



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Livio in Enschede en
Kleinschalig Wonen Troelstrastraat in Neede
op 9 april 2019 en Wiedenhof
in Haaksbergen op 16 april 2019

Utrecht, juli 2019

V2011514

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Stichting Livio, Troelstrastraat en Wiedenhof 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
2.2.1	De vervolgactie die de inspectie van Livio verwacht 5
2.2.2	Vervolgactie van de inspectie 5
3	Resultaten Troelstrastraat 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 7
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.4	Medicatieveiligheid 10
4	Resultaten Wiedenhof 12
4.1	Persoonsgerichte zorg 12
4.2	Deskundige zorgverlener 13
4.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.4	Medicatieveiligheid 16
4.5	Overige bevindingen 17
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 18
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 19

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) sprak op 9 april 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Livio (hierna: Livio). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan Kleinschalig Wonen Troelstrastraat (hierna: Troelstrastraat) in Neede en op 16 april 2019 aan Wiedenhof in Haaksbergen.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één of meerdere locatie(s). Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid.

De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving Stichting Livio, Troelstrastraat en Wiedenhof

Livio biedt verpleeghuiszorg, verzorging, thuiszorg en zorg voor lichamelijk gehandicapten. Livio heeft twintig locaties in de regio Enschede, Haaksbergen, Neede en Eibergen. Een éénhoofdige raad van bestuur stuurt de organisatie aan. Deze bestuurder is sinds een half jaar aangesteld. Livio heeft een raad van toezicht bestaande uit zes leden.

Troelstrastraat

Troelstrastraat is een kleinschalige woonvorm met in totaal negentien appartementen. De appartementen hebben allen een eigen badkamer met toilet. Drie teams verlenen de zorg. Twee teams zijn gericht op cliënten met dementie (PG) en één team is gericht op cliënten met een somatische aandoening. Zes of zeven cliënten maken gezamenlijk gebruik van een keuken en woonkamer voor ontmoeting, eten en activiteiten. De zorgzwaarte kan variëren van VV 5 tot en met VV 7.

De inspectie bezocht zowel de afdeling PG als somatiek. Troelstrastraat heeft een aanmerking in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

De zorg wordt verleend door 34 (17,5 fte) zorgverleners waarvan twee (1,3 fte) eerstverantwoordelijk verzorgenden (Evv), 25 (12,8 fte) verzorgende niveau 3, drie (1,0 fte) zorgondersteuners en drie (1,7 fte) medewerkers 'mooie dag'. Troelstrastraat heeft daarnaast een (0,7 fte) leerlingverzorgende in dienst.

Een manager resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE) is eindverantwoordelijke voor de locatie. Een verpleegkundige is op afroep beschikbaar.

Livio werkt met zelfstandige zorgteams. De inspectie leest dat de zelfstandige zorgteams op de locatie de uitdaging hebben om een zo gevarieerd mogelijk team samen te stellen met de benodigde kennis en kunde. Een coach & coördinator ondersteunt deze teams.

Wiedenhof

Wiedenhof is een locatie in aanbouw met afdelingen voor psychogeriatric (PG), jong dementerenden en somatiek. Het eerste deel van deze nieuwbouwlocatie is in september 2018 opgeleverd en biedt ruimte aan 64 cliënten. Het tweede deel is nog in aanbouw en zal waarschijnlijk in september 2019 worden opgeleverd. Als de tweede fase klaar is zullen er in totaal 98 cliënten woonachtig zijn in Wiedenhof, waarvan 66 cliënten op de afdeling PG en 32 op de afdeling somatiek.

Op de begane grond is een gezellig en modern ingericht restaurant met een ruimte voor dagopvang aan externe cliënten. Verder zijn er ruimtes gecreëerd voor de kapper en andere algemene voorzieningen. Een groot deel van die ruimtes staat nog leeg. De appartementen op de begane grond hebben allen toegang tot een terras. Op de eerste etage is voor iedere twee aangrenzende woongroepen een ruim balkon.

Op de oude locatie Het Wiedenbroek blijven 20 cliënten wonen op de afdeling geriatrische revalidatie.

