



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

Tussenrapportage toezicht IGZ op
150 verpleegzorginstellingen

Utrecht, oktober 2015

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Toezichtvragen – 10
- 1.3 Toezichtmethode en periode – 10
- 1.4 Toetsingskader en instrumenten – 11

2 Conclusies – 15

- 2.1 De 150 instellingen voldoen grotendeels aan de normen – 15
- 2.2 Deskundigheid en inzetbaarheid personeel is verbeterd – 15
- 2.3 Medicatieveiligheid en cliëntdossier zijn deels verbeterd maar kunnen op een aantal aspecten nog verder worden verbeterd – 16
- 2.4 Systematisch en methodisch werken nog niet voldoende geïmplementeerd – 17

3 Handhaving – 19

- 3.1 Maatregelen en vervolgacties toezicht – 19

4 Resultaten inspectiebezoek – 21

- 4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid – 21
- 4.2 Cliëntdossier – 21
- 4.3 Deskundigheid en inzet personeel – 22
- 4.4 Medicatieveiligheid – 22
- 4.5 Vrijheidsbeperking – 23
- 4.6 Bestuursgesprekken – 23
- 4.7 Toezicht op de Wet Bopz – 24

- Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen, wetgeving en veldnormen – 25

Voorwoord

Voor u ligt de tussenrapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het toezicht in 2015 op 150 zorginstellingen in de verpleegzorg. Het zijn de organisaties waarover we spraken naar aanleiding van het rapport over de ouderenzorg uit 2014 'Verbetering van de kwaliteit van ouderenzorg gaat langzaam'. Uit dat rapport bleek dat een deel van de instellingen in de ouderenzorg onvoldoende verbeterkracht toonde om de zorg voor kwetsbare bewoners op een goed niveau te brengen en voortdurend verder te verbeteren. Van januari tot september 2015 bracht de inspectie toezichtbezoeken en hield zij bestuursgesprekken met 150 instellingen waar zij extra aanleiding zag om dit te doen.

Thema's als deskundigheid en bekwaamheid van het personeel, medicatieveiligheid, vrijheidsbeperking, cliëntdossier en sturen op kwaliteit en veiligheid komen net als in het rapport van 2014 in deze rapportage weer terug.

Deze tussenrapportage laat een verbeteringslag zien van de bezochte instellingen. Er is door de zorgverleners en bestuurders zichtbaar gewerkt om vanuit het bewonersperspectief veilige zorg te bieden. Bij 71 procent van de 150 bezochte zorgaanbieders heeft de inspectie in de voorbije jaren al veel meer toezicht gehouden. In de fase waarin deze rapportage is geschreven, is menig toezichtproces nog gaande. Dit betekent dat organisaties waar de inspectie bijvoorbeeld een eerste bezoek bracht nog bezig zijn met hun verbeteringen. In 2017 volgt een eindrapportage over het toezicht op de verpleegzorg, waarbij de inspectie meer kan zeggen over de verbeteringen op de lange termijn van de getoetste instellingen.

De bezoeken aan deze organisaties zijn gebracht in een periode waarin de inspectie bezig is om haar toezicht op de zorg voor kwetsbare ouderen aan te passen aan de ontwikkelingen in zorg en samenleving. Vanuit dit uitgangspunt wil de inspectie haar toezicht de komende jaren meer richten op de interne verbeterkracht van zorginstellingen, met focus op bestuurlijk leiderschap van de bestuurder. De inspectie zal haar toezichtmethoden doorontwikkelen om ook door de ogen van de cliënt te kunnen kijken naar de kwaliteit van leven. Ondertussen blijft de inspectie alert op veiligheid van de zorg en zal zij verder gaan met haar toezicht op instellingen waar extra aandacht nodig is.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de verpleegzorg. Begin 2015 kreeg de inspectie de opdracht om extra toezicht te houden op die zorginstellingen in de verpleegzorg waar de kwaliteit van de zorg nog verbeterd moest worden.

Door de bestaande toezichtinformatie van de afgelopen jaren voor alle instellingen uitgebreid te analyseren kwam de inspectie tot een selectie van 150 instellingen waar zij extra aanleiding zag om toezicht te houden. Van januari tot september 2015 hield de inspectie toezicht op deze 150 zorgconcerns in de verpleegzorg. De inspectie bracht daarbij 170 bezoeken aan diverse zorglocaties. Bij 71 procent van de 150 instellingen heeft de inspectie in de afgelopen twee jaar al veel toezicht gehouden. De inspectie gebruikte verschillende soorten toezichtmethoden, waarbij telkens de focus lag op de interne kwaliteitsbewaking van de instellingen rondom de thema's sturen op kwaliteit en veiligheid, het cliëntdossier, inzetbaarheid en deskundigheid van personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. Naast de bezoeken aan instellingen sprak de inspectie waar nodig met bestuurders en raden van toezicht over de organisatie van de zorg en de benodigde verbetermaatregelen.

Uit de resultaten van het toezicht blijkt dat de 150 organisaties grotendeels voldoen aan de normen. Vooral op het gebied van deskundigheid en inzetbaarheid van personeel zijn verbeteringen zichtbaar; ongeveer 80 procent van de instellingen scoort een voldoende op dit thema. De maatschappelijke tendens om de visie op zorg meer van taakgericht naar cliëntgericht te verschuiven, is ook zichtbaar in de bezochte zorginstellingen. Medewerkers besteden duidelijk aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt en reageren beter dan voorheen op de wensen en behoeften van de cliënt. De inspectie ziet daarbij grote betrokkenheid van de medewerkers voor de cliënt. Het zorg/ondersteuningsplan is bij alle instellingen aanwezig en wordt in samenspraak met de cliënt of cliëntvertegenwoordiger opgesteld. Daarnaast heeft 80 procent van de zorgaanbieders de beschikbaarheid van vakinhoudelijk personeel voldoende geregeld.

