>	<b>De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.</b>	<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.	x			

### Toelichting

- 1.2 Individuele meldingen werden één keer in de drie maanden besproken in het teamoverleg. Dit was te zien in de agenda van het teamoverleg. Hierop stond aangegeven: 'Doornemen ingevulde MIC-formulieren'. De MIC-meldingen werden onderling besproken in het teamoverleg, het ontbrak echter aan een systematische analyse van de meldingen om tot onderlinge verbanden en basisoorzaken te komen. Op de ingevulde meldingsformulieren was niet opgenomen welke verbeteringen waren ingezet naar aanleiding van MIC-meldingen.
- 1.5 De zorgaanbieder had wel in- en exclusiecriteria opgesteld. Deze voldeden echter niet. Tijdens het bezoek gaven een medewerker en de bestuurder aan, dat cliënten met een (wat complexere) somatische zorgvraag niet verzorgd konden worden bij Zorgboerderij Ons Voorland. Dit stond niet vermeld in de in- en exclusiecriteria.
- 1.7 Bij het hertoetsbezoek gaf de bestuurder aan dat hij bezig was een beleidsstuk over seksueel overschrijdend gedrag te schrijven. Hij ontving hiervoor hulp van een externe adviseur. Daar er nog geen beleid is voldoet de norm (nog) niet.

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

### 4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

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

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

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel 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.

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 ondersteuningsplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

<sup>2</sup> Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele 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>3,4</sup></b>	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ondersteuningsplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het ondersteuningsplan.	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>		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
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning.</b>				<b>x</b>
a)	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				x
b)	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van het ondersteuningsplan.				x
c)	Vakinhoudelijke specialisten hebben hun adviezen en/of opdrachten aan medewerkers toepasbaar gemaakt voor de dagelijkse omgang met de cliënten.				x

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

4 De Wkkgz hanteert voor het ondersteuningsplan de term zorgplan. Deze term heeft de inspectie in dit rapport op normniveau doorgevoerd. De beoordelingsaspecten vermelden de term ondersteuningplan, die in de gehandicaptenzorg gebruikelijk is.



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.</b>		x		
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Probleem- of onbegrepen gedrag - Agressie - Seksualiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag - Problemen medicatiegebruik - Verslaving - Vallen - Syndroom en aandoeningsspecifieke risico's - Mondzorg		x		
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.				x
<b>2.5</b>	<b>De in het zorgplan beschreven zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen, acties, rapportage en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>		x		
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.		x		
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.		x		
c)	De evaluaties van de ondersteuningsplannen gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.		x		
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger<sup>3</sup>.</b>	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het 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 ondersteuningsplan.	x			

## **Toelichting**

- 2.2 De getoetste zorg- ondersteuningsplannen van de cliënten, waren het afgelopen half jaar opgesteld. Er was geen cliëntdossier met een zorg/ondersteuningsplan en de gehele rapportage van een cliënt. De rapportage van alle cliënten stond digitaal op een blad onder elkaar per dienst.

In het zorg-/ondersteuningsplan werd aantoonbaar aandacht besteed aan de persoonlijkheid van de cliënt. Medewerkers kenden de cliënten goed en probeerden in de zorg-/ondersteuningsdoelen ook dichtbij de wensen van cliënten te blijven. De zorg-/ondersteuningsdoelen pasten wel bij de wensen en behoeften van de cliënt, maar niet duidelijk was welke mogelijkheden en beperkingen de cliënt had.

Bij de verschillende gesprekspartners ontbrak het aan voldoende inzicht in de (gevolgen van) ziektebeelden en beperkingen op mogelijkheden en onmogelijkheden van cliënten. De gevolgen van de beperking /of het ziektebeeld waren daarom niet voldoende verwerkt in de zorg-/ondersteuningsplannen en in de rapportage. Uit enkele rapportages bleek dat er niet altijd duidelijk inzicht was in bepaalde problematiek van cliënten.