Ten tijde van het bezoek ontvangen 61 cliënten zorg op Wiedenhof. De huidige cliënten op Wiedenhof hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV 5 tot en met VV 9. De inspectie bezocht de afdelingen PG. Deze afdelingen hebben een aanmerking in het kader van de Wet Bopz.

De afdeling PG bestaat uit zes woongroepen met elk acht cliënten. Een woongroep beslaat een gezamenlijke huiskamer met open keuken en een gang met daaraan acht ruime individuele kamers met sanitaire voorzieningen voor de cliënten. Telkens zijn twee naast elkaar gelegen woongroepen met elkaar verbonden door een gezamenlijke entree, gang en een tussendeur in de huiskamers.

De zorg wordt verleend door 98 (46,5 fte) zorgverleners, waarvan 8 (3,1 fte) verpleegkundigen, 68 (34,8 fte) verzorgende niveau 3, 12 (1,7 fte) helpende niveau 2. Daarnaast zijn er 6,03 fte medewerkers mooie dag en 11 (5,3 fte) overige. Elke woongroep heeft een eigen team zorgverleners. Een manager resultaatverantwoordelijke eenheid is eindverantwoordelijke voor de locatie. Livio werkt met zelfstandige zorgteams. De inspectie leest dat de zelfstandige zorgteams op de locatie de uitdaging hebben om een zo gevarieerd mogelijk team samen te stellen met de benodigde kennis en kunde. Een coach & coördinator ondersteunt deze teams.

Behandeldienst

Op beide locaties zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundig specialist en een psycholoog. De locaties kunnen ook een ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, vaktherapeut, bewegingsagoog en een diëtiste inschakelen. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. De bestuurder geeft aan dat de formatie behandelaren op dit moment voldoende is. Er zijn geen openstaande vacatures.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Troelstrastraat en op Wiedenhof grotendeels voldoet aan de getoetste normen. Troelstrastraat voldoet (grotendeels) aan zeven van de tien getoetste normen en Wiedenhof voldoet (grotendeels) aan vijf van de tien getoetste normen. De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop Livio stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg vanwege de open en transparante houding van raad van bestuur en het management. De nieuwe bestuurder heeft goede ontwikkelingen in gang gezet, maar de resultaten zijn nog niet altijd zichtbaar in de praktijk.

2.2 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Livio verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

2.2.1 *De vervolgactie die de inspectie van Livio verwacht*

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

De inspectie verwacht van Livio een resultaatverslag binnen zes maanden van de normen die grotendeels niet voldoen.

De inspectie verwacht dat Livio de verbetermaatregelen zo nodig ook op andere locaties treft.

2.2.2 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van het resultaatverslag beoordeelt de inspectie of zij opnieuw een bezoek aan één van de locaties zal brengen. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen toetst.

3 Resultaten Troelstrastraat

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

- Donkergroen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Lichtgroen: De locatie **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst**

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm.

Uit observaties blijkt dat zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënt zijn. Tijdens de lunch hebben de zorgverleners gesprekken met de cliënten waaruit blijkt dat de zorgverleners de voorkeuren van de cliënten kennen. Zo vertelt een zorgverlener dat er in de avond voetbal is op TV. De cliënt geeft aan dat hij dat inderdaad weet en dat hij ook gaat kijken.

Tijdens het gesprek over muziek vraagt een zorgverlener aan de cliënt "U luistert graag klassieke muziek, klopt dat?". De cliënt antwoordt heel enthousiast dat hij daarvan erg geniet. De inspectie ziet dat zorgverleners cliënten die graag willen meehelpen bij het afruimen van de tafel hen daartoe stimuleren.

In een andere huiskamer ziet de inspectie dat een cliënt tevreden de krant aan het lezen is. In de huiskamer staat een boekenkast en liggen cd's. Er is een tovertafel en een poes waarvan een bewoner zichtbaar geniet.

In de cliëntdossiers ziet de inspectie op verschillende plaatsen informatie staan over de wensen en behoeften van de cliënten, ook zijn er familieboeken aanwezig die door de familie gemaakt zijn.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm.