De scholing voor medewerkers is nog een punt van aandacht; in bijna de helft van de instellingen kan de hoeveelheid scholing worden verbeterd en is de bestaande scholing nog onvoldoende afgestemd op de zorgproblematiek van de cliënt. Andere aandachtspunten zijn medicatieveiligheid en het cliëntdossier. Bij risicovolle medicatie is altijd een tweede controle nodig door een bekwaam persoon. 40 procent van de instellingen doet dit echter niet. Ook wordt medicatie niet altijd zorgvuldig bewaard en zijn medicijnen soms over de vervaldatum. Voor wat betreft het cliëntdossier heeft de helft van de instellingen de verschillende onderdelen van het zorgplan niet voldoende op elkaar afgestemd en de risico's voor de cliënt niet voldoende geïnventariseerd.

Vanuit verschillende toezichtmethoden die de inspectie gebruikte, kwam naar voren dat instellingen wel verbeterplannen opstellen voor de organisatie van de zorg, maar dat de onderdelen 'Check en Act' van de Cirkel van Deming bij de meeste instellingen nog niet voldoende zijn geborgd. Instellingen gebruiken bijvoorbeeld informatie over fouten niet structureel en systematisch voor hun kwaliteitssysteem. Ook wordt het effect van uitgevoerde werkzaamheden vaak niet structureel geëvalueerd. Hierdoor ontbreekt stuurinformatie voor de kwaliteitsverbetering van de zorgprocessen.

Momenteel is bij meer dan de helft van de 150 instellingen de termijn voor verbetermaatregelen nog niet verstreken. Om die reden kan de inspectie nog geen uitspraken doen over verbeteringen op langere termijn en eventuele handhaving bij deze instellingen. Bij vier instellingen heeft de inspectie handhavende maatregelen toegepast of reeds lopende handhavingsmaatregelen verlengd. Bij de overige bezochte instellingen vond de inspectie geen grote risico's op onveilige zorg.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt de laatste tien jaar veel toezicht op de intramurale ouderenzorg. Zo vonden er twee intensiveringsronden langs alle zorgconcerns voor ouderenzorg plaats en was er extra inspectieaandacht voor thema's als medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. Tijdens de tweede intensiveringsronde in de intramurale ouderenzorg (januari 2011 tot december 2012) bracht de inspectie aan alle zorgconcerns in de intramurale ouderenzorg een bezoek, in totaal 1078. In juni 2014 publiceerde de inspectie de resultaten van dit toezicht in het rapport *'Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam'*. De inspectie concludeerde in dat onderzoek dat er hard werd gewerkt, maar dat de instellingen nog onvoldoende gericht waren op de eigen kwaliteitscyclus^a om zichzelf voortdurend te kunnen verbeteren. De inspectie concludeerde dat:

- De personele inzet en deskundigheid niet voldoende waren afgestemd op de zorgbehoeften van cliënten.
- Instellingen de zorgplannen onvoldoende systematisch gebruiken.
- De resultaten over vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid achterbleven bij de verwachtingen.
- Instellingen te weinig werkten aan de structurele verbetering van tekortkomingen in de zorg.

Naar aanleiding van het rapport stuurde de staatssecretaris van VWS op 12 juni 2014 een brief aan de Tweede Kamer over de kwaliteit van zorg in de Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen. De staatssecretaris concludeerde dat de zorg in onze verpleeghuizen een fundamentele verandering dient te ondergaan: *"een verandering die als resultaat moet hebben, dat de zorg beter aansluit bij de complexe zorgbehoefte, waarbij het leven zoals de cliënt dat leidt het uitgangspunt is en die de vergrijzing van een antwoord voorziet"*.^b

Een aanpak op korte en middellange termijn was noodzakelijk. Op 10 februari 2015 bood de staatssecretaris van VWS het aangekondigde plan van aanpak *'Waardigheid en trots, Liefdevolle zorg voor onze ouderen'* aan de Tweede Kamer aan. Dat plan van aanpak beschrijft de veranderingsstrategie van zowel de korte als de lange termijn. In hoofdlijnen staat daarin ook welke rol aan de inspectie is toebedeeld in dit verandertraject van de zorg.

De inspectie stelde in mei 2015 een definitief toezichtplan op waarin onder andere stond beschreven dat de inspectie voor 1 september 2015 extra toezicht houdt op de 150 zorginstellingen in de verpleegzorg waar het toezicht het meest nodig is. Hierbij lag de focus van het toezicht op de verantwoordelijkheid van de bestuurder. Van de 150 zorgconcerns die de inspectie in het afgelopen half jaar bezocht, heeft zij met 71 procent meer dan vijf keer contact gehad in de afgelopen twee jaar, in het kader van een toezichtactiviteit. Bij 11 procent van de 150 instellingen had de inspectie meer dan vijftig contactmomenten in de afgelopen twee jaar. Deze rapportage biedt inzicht in de eerste bevindingen van de inspectie na zes maanden toezicht op 150 instellingen in de verpleegzorg.

a Hier wordt uitgegaan van de Cirkel van Deming, waarbij een cyclus voor procesbeheersing wordt gebruikt op basis van de onderdelen Plan, Do, Check Act (ook wel de PDCA-cyclus): BTSG bibliotheek, 2015.

b Brief staatssecretaris Van Rijn Uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg: "Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen". 10 februari 2015.

In Nederland groeit het aantal mensen dat langdurige zorg nodig heeft. Naar schatting zijn er momenteel tussen de 500.000 en 700.000 65-plussers die in meer of mindere mate zorg nodig hebben.^c Het grootste deel van de kwetsbare ouderen ontvangt zorg thuis, waarvan ruim 180.000 verpleegzorg thuis krijgen. Daarnaast wonen er momenteel ongeveer 140.000 mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis.^d De verwachting is dat er in 2030 ongeveer 1 miljoen ouderen in Nederland zullen zijn, waarvan een groot deel ouder dan 80 jaar.^c

Het is van belang dat zorginstellingen die verpleegzorg leveren voldoende meekomen in de nieuwe ontwikkelingen om de cliënt de juiste zorg en aandacht te kunnen geven. De inspectie houdt daarom toezicht op de instellingen die in de afgelopen jaren nog niet voldoende verbeterkracht in de uitvoering en organisatie van de zorg lieten zien.