- 2.4 In de cliëntdossiers waren evenals bij het vorige inspectiebezoek geen risicoinventarisaties opgenomen. De zorg- en ondersteuningsdoelen waren daardoor niet gebaseerd op cliëntgebonden risico's.
- 2.5 De gestelde zorg-/ ondersteuningsdoelen en de acties hebben soms geen duidelijke samenhang in de zin van wat er door wie gedaan moet worden om het doel te behalen. Ons Voorland werkt met begeleidingsstijl en begeleidingsvragen. Eén van de begeleidingsvragen in het ondersteuningsplan was: "leren aangeven wanneer ik het te druk vind' en bij het doel stond dan "cliënt geeft zelf aan wanneer cliënt het te druk vindt". Waarbij onduidelijk was wat de begeleiding nu moest ondersteunen en op welke manier.
- b. De (dagelijkse) rapportages waren niet gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties. De rapportages stonden niet in een individueel cliëntdossier. Uit de rapportages was niet zichtbaar of er gewerkt werd aan de individuele doelen van de cliënt. Omdat de rapportages van cliënten geordend per dienst in een ander systeem stonden was er geen geheel overzicht per individuele cliënt.
- c. In de getoetste cliëntdossiers gingen de evaluaties niet duidelijk over de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties. Ook stond er niet in hoeverre de doelen en acties behaald waren of waar extra aandacht aan moest worden besteed.

### 4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

#### 4.3.1 Inleiding

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

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

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

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

#### 4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten methodisch en actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen.				x
b)	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeften en wensen van cliënten.				x
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt.</b>				<b>x</b>
a)	Medewerkers zijn zich ervan bewust dat de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.2</b>	<b>(vervolg)</b>				X
b)	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, supervisie en intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten.				X
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten.</b>		X		
a)	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				X
b)	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.		X		
c)	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.		X		
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.</b>		X		
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.		X		
b)	Medewerkers weten dat ze beargumenteerd kunnen afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies om individueel maatwerk mogelijk te maken. Afwijken van richtlijnen, protocollen en werkinstructies is alleen mogelijk als de afwijking is besproken en op cliëntniveau is vastgelegd.				X
c)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.		X		
<b>3.5</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		

		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>		<b>x</b>		
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>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.		x		
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.				x
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>				<b>x</b>
a)	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.				x
b)	De zorgaanbieder heeft beleid over de behandelverantwoordelijkheid van vakinhoudelijke specialisten bij cliënten met (zeer) intensieve verzorging en/of gedragsregulering.				x
c)	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>				<b>x</b>
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

- 3.3 Uit de zorg -/ ondersteuningsplannen, de rapportage en gesprekken met de verschillende medewerkers bleek dat zij niet voldoende kennis en vaardigheden hadden om ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep cliënten. De ('vaste') medewerkers die werden ingehuurd op ZZP basis hadden na het behalen van een diploma als ziekenverzorgende en maatschappelijk werker (meer dan zeven jaar geleden) geen bij- of nascholing, gericht op de doelgroep van Zorgboerderij ons Voorland, gehad. De bestuurder en zijn echtgenote hadden geen zorggerelateerde opleiding gevolgd en werkten wel als begeleider in de zorg.
- 3.4 De zorgaanbieder borgde nog steeds niet dat er volgens de actuele protocollen, richtlijnen en werkinstructies gewerkt werd. Protocollen werden niet aantoonbaar geëvalueerd. Zo was er een cliënt in zorg die insuline kreeg. Voor deze handeling, en voor het verzorgen van een cliënt met Diabetes Mellitus was geen protocol aanwezig.
- 3.5 Medewerkers zorgden er sinds het vorige inspectiebezoek voor dat cliënten in een fysiek veilige (woon-)omgeving verblijven. Dat een veilige woonomgeving bieden ook met de beleving van veiligheid van cliënten en met het omgaan met cliëntgebonden risico's te maken heeft, was nog onbekend bij de bestuurder. Een punt van aandacht daarbij was bijvoorbeeld het ontbreken van kennis en inzicht bij het reageren op een cliënt die automutileerde en bij het reageren op twee cliënten die fysiek contact met elkaar zochten.
- 3.6 De zorgaanbieder wist over welke kennis en kunde de medewerkers beschikten. De medewerkers kregen vanuit Ons Voorland geen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Een scholingsplan dat paste bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep ontbrak. De eigenaar wilde zich nog steeds inschrijven voor een opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlener.
- 3.7 De zorgaanbieder zette niet op de juiste momenten deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Er is wel voldoende personeel, maar niet alle ingezette medewerkers zijn deskundig. Ook voor het delen van medicatie heeft niet iedere medewerker een bevoegdheid op grond van deskundigheid.

## 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 handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg.		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>	<b>(vervolg)</b>				
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 medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.		x		
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.		x		
<b>4.5</b>	<b>Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie<sup>5</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 medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.		x		
b)	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.	x			
<b>4.7</b>	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>		<b>x</b>		
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.		x		

<sup>5</sup> GDS = Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.