Tijdens de observatie ziet de inspectie dat zorgverleners cliënten stimuleren om zoveel mogelijk zelf te doen. Zo helpen cliënten met tafel dekken en opruimen. Een zorgverlener vraagt na het opruimen of de cliënt wil dat ze de vaat in de vaatwasser doen of dat de cliënt het liever afwast. De cliënt geeft aan het vroeger altijd af te wassen en dat ze dit zó gedaan heeft. De cliënt gaat vervolgens afwassen.

Ook ziet de inspectie dat cliënten elkaar helpen met het eten. Een zorgverlener vraagt aan een cliënt of zij de andere cliënt kan helpen. De cliënt knikt instemmend en smeert gelijk het brood van de andere cliënt. Daarnaast ziet de inspectie dat zorgverleners de cliënten stimuleren om de eigen regie te behouden. Een zorgverlener vraagt aan de cliënt of hij boter op zijn brood wil. De cliënt geeft aan dat hij dit graag zou willen. De zorgverlener vraagt vervolgens of zij alleen boter op het mes moet doen zodat hij het zelf kan smeren. De cliënt stemt hiermee in. Cliënten bepalen met elkaar wat ze eten met de warme maaltijd. Tijdens de broodmaaltijd staat alles op tafel en kunnen cliënten zelf keuzes maken. Bij nieuwe cliënten maken zorgverleners afspraken met de familie over wie welke taken kan uitvoeren met daarin ook de rol van de cliënt. In het dossier ziet de inspectie bijvoorbeeld dat zorgverleners bij een cliënt iedere dag vragen of er was is. Zij betrekken hierin de cliënt omdat dit belangrijk is voor deze persoon. Zorgverleners nemen niet ongevraagd de was mee.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm.

Uit de observatie blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie ziet dat zorgverleners bukken als ze tegen cliënten spreken. Hierbij raken ze de hand, arm of schouder van een cliënt aan. Ze spreken op een rustige toon tegen de cliënten. Tijdens het eten is er bewust geen muziek, vertellen zorgverleners. Hierdoor is er volgens de zorgverleners meer aandacht voor het eten en voor elkaar.

De inspectie hoort dat zorgverleners sommige cliënten bij de voornaam aanspreken. Bij navraag geeft de cliënt zelf aan dat hij zeker niet wil dat zorgverleners hem aanspreken bij zijn achternaam.

Daarnaast hoort de inspectie dat er een cliënt woonde op de Troelstrastraat, waarvan de echtgenote terminaal ziek was. Troelstrastraat heeft het mogelijk gemaakt dat deze echtgenote de laatste maanden van haar leven ook in Troelstrastraat kon verblijven, zodat zij nog zoveel mogelijk momenten samen konden doorbrengen.

Een andere cliënt van Troelstrastraat krijgt vaak bezoek van een partner.

Zorgverleners vertellen dat zij het belangrijk vinden dat wanneer deze partner langskomt, er aandacht is voor voldoende privacy. De cliënt waardeert dit heel erg en had vooraf niet gedacht dat dit mogelijk zou zijn.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm.

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt voldoende betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie ziet risicosignaleringen in het dossier vastgelegd. Gesprekspartners geven verschillende voorbeelden als het gaat om het maken van professionele afwegingen. Bij een cliënt die vaak wakker werd in de nacht en daarmee ook een verhoogd risico had op vallen, zijn eerst allerlei alternatieven geprobeerd voordat er een vrijheidsbeperkende maatregel is ingezet. Bij deze cliënt is bijvoorbeeld een muziekkussen, ballendeken, aroma's en een projectlamp ingezet.

Deze verschillende alternatieven hebben niet gewerkt voor deze cliënt. Met de familie van deze cliënt is besproken dat cliënt een geaccepteerd valrisico heeft. Verder ziet de inspectie dat bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen er navolgbare afwegingen plaatsvinden. De inspectie ziet deze afwegingen in het dossier terug. Ook ziet de inspectie dat er evaluatiedata bij staan en dat zorgverleners tijdens het MDO de maatregelen cyclisch evalueren. Bij diverse cliënten zijn bijvoorbeeld psychofarmaca afgebouwd.