1.2 Toezichtvragen

De inspectie heeft de volgende twee vragen geformuleerd:

- *Wat zijn de resultaten van de inspectiebezoeken bij de 150 instellingen?*
- *Welke thema's beschouwt de inspectie als aandachtspunten voor de zorgaanbieders naar aanleiding van de inspectiebezoeken bij 150 instellingen?*

1.3 Toezichtmethode en periode

Prioritering

De selectie van 150 instellingen is grotendeels gebaseerd op een analyse die de inspectie jaarlijks uitvoert. Hierbij analyseert de inspectie voor het toezicht relevante gegevens van alle zorgconcerns op basis van diverse bronnen. Vervolgens maakt de inspectie een prioritering voor het uitvoeren van inspectiebezoeken. De informatiebronnen voor de analyse zijn het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, de CQ-index en indicatoren, informatie uit meldingen en signalen van burgers en informatie uit eerdere toezichtbezoeken. De analyse is een momentopname aan het eind van een kalenderjaar. Het toezicht van de inspectie is een doorlopend proces. De lijst met 150 instellingen is dan ook gedurende het toezicht van de inspectie in 2015 telkens gemonitord en bijgewerkt op basis van recentere informatie.

Type toezicht

Dit rapport geeft de weerslag van vier toezichtvormen in de intramurale en extramurale ouderenzorg in 2015:

- Eerste bezoeken met het Kerninstrument Care (KIC).
- Hertoetsbezoeken met het Kerninstrument Care (KIC).
- Bezoeken gericht op naleving van de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).
- Bestuursgesprekken met Raden van Bestuur en / of Raden van Toezicht.

De paragraaf 'toetsingskader en instrumenten' (2.4) geeft een toelichting op de verschillende typen toezicht en bijbehorende toetsingsinstrumenten.

Aantal bezoeken en periode

In de periode tussen 1 januari en 1 september 2015 bracht de inspectie bezoeken aan 150 zorginstellingen in de verpleegzorg waar zij extra aanleiding zag voor toezicht. In totaal bracht zij 170 inspectiebezoeken bij 150 zorgconcerns. Waar nodig kregen sommige zorgaanbieders dus meerdere bezoeken. Van de bezoeken die de inspectie bracht waren er 45 hertoetsbezoeken, als vervolg op eerder toezicht

c Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg – Lerende teams in de ouderenzorg, Nivel 2015.

d Monitor Langdurige Zorg, Kerncijfers 2014.

in 2014. Daarnaast startte de inspectie bij 64 instellingen een nieuw toezichttraject en deed zij 25 bezoeken in het kader van toezicht op de Wet Bopz. Tot slot hield de inspectie 36 bestuursgesprekken. Paragraaf 1.4 geeft een toelichting op deze verschillende typen toezicht. Het doel van de inspectie was de kwaliteit en veiligheid van de verpleegzorg te onderzoeken, waarbij het toezicht was toegespitst op de eventueel te verwachten risico's. Uiteindelijk wil de inspectie hiermee het lerend vermogen en de verbeterkracht van zorginstellingen stimuleren.

Tabel 1

Aantal inspectiebezoeken onderverdeeld naar type toezicht (N= 170)

Type toezicht	Aantal bezoeken + gesprekken
KIC Eerste bezoeken	64
KIC Hertoetsbezoeken ^e	45
Bestuursgesprekken	36
Toezicht op de Wet Bopz	25

Beperkingen aan de rapportage

Omdat de inspectie kort na de bezoeken aan de 150 instellingen wilde rapporteren, zijn nog niet alle toezichtrapporten vastgesteld. Ruim de helft van de resultaten is gebaseerd op conceptrapporten. Dit heeft te maken met de reactietermijn van vier weken die de instellingen krijgen om te reageren op feitelijke onjuistheden. In theorie kan er dus nog iets wijzigen. Uit eerdere ervaringen is gebleken dat het vastgestelde rapport over het algemeen nauwelijks afwijkt van het conceptrapport.

1.4 Toetsingskader en instrumenten

In dit toezicht zijn verschillende instrumenten gebruikt die gebaseerd zijn op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld. Deze vormen het toetsingskader voor dit toezicht. De gebruikte wetten en veldnormen zijn opgenomen in de bijlage.

Kerninstrument Care (hierna: KIC)

Het KIC-instrument is een instrument dat de inspectie gebruikt in haar toezicht op instellingen in de langdurige zorg. Het instrument kent vijf hoofdthema's:

- 1 Sturen op kwaliteit en veiligheid.
- 2 Cliëntdossier.
- 3 Deskundigheid en inzet personeel.
- 4 Medicatieveiligheid.
- 5 Vrijheidsbeperking.

Eerste bezoeken en hertoetsbezoeken

Omdat het toezicht van de inspectie een continu proces is, maakt de inspectie onderscheid tussen 'eerste bezoeken' en 'hertoetsbezoeken'. Bij eerste bezoeken

^e Hertoetsbezoeken zijn een vervolg op eerder toezicht van de inspectie. Het gaat hierbij deels om vervolgtoezicht uit 2014. De hertoetsbezoeken aan 45 instellingen in dit rapport zijn daarmee niet automatisch een vervolg op de eerste bezoeken aan de 64 instellingen.

toetst de inspectie zoveel mogelijk alle thema's van het kerninstrument, om een duidelijk totaaloverzicht te krijgen van de zorginstelling.^f

Als blijkt dat een instelling niet aan alle normen voldoet, vraagt de inspectie de instelling verbetermaatregelen te nemen voor die normen. De instelling levert daarop een resultaatverslag aan bij de inspectie, waarin de ondernomen verbetermaatregelen zijn beschreven. De inspectie beoordeelt het resultaatverslag en kan na de verstreken verbetertermijnen besluiten om op een hertoetsbezoek te gaan om te beoordelen of de instelling voldoende verbetering boekt. Bij een hertoetsbezoek toetst de inspectie uitsluitend de normen waar in het eerste bezoek niet aan werd voldaan. De normen waaraan al werd voldaan, worden niet opnieuw beoordeeld.^g

KIC 1.1 en KIC 1.2

Door veranderde wetgeving in de langdurige zorg en door de versterkte focus van de inspectie op de eigen verbeterkracht van zorgconcerns, was het noodzakelijk om het KIC-instrument tijdens de toezichtperiode aan te passen. Hierdoor zijn er in het toezicht op 109 instellingen twee verschillende versies van het KIC-instrument gebruikt. Het grootste gedeelte van de normen komen in beide versies overeen, maar bij een aantal thema's zijn bepaalde normen na evaluatie bijgesteld of toegevoegd.