		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>4.7</b>	<b>(vervolg)</b>				
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>4.9</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		
<b>4.10</b>	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>				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
<b>4.11</b>	<b>De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>		x		
a)	De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten.		x		
b)	De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten, hebben oog voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en zijn gericht op afbouw.		x		

### Toelichting

- 4.1 De zorgaanbieder had een procedure farmaceutische zorg. De omschreven procedure voldeed nog steeds niet aan de eisen van de handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. Zo waren de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen niet beschreven.

- 4.2 Ook bij het hertoetsbezoek constateerde de inspectie dat de zorgaanbieder niet in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger bepaalde of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer werd gegeven. Ons Voorland had een afsprakenformulier over medicatiebeheer maar deze werd nog niet gebruikt. Afspraken over het beleggen van de medicatieverantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder waren niet aantoonbaar opgenomen in het cliëntdossier. Een analyse voor eigen beheer op basis van bijvoorbeeld BEM systematiek (Beoordeling Eigen Medicatie) ontbrak.
- 4.3 De afspraken met de apotheek die bij het inspectiebezoek van 11 mei 2016 golden, waren nog steeds van kracht. Elke woensdag werd door de apotheek de nieuwe medicatie gebracht. De medewerkers die hulp boden bij de medicatie beschikten over een actuele toedienlijst van de apotheek. Bij het hertoetsbezoek ontbrak echter een actueel medicatieoverzicht. Voor het toedienen van insuline bij één van de cliënten was een eigen toedienlijst opgesteld.
- 4.6 De retourmedicatie werd nog steeds bewaard in een plastic doosje dat te openen was door medewerkers. De plastic doos stond wel in een afgesloten kast.
- 4.7 Bij controle van de medicijnkast zat medicatie die niet herleidbaar was in een medicatiebak van een cliënt. Het waren twee soorten capsules (niet in verpakking) in een potje. De houdbaarheidsdatum op het medicijnpotje was verstreken. Er is een medewerker aangesteld voor controle medicatie.
- 4.9 Ten tijde van het hertoetsbezoek was er een cliënt die insuline toegediend kreeg. De insuline werd geparafeerd op een zelfgemaakte aftekenlijst.
- 4.11 De zorgaanbieder had een formulier ontwikkeld waarop de medicatiebeoordeling door arts en apotheker geschreven kon worden. Het was echter nog niet gelukt om de medicatie te beoordelen van een cliënt. Daarnaast gaf de bestuurder aan dat hij ook niet begrepen had dat de medicatiebeoordeling door arts en apotheker gedaan moest worden (ook al stond dat wel op het formulier). De bestuurder had hierover ook nog geen contact opgenomen met de betreffend arts en apotheker.

## 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)	Huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Zij beperken de vrijheid van handelen van de cliënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.				X
c)	De zorgaanbieder heeft de taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-arts beschreven. De beschrijving bevat ook een waarneemregeling voor de Bopz-arts.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<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	
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>5.3</b>	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>			x	
a)	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.			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	

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
<b>5.6</b>	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>			<b>x</b>	
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>			<b>x</b>	
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>			<b>x</b>	
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.			x	
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.			x	
<b>5.9</b>	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>			<b>x</b>	
a)	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau.			x	
b)	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.			x	
<b>5.10</b>	<b>De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.</b>			<b>x</b>	
a)	De afzonderingsruimten en de separeerruimten voldoen aan de eisen.			x	

## Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

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

- Intake procedure; In- en exclusiecriteria; maart 2017
- ZZP's; ongedateerd
- Notulen teamvergadering; 17 januari 2017
- Notulen teamvergadering; 7 februari 2017
- Notulen teamvergadering; 28 februari 2017
- Notulen teamvergadering; 21 maart 2017
- Data Teamoverleg Ons Voorland 2015 -2016, ongedateerd
- Medicatie beoordeling; formulier, maart 2017
- Protocol medicijnbeheer en medicijnverstrekking, juni 2015
- Beleid omtrent vrijheidsbeperking, maart 2017
- Huisregels Ons Voorland, ongedateerd
- Notulen bewonersvergadering; 6 februari 2017
- Notulen bewonersvergadering; 6 maart 2017

## Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

### Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)<sup>6</sup>.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

### Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Competentiebox. Competentieprofielen VGN, 2009.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013.
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- 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.
- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009.
- 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.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

<sup>6</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.

- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012.

Circulaires en rapporten:

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