De zorgverleners die werkzaam zijn op Troelstrastraat hebben minimaal niveau drie. De zorgverleners hebben wekelijks overleg met verschillende disciplines, zoals een verpleegkundig specialist, een diëtiste, een ergotherapeut en een psycholoog. Elke twee weken bezoekt de specialist ouderengeneeskunde deze locatie. Zorgverleners bespreken met de disciplines ook de cliënten bij wie bijvoorbeeld geen risico is op ondervoeding. De professionele afwegingen maken de zorgverleners altijd in samenspraak met de disciplines.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie ziet het methodisch werken niet goed terug in het cliëntdossier. Het dossier ondersteunt het methodisch werken niet goed. Informatie staat op verschillende plaatsen in het dossier en is voor zorgverleners niet altijd goed terug te vinden. Het is bijvoorbeeld voor zorgverleners niet mogelijk om alle rapportages op een bepaald doel op te vragen. De inspectie ziet dat zorgverleners rapporteren op doelen, maar in het dossier is het lastig om voor een langere periode rapportages op één doel te bekijken.

Gesprekspartners vertellen dat er meerdere cliënten zijn met een benaderingsadvies. Om dit benaderingsadvies in te kunnen zien, moeten de zorgverleners alle rapportages van de psycholoog langs. De uitkomsten van de risicosignalering komen niet automatisch terug in het zorgleefplan. Gesprekspartners vertellen daarnaast dat er veel verschillende interne communicatiewijzen zijn. Informatie gaat via apps op de smartphone, de e-mail, via rapportages en overdrachten. Ook is er een map van cliënten om nieuwe mensen snel in te werken.

De inspectie ziet daarnaast dat cliënten actuele zorgleefplannen hebben waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Zorgverleners en behandelaren rapporteren in hetzelfde dossier. De inspectie hoort van gesprekspartners dat zij goed weten wat de afspraken zijn en hoe zij deze opvolgen. De inspectie ziet in de verslagen van de multidisciplinaire overleggen (MDO) dat zorgverleners afspraken, doelen en evaluaties van bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen langslopen.

De inspectie hoort zowel tijdens het gesprek met de bestuurder als tijdens het bezoek op de locatie, dat Livio bezig is met het opnieuw inrichten van een nieuw cliëntdossier. Het belangrijkste speerpunt is daarbij het multidisciplinair werken beter mogelijk maken in het dossier.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat grotendeels niet** aan deze norm. Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat zij een hoge werkdruk ervaren. De bezetting van zorgverleners is volgens hen onvoldoende voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De zorgverleners geven aan niet toe te komen aan bijvoorbeeld het rapporteren. Daarnaast hoort en ziet de inspectie dat de overdracht in de eigen tijd van zorgverleners plaatsvindt. In de roosters is hiervoor geen tijd gereserveerd. Ook hoort de inspectie dat het werken in professioneel georganiseerde teams veel extra werkzaamheden en verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Om dit goed met elkaar af te stemmen is tijd nodig. Nu overleggen de teams eenmaal per drie maanden anderhalf uur. Een gedeelte hiervan is bewonersbespreking.

Zorgverleners geven aan dat er tijdens de diensten van de 'medewerkers mooie dag' er meer ruimte is voor individuele aandacht en activiteiten. Livio heeft per team op maat een rooster gemaakt waarbij de teams hebben aangegeven, op basis van de aanwezige deskundigheidsmix, wanneer de aanwezigheid van de medewerker mooie dag gewenst is.

Uit documentinzage blijkt dat Livio een breed aanbod aan scholingen heeft. De inspectie leest dat alle teams werken volgens een team ontwikkelplan. Ondanks het brede aanbod binnen Livio, geven de gesprekspartners aan dat zij beperkt gebruik maken van scholingen. Dit gebeurt gedeeltelijk in eigen tijd.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat grotendeels** aan deze norm. De inspectie ziet dat Livio aandacht heeft voor het systematisch bewaken van de kwaliteit en veiligheid. Bestuurder en raad van toezicht geven aan dat hier nog winst te behalen valt. Livio staat hierin in een beginfase en is recent gestart met het gebruik van een dashboard waarop Kritische PrestatieIndicatoren (KPI's) staan. Deze KPI's zijn: cliëntretentiepercentage, participatiegraad, interne audit, NPS, verzuim, WAI, brutomarge en rooster. De informatie is afkomstig vanuit verschillende bronnen en het dashboard wordt wekelijks geüpdatet. De score's op de KPI's zijn aangegeven aan de hand van smileys die staan voor 'geen gegevens', 'goed', 'bijna goed' en 'niet goed'. Deze informatie gebruikt het management ook. Het is de taak van de teams zelf om aan de hand van interne audits en het dashboard teamverbeterplannen te maken. Deze teamplannen kan de bestuurder ook inzien.