Bestuursgesprekken

De inspectie sprak in februari en maart 2015 met de Raad van Bestuur en in een aantal gevallen met de Raad van Toezicht van twintig instellingen. Het ging om die instellingen waar de inspectie de meeste extra aandacht nodig achtte, meestal na een periode van veel toezicht of verscherpt toezicht. Naar aanleiding van de bestuursgesprekken stelde de inspectie een passend toezichtplan op voor deze instellingen of stelde zij het bestaande toezichtplan bij. Tussen april en september voerde de inspectie nog bestuursgesprekken met bestuurders van zestien andere instellingen.

Bij de bestuursgesprekken hanteerde de inspectie als uitgangspunt de zorgbrede governance code. Deze code is opgesteld en goedgekeurd door de branche-organisaties van zorginstellingen en de inspectie beschouwt deze code als een breed gedragen, algemeen maatschappelijke veldnorm.^h

Bopz aanmerkingbezoek

De inspectie voerde toezichtbezoeken op de wet Bopz uit bij 25 instellingen die een aanvraag bij het ministerie van VWS hadden gedaan voor een Bopz-aanmerking. Daarnaast deed de inspectie ook toezichtbezoeken op de wet Bopz wanneer er signalen waren ontvangen over onveilige zorg op Bopz-afdelingen. Het toezicht op de wet Bopz is een belangrijk onderdeel van het toezicht in de verpleegzorg. De inspectie toetst tijdens de Bopz-bezoeken namelijk een aantal specifieke elementen om inzicht te krijgen in de kwaliteit en veiligheid van zorg op het gebied van vrijheidsbeperking. Bovendien haalt de inspectie uit deze bezoeken ook informatie over de algemene stand van zaken van kwaliteit en veiligheid van de zorg in de instelling. Een deel van de onderdelen in het Bopz-instrument komt ook terug in de thema's uit het reguliere toezicht. De inspectie toetst bij een Bopz aanmerkingbezoek de volgende onderwerpen:

f Een 'eerste bezoek' betekent niet noodzakelijk dat de inspectie nog niet eerder toezicht heeft gehouden op een zorginstelling, maar houdt in dat de inspectie een nieuw toezichttraject start bij de betreffende instelling. Daarbij is een hertoetsbezoek een mogelijke vervolgstap van het toezicht.

g Het niet opnieuw beoordelen van normen waaraan de instelling reeds voldeed tijdens een eerder bezoek is een standaard procedure in het toezicht van de inspectie.

h Bron: Toetsingskader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. IGZ, 2011: Utrecht.

- 1 Beschreven Bopz-beleid.
- 2 Voldoet de klachtenregeling.
- 3 Criteria voor inclusie of exclusie.
- 4 Veilige leef- en woonomgeving.
- 5 Kwaliteitsbewaking toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen.
- 6 Deskundigheid personeel.
- 7 Beschikbaarheid van Bopz-arts 24 uur per dag.
- 8 Huisregels.

2 Conclusies

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies die de inspectie afleidt uit de resultaten van het toezicht (zie hoofdstuk 4).

2.1 De 150 instellingen voldoen grotendeels aan de normen

Uit het toezicht van de inspectie blijkt dat de 150 zorginstellingen voor een groot deel aan de normen voldoen. Hoewel de scores aanzienlijk beter zijn bij de hertoetsbezoeken dan bij de eerste bezoeken, voldoet ruim 70 procent van de instellingen bij de eerste bezoeken aan de thema's sturen op kwaliteit en veiligheid, inzetbaarheid en deskundigheid van personeel en vrijheidsbeperking. Op het thema cliëntdossier scoorde 60 procent van de zorgaanbieders bij een eerste bezoek voldoende. Alleen medicatieveiligheid scoort bij een eerste bezoek onvoldoende. (zie paragraaf 2.3).

In haar toezicht van de afgelopen twee jaar richtte de inspectie zich met name op instellingen die nog onvoldoende verbeterkracht lieten zien. Hierin lag de focus op het verbeteren van veiligheid van de zorg en de beschikbaarheid van deskundig personeel. Van de 150 zorgaanbieders die de inspectie het afgelopen half jaar bezocht, had ruim 70 procent in de voorafgaande jaren al intensief toezicht gehad. De 150 getoetste instellingen hebben de inzetbaarheid van deskundig personeel en het sturen op kwaliteit van de zorg verbeterd. Binnen het kader van deze thema's hadden zorgaanbieders zich met name ontwikkeld op het gebied van:

- Cliëntgericht werken, waarbij aandacht en bejegening van de cliënt centraal staat.
- Het gebruik van cliëntervaringen en klachten voor kwaliteitsverbetering.
- Het volgens de normen uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen.

Uit de gesprekken met de bestuurders kwam naar voren dat er goede verbeterplannen zijn op diverse gebieden in de zorg maar dat er nog onvoldoende resultaten van die plannen zichtbaar zijn. Ook kan de controle door de instellingen zelf op naleving van deze plannen nog beter. De onderdelen 'Check en 'Act' van de Cirkel van Demingⁱ zijn bij de meeste instellingen nog niet voldoende ingevuld. De inspectie constateerde dat medewerkers werkzaamheden niet methodisch uitvoerden en niet structureel evalueerden. Hierdoor ontbrak stuurinformatie voor de kwaliteitsverbetering van de zorgprocessen. Wel gaven bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen na gesprekken met de inspectie aan dat het gesprek met de inspectie het gevoel van urgentie had verhoogd. De focus van de besturing was na het inspectiegesprek meer op kwaliteit gericht.

2.2 Deskundigheid en inzetbaarheid personeel is verbeterd

In vergelijking met de bevindingen van het IGZ-rapport 'Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam' (2014) is vooral de verbetering van inzet en deskundigheid van personeel in zorginstellingen opvallend. Waar ruim twee jaar geleden meer dan de helft van alle instellingen het personeel onvoldoende had afgestemd op de indicatie en zorgbehoefte van de cliënt, heeft nu 67 procent van de 150 bezochte instellingen dit wel bereikt.

De maatschappelijke tendens om de visie op zorg meer van taakgericht naar cliëntgericht te verschuiven, is ook zichtbaar in de zorginstellingen zelf. Medewerkers

ⁱ De Cirkel van Deming beschrijft een cyclus voor procesbeheersing, die wordt gebruikt op basis van de onderdelen Plan, Do, Check Act (ook wel de PDCA-cyclus): BTSG bibliotheek, 2015.

besteden duidelijk aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt en reageren beter op de wensen en behoeften van de cliënt. Daarnaast is ook een verbetering te zien in de beschikbaarheid van vakinhoudelijke specialisten. In het rapport van 2014 concludeerde de inspectie dat dit een zorgwekkend aandachtspunt was omdat de bereikbaarheid van een verpleegkundige of arts bij veel instellingen niet altijd was gegarandeerd. De bevindingen van het toezicht in het afgelopen half jaar laten zien dat 80 procent van de instellingen de beschikbaarheid van vakinhoudelijk personeel heeft geregeld.

Er zijn onderdelen die blijvend aandacht vragen: in 40 procent van de instellingen is meer scholing nodig voor medewerkers of is de scholing is nog niet voldoende gericht op de zorgbehoeften van de doelgroep. Daarnaast laten de resultaten zien dat bijna 40 procent van de instellingen nog niet voldoende werkt volgens richtlijnen en protocollen.

2.3 Medicatieveiligheid en cliëntdossier zijn deels verbeterd maar kunnen op een aantal aspecten nog verder worden verbeterd

Hoewel de resultaten van het toezicht op de 150 instellingen verbeteringen laten zien, constateert de inspectie dat op bepaalde normen voor medicatieveiligheid en cliëntdossier nog verbeteringen mogelijk zijn.

Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden in de keten van cliënt, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker goed op elkaar aansluiten. Bij medicatie waarvan de apotheker oordeelt dat er een risico bestaat bij verkeerde dosering, is altijd een dubbele controle nodig door een bekwaam persoon. Uit de toezichtresultaten van de inspectie blijkt dat er van de 150 instellingen bij 41 procent geen tweede controle plaatsvindt bij niet-GDS medicatie^j of risicovolle medicatie. Daarnaast beschikt 40 procent van de instellingen niet over een actueel medicatieoverzicht van de apotheker. Ook blijken de zorgaanbieders de houdbaarheid van medicatie vaak onvoldoende bij te houden en wordt medicatie niet altijd zorgvuldig bewaard en afgevoerd. Zo vond de inspectie bij sommige instellingen geneesmiddelen die over de vervaldatum waren en medicatie die niet op naam in voorraad werd bewaard. Anderzijds maken de meeste instellingen conform de norm afspraken met de cliënt of diens vertegenwoordiger over het medicatiebeheer. Deze afspraken leggen zij vast in het zorg/ondersteuningsplan. Daarnaast signaleren bijna alle instellingen de werking en eventuele bijwerking van medicatie en vindt er bij meer dan 70 procent een jaarlijkse medicatiebeoordeling plaats tussen arts en apotheker.

Evenals bij het thema inzet en deskundigheid van personeel, blijkt ook bij medicatieveiligheid dat de instellingen vooral voldoen aan normen die betrekking hebben op afspraken met de cliënt en evaluatie rondom de zorg. Zoals hierboven beschreven, is er een aantal veiligheidsprincipes voor medicatie waaraan instellingen nog niet voldoen.

Voor wat betreft het cliëntdossier is het van belang dat de zorgaanbieder afspraken maakt met de cliënt over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Die afspraken gaan uit van de wensen en behoeften van de cliënt en houden ook rekening met de mogelijke risico's die er bestaan voor de cliënt. Deze afspraken moeten worden vastgelegd in een cliëntdossier.

Hoewel alle zorgaanbieders waarbij de inspectie deze norm toetste, een zorg/ondersteuningsplan hebben voor iedere cliënt en zij de cliënt ook hebben betrokken bij het

^j GDS = Geneesmiddelendistributiesysteem. Bij gebruik van een GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

zorgplan, heeft meer dan de helft van de instellingen de risico's voor de cliënt nog niet voldoende geïnventariseerd. Daarnaast heeft de helft van de instellingen de onderdelen van het zorgplan onvoldoende op elkaar afgestemd. Vaak vond de inspectie bijvoorbeeld geen logische samenhang tussen zorgproblemen, zorgdoelen en de acties die werden genomen. Medewerkers begrijpen niet altijd de zorgproblematiek van de cliënt, zoals valpreventie of gedragsproblematiek. Hierdoor worden de acties niet goed afgestemd op de zorgproblematiek en dit kan leiden tot mogelijke risico's voor de cliënt.

2.4 Systematisch en methodisch werken nog niet voldoende geïmplementeerd

De inspectie ziet dat instellingen plannen en beleid maken voor het leveren van goede zorg en dat medewerkers zeer betrokken zijn bij de cliënt, maar de werkzaamheden worden nog niet voldoende methodisch uitgevoerd en het effect wordt onvoldoende getoetst. Hierdoor ontstaan mogelijke risico's voor de zorg en hebben instellingen weinig stuurinformatie voor de kwaliteitsverbetering van hun zorgprocessen.

De inspectie constateerde het gebrek aan systematisch en methodisch werken bij een aantal onderdelen van de beoordeelde thema's. Zo melden medewerkers in de helft van de 150 instellingen fouten nog niet structureel en systematisch en gebruiken zij de informatie onvoldoende voor verbeteracties. Ook heeft bijna een derde van de instellingen geen in- en exclusiecriteria bepaald voor cliënten, waardoor de kans bestaat dat het zorgpersoneel te maken krijgt met zorgproblematiek waar zij onvoldoende voor geschoold is.

Een kwart van de instellingen heeft zijn visie en beleid voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen nog niet voldoende beschreven. Een derde van de instellingen maakt voor aanvang van vrijheidsbeperkende maatregelen niet structureel een probleemanalyse van het gedrag van de cliënt. Tot slot ziet de inspectie ook bij het thema cliëntdossier dat er veelal onvoldoende samenhang is in het zorgplan tussen mogelijke risico's voor cliënt, de uitgevoerde zorgacties en de evaluatie ervan. De inspectie ziet dus nog verbetermogelijkheden in de verdieping van zorgproblematiek van de cliënt en in de evaluatie van problemen.

3 Handhaving

De Inspectie voor de Gezondheidszorg schreef voor iedere bezochte locatie van een zorginstelling een individuele rapportage, waarin naast de bevindingen ook de vereiste verbetermaatregelen waren opgenomen. De Raden van Bestuur zijn verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de uitvoering van deze maatregelen. Paragraaf 3.1 beschrijft de verbetermaatregelen die de inspectie van de bezochte zorgaanbieders vroeg en licht toe welke vervolgacties in haar toezicht de inspectie toepaste bij de zorginstellingen.

3.1 Maatregelen en vervolgacties toezicht

De inspectie gaf in de individuele inspectierapportages een overzicht van de normen waaraan de instellingen nog niet voldeden. De instellingen kregen een bepaalde verbetertermijn en moesten vervolgens binnen de vastgestelde termijn een resultaatrapportage aanleveren, die de inspectie beoordeelde. De inspectie sloot het toezicht bij een instelling af als de instelling de tekortkomingen voldoende had weggewerkt.

Handhaving

Zorgaanbieders waar de inspectie onvoldoende verbeterkracht constateerde, kregen een handhavingmaatregel. Bij twee instellingen heeft de inspectie in het afgelopen half jaar verscherpt toezicht opgelegd en bij twee andere heeft zij het verscherpt toezicht dat in 2014 was ingesteld, verlengd. Omdat de termijn voor het doorvoeren van verbetermaatregelen bij een groot aantal instellingen nog loopt, kan de inspectie bij die instellingen nog geen uitspraken doen over handhavingmaatregelen.

Directe vervolgacties inspectie

Bij zes instellingen heeft de inspectie direct na het bezoek een vervolfbezoek gepland, aan dezelfde of aan een andere locatie van de zorgaanbieder. Dat laatste, omdat de inspectie van de bestuurder verwacht dat hij de verbetermaatregelen ook toepast op andere afdelingen of locaties van de zorginstelling. Ook bij het toezicht op de Wet Bopz bracht de inspectie een hertoetsbezoek aan een van de twee Bopz-locaties die niet aan alle criteria voldeed. Na dit hertoetsbezoek voldeed de instelling wel aan alle criteria en kreeg de instelling alsnog een positief Bopz-advies van VWS. Bij de andere instelling die bij een eerste bezoek nog niet positief scoorde, staat een hertoetsbezoek op de planning. Bij veertien zorgaanbieders voerde de inspectie naar aanleiding van een bezoek of gesprek met de Raad van Bestuur een (tweede) bestuursgesprek, soms ook met de Raad van Toezicht. Bij 53 instellingen sloot de inspectie na het bezoek het toezichttraject direct af.

Overige vervolgacties inspectie

Bij 66 zorgaanbieders heeft de inspectie in eerste instantie een resultaatrapportage opgevraagd, waarin de instelling per norm moest aangeven:

- of binnen de gestelde termijn aan de norm is voldaan;
- de aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan;
- de wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

Daar waar de inspectie het nodig achtte, gaf zij na beoordeling van de resultaatverslagen het toezicht vervolg in de vorm van een hertoetsbezoek of een bestuursgesprek. Bij instellingen die in hun resultaatrapportage voldoende verbeterkracht lieten zien, sloot de inspectie het toezichttraject af.

Maatregelen voor alle instellingen in de verpleegzorg

De inspectie verwacht dat iedere zorgaanbieder in de verpleegzorg jaarlijks een interne audit laat uitvoeren naar de kwaliteit en de veiligheid van zorg en de manier waarop dit georganiseerd is. Centraal staat het systematisch, methodisch en cyclisch denken, waarbij beleid goed geïmplementeerd en geborgd wordt en waarbij evaluaties leiden tot de noodzakelijke aanpassingen.

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk beschrijft per thema achtereenvolgens de uitkomsten van de eerste bezoeken en hertoetsbezoeken. De inspectie bracht 109 bezoeken aan instellingen die verpleegzorg leveren, waarvan 64 eerste bezoeken en 45 hertoetsbezoeken. Daarnaast hield de inspectie 36 bestuursgesprekken in het kader van geconstateerde risico's in de zorg en deed zij 25 bezoeken bij instellingen die een Bopz-aanmerking aanvroegen.

De paragrafen 4.1 t/m 4.5 beschrijven de resultaten per thema van de 109 reguliere risicobezoeken. Het gaat hierbij om de thema's sturen op kwaliteit en veiligheid, cliëntdossier, deskundigheid en inzetbaarheid van personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking. Als een instelling op een thema 'voldoet' scoort, betekent dit dat zij aan ten minste tweederde van de normen voldoet. Bij een aantal thema's beoordeelde de inspectie niet alle onderliggende normen, omdat dit niet bij ieder bezoek mogelijk was of wanneer sprake was van een hertoetsbezoek.

4.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Het thema 'sturen op kwaliteit en veiligheid' is opgebouwd uit de volgende subthema's: cliëntervaringen, verbeteracties meldingen, verbeteracties klachten, cliëntmedezeggenschap, in- en exclusiecriteria cliënten en dagbesteding.

Bij de eerste inspectiebezoeken scoorde 75 procent van de 109 zorginstellingen voldoende en 25 procent scoorde onvoldoende op de normen voor sturen op kwaliteit en veiligheid. Bij de hertoetsbezoeken voldeed 93 procent van de zorginstellingen aan deze normen en 7 procent voldeed niet.

De inspectie constateerde dat bijna alle instellingen op structurele wijze informatie verzamelden over cliëntervaringen en die informatie gebruikten voor kwaliteitsverbetering. Ook gebruikte het merendeel van de instellingen klachten van cliënten voor verbeteracties in de zorg. Instellingen scoorden echter minder hoog op het structureel melden en analyseren van (bijna) fouten: de helft van de instellingen meldde en verzamelde fouten of bijna-fouten niet structureel en niet systematisch en gebruikte de informatie niet voor verbeteracties.

4.2 Cliëntdossier

Het thema 'cliëntdossier' werd beoordeeld op basis van de volgende subthema's: betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan, de cliënt vormt de basis van het zorgplan, betrokkenheid van relevante disciplines, inventarisatie/ evaluatie van risico's, betrokkenheid van de cliënt bij de evaluatie van het zorgplan en afstemming van verschillende onderdelen van het zorgplan.

Tijdens de eerste bezoeken scoorde 61 procent van de bezochte instellingen voldoende op de normen die betrekking hebben op het cliëntdossier. 39 procent van de instellingen scoorde hierop onvoldoende. Van de hertoetste instellingen scoorde 78 procent voldoende en 20 procent onvoldoende op de normen. 2 procent werd niet beoordeeld.

Alle 109 instellingen hadden een zorg- of ondersteuningsplan voor hun cliënten en bij ongeveer 80 procent van de instellingen werd de cliënt aantoonbaar betrokken bij het opstellen en bij de evaluatie van het zorgplan. Het merendeel van de instellingen had echter de verschillende onderdelen en doelen in het zorgplan niet voldoende op elkaar afgestemd. Daarnaast constateerde de inspectie dat in de helft

van de instellingen de medewerkers de mogelijke risico's voor cliënten onvoldoende inventariseerden en evalueerden. Medewerkers beschreven mogelijke risico's in het zorgplan, zoals een valrisico, maar zij vertaalden dit niet naar concrete en passende acties voor de cliënt.

4.3 **Deskundigheid en inzet personeel**

Het thema 'Deskundigheid en inzet personeel' werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen: aandacht en bejegening, medewerkers werken cliëntgericht, kennis en vaardigheden over cliëntendoelgroep, werken volgens richtlijnen, zorgen voor een veilige omgeving, adequate scholing, voldoende medewerkers, beschikbaarheid vakinhoudelijke specialisten en het analyseren van de inzet van medewerkers.

78 procent van de instellingen aan wie de inspectie een eerste bezoek bracht, voldeed aan de normen voor deskundigheid en inzet personeel. 22 procent scoorde onvoldoende op dit thema. Bij een hertoetsbezoek voldeed 89 procent van de instellingen aan de normen en 11 procent voldeed nog niet.

Ruim een derde van de zorginstellingen werkte niet op een verantwoorde manier met relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies. Ook ontbrak het in ongeveer 40 procent van de instellingen aan adequate scholing voor medewerkers of was de scholing onvoldoende afgestemd op de ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Wel scoorden bijna alle instellingen hoog op de onderwerpen cliëntgerichtheid, aandacht en bejegening door medewerkers en in bijna 80 procent van de instellingen waren vakinhoudelijke specialisten in voldoende mate aanwezig.

4.4 **Medicatieveiligheid**

Het thema medicatieveiligheid^k werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen: aanwezigheid procedure farmaceutische zorg, overleg en vastlegging medicatiebeheer, actueel medicatieoverzicht en toedienlijst, werkwijze medicatie bij geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem (GDS-medicatie), bewaren en afvoeren medicatie, voorraad en houdbaarheid, tweede controle van medicatie, paraferen na toediening, signaleren (bij)werking, jaarlijkse medicatiebeoordeling en elektronisch voorschrijfsysteem.

De inspectie constateerde bij de eerste bezoeken aan instellingen dat ruim 53 procent voldeed aan de normen voor medicatieveiligheid en dat 47 procent niet voldeed. Bij een hertoetsbezoek voldeed 93 procent van de instellingen aan de normen en 7 procent scoorde onvoldoende op het thema medicatieveiligheid.

In bijna alle instellingen hielden de medewerkers de werking en bijwerking van toegediende geneesmiddelen goed bij en parafeerden zij de toegediende medicatie op een toedienlijst. Daarnaast verrichtte 70 procent van de bezochte instellingen een jaarlijkse medicatiebeoordeling, uitgevoerd door een arts en apotheker. De inspectie vond echter lagere scores bij de aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheker; in totaal had bijna 40 procent van de instellingen geen actueel medicatieoverzicht of toedienlijst. Ook werd in 40 procent van de instellingen de medicatie niet voor een tweede keer gecontroleerd. De inspectie toetste de aanwezigheid van een elektronisch voorschrijfsysteem voor medicatie (EVS) bij 47 organisaties. Opvallend was dat 80 procent van die organisaties gebruik maakte van een EVS voor het voorschrijven van medicatie, terwijl deze norm in eerdere jaren nog niet bestond.

^k De normen voor medicatieveiligheid zijn in het afgelopen jaar grotendeels gewijzigd. Daarom is het niet mogelijk om de huidige resultaten over medicatieveiligheid te vergelijken met resultaten over dit thema uit eerder toezicht.

4.5 **Vrijheidsbeperking**

Het thema vrijheidsbeperking werd beoordeeld op basis van de volgende subonderwerpen: beschreven visie, analyseren probleemgedrag, psychosociale of gedragsinterventie gebruiken voor inzet psychofarmaca, multidisciplinaire besluitvorming, verantwoordelijkheid arts/gedragswetenschapper, toestemming cliënt, maatregelen opgenomen in dossier, zorgvuldig toepassen maatregelen en informatie gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

De inspectie constateerde dat bij een eerste bezoek 75 procent voldoende en 22 procent onvoldoende scoorde op de normen voor vrijheidsbeperkende maatregelen. 3 procent werd niet beoordeeld. Bij een hertoetsbezoek was het percentage dat voldeed en het percentage dat niet voldeed aan de normen respectievelijk 87 procent en 11 procent. Hier werd de norm voor vrijheidsbeperking bij 2 procent van de instellingen niet beoordeeld.

Ongeveer een kwart van de bezochte zorginstellingen beschreef geen visie en beleid over preventie, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast maakte 32 procent van de instellingen geen probleemanalyse van het gedrag van een cliënt voorafgaand aan het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wel bevond de inspectie dat bijna alle instellingen conform de norm een arts of gedragswetenschapper verantwoordelijk hadden gesteld voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ongeveer 80 procent van de zorgaanbieders nam alle vrijheidsbeperkende maatregelen die waren toegepast op in het cliëntdossier.

4.6 **Bestuursgesprekken**

In de periode tussen 1 januari en 1 september 2015 sprak de inspectie met 36 bestuurders van verpleeg- en verzorgingsinstellingen. De aanleiding voor deze gesprekken waren in de meeste gevallen achterblijvende resultaten of aanhoudende risico's op onverantwoorde zorg. De bestuursgesprekken vonden plaats op het kantoor van de inspectie en meestal in aanwezigheid van een lid van de Raad van Toezicht.

De wijze waarop de organisatie het intern toezicht georganiseerd had, was steeds het onderwerp van gesprek, alsmede de interne stuurinformatie van deze organisaties. Na het gesprek zette de inspectie op maat vervolgacties in het toezicht uit. Bij twaalf gesprekken besloot de inspectie het toezicht op de instelling een direct vervolg te geven, in de vorm van een bezoek aan de instelling of een tweede gesprek met de Raad van Bestuur. Bij veertien gesprekken heeft de inspectie naderhand het toezichttraject afgesloten. In sommige gevallen deed zij dit direct na het bestuursgesprek en in andere gevallen vroeg de inspectie eerst nog aanvullende informatie op bij de bestuurder om tot haar oordeel te komen.

Voor wat betreft de resterende bestuursgesprekken is de informatie-uitwisseling tussen de inspectie en bestuurder nog niet afgerond.

De inspectie heeft onderzoek gedaan naar de effecten van de bestuursgesprekken bij vijf organisaties. Bij vier van de vijf instellingen was een periode van verscherpt toezicht ingesteld of net afgerond. Bij een van de organisaties was de aanleiding tot het bestuursgesprek de wisselende kwaliteit van de onderzoeken die de zorgaanbieder uitvoerde naar aanleiding van gemelde calamiteiten aan de inspectie. Uit het evaluatieonderzoek bleek dat de organisaties de plaats van het gesprek (bij de inspectie op kantoor) en de aanwezigheid van de Raad van Toezicht ervaren als een 'fasering in escalatie'. Met name vanuit de hoek van de kwaliteitsfunctionarissen van deze instellingen werd aangegeven dat door deze gesprekken de focus van de besturing duidelijk meer op kwaliteit was komen te liggen. Zij vonden deze externe prikkel nuttig en het had het gevoel van urgentie verhoogd, die te merken was in

meer uren voor kwaliteit, extra scholing, aanname van hoger opgeleid personeel en aandacht voor een 'aanspreekcultuur'. Ook gaven de instellingen aan dat een verscherpt toezicht sterke consequenties heeft voor de zorgaanbieder. Een 'lastig gesprek' met de inspectie op een tijdig moment zou escalatie helpen voorkomen.

4.7 Toezicht op de Wet Bopz

Voor het Bopz-advies zijn de kwaliteitscriteria gebruikt zoals die beschreven staan in de 'Toetsingscriteria voor een Bopz-aanmerking in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten zorg' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). Voor het verkrijgen van een positief advies moesten instellingen aan alle gestelde criteria te voldoen.

Van de 25 instellingen voldeden 23 instellingen bij een Bopz-bezoek aan alle criteria. Dit houdt in dat deze instellingen:

- een beleid hadden beschreven voor in- en exclusiecriteria van de doelgroep;
- een Bopz-arts hadden die optrad als geneesheer-directeur I en die 24 uur per dag beschikbaar was;
- beschikten over een klachtencommissie volgens het besluit Klachtenbehandeling Bopz;
- voldoende personeel hadden dat geschoold was voor de zorgvragen van de cliëntendoelgroep;
- een protocol hadden beschreven voor het zorgdossier en het zorgplan van de cliënt;
- een beleid hadden ontwikkeld voor kwaliteitsbewaking voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

I Zie Wet Bopz (art.1 lid 3).

Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen, wetgeving en veldnormen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakte in haar toezicht gebruik van vier verschillende toezichtinstrumenten voor de bezoeken en bestuursgesprekken. Deze instrumenten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld.

De instrumenten zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving:

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

De volgende veldnormen, richtlijnen zijn gebruikt:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Toetsingskader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, IGZ, 2011.

De volgende circulaire, rapporten en overige bronnen zijn gebruikt:

- BTSG bibliotheek, Cirkel van Deming:
<http://www.btsg.nl/infobulletin/Deming%20cirkel.html> (geraadpleegd op 24-09-2015).
- 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.
- Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg: Lerende teams in de ouderenzorg, Nivel, 2015.
- Intramurale zorg voor kwetsbare ouderen: naar een perspectief op goede verpleeghuiszorg, VWS, 2015.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Monitor Langdurige Zorg, Kerncijfers 2014.
<http://www.monitorlangdurigezorg.nl/>
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.
- Verbetering van de ouderenzorg gaat langzaam: intensivering toezicht-bezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012, IGZ, 2014.