Naast het dashboard heeft het management een managementrapportage per kwartaal. Hierin is aangegeven hoeveel klachten er in het afgelopen kwartaal er zijn binnengekomen, hoeveel MIC -en MIM-meldingen er gedaan zijn en wat voor meldingen dit waren. Deze komen in het teamoverleg terug. Het is voor de inspectie niet aantoonbaar of de ingezette verbetermaatregelen passend zijn. Bij een cliënt die gevallen is, is de verbetermaatregel dat cliënt moet bellen als hij naar het toilet gaat. Het is onduidelijk of cliënt hiertoe in staat is. Verder staat er een overzicht in van de middelen en maatregelen die Livio inzet, cliëntervaringen en de uitkomsten van interne audits. In het managementrapport staan voorgestelde verbetermaatregelen. Het is in deze rapportages onduidelijk wat de verbetermaatregelen inhouden en wanneer deze opvolging krijgen. Ook is onduidelijk wie hiervoor verantwoordelijk is. De verbetermaatregelen zijn niet SMART geformuleerd. Livio maakt de Plan-Do-Check-Act-cyclus nog niet helemaal rond.

Tijdens het gesprek met bestuurder en raad van toezicht geeft bestuurder aan dat er op deze punten verbetering te behalen is. Het management herkent de punten die de inspectie benoemt tijdens de terugkoppeling. Livio is open en transparant over de verbeterpunten en de ontwikkelingen.

Tijdens het bezoek aan de locaties merkt de inspectie dat de dashboards en de verbeterplannen niet bekend zijn bij de zorgverleners. Wel weten de zorgverleners wat bijvoorbeeld de uitkomsten van de interne audits zijn.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie ziet dat zorgverleners nog onvoldoende de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Gesprekspartners vertellen dat ze hierin niet gefaciliteerd worden. In Troelstrastraat vindt één keer in de drie maanden een teamoverleg van anderhalf uur plaats. Gesprekspartners geven aan dat er dan veel onderwerpen aan bod komen, waardoor er geen tijd is voor intervisie en reflectie. Ook de scholingen en bijvoorbeeld het bezoeken van informatieve bijeenkomsten moet in de eigen tijd van zorgverleners gebeuren.

Verder hoort de inspectie dat zorgverleners in wisselende mate invloed hebben op besluitvorming. Gesprekspartners vertellen dat er al meerdere malen is aangegeven dat de vloer op de begane grond onhygiënisch en onveilig is. Dit probleem blijft vooralsnog onopgelost. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners geen invloed hebben gehad op het 'verzuimplan' wat Livio nu heeft opgesteld voor het hoge ziekteverzuim. Gesprekspartners geven aan het hiermee niet helemaal eens te zijn. Tegelijkertijd hoort de inspectie dat zorgverleners zelf met plannen zijn gekomen die hebben geleid tot het aannemen van 'medewerkers mooie dag'.

Livio maakt samen met drie andere organisaties deel uit van een lerend netwerk 'samenwerkende partners Zorgschakel Enschede'. Gesprekspartners op de locatie Troelstrastraat zijn hiervan nog niet op de hoogte. Gesprekspartners geven aan ook binnen Livio de contacten met de andere locaties te missen.

Tegelijkertijd treft de inspectie bij alle gesprekspartners en ook bij het bestuur en de raad van toezicht een open en transparante houding aan. De bereidheid en de wil om te leren is aanwezig. Voor zorgverleners zijn echter te weinig voorwaarden aanwezig om hier structureel aan te kunnen werken.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm. Troelstrastraat maakt gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem Medimo. Hierin ziet de inspectie dat zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijsten van de apotheek voor elke cliënt. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van de cliënten die medicatie gebruiken. Zorgverleners kunnen de bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aanpassen. Dit kunnen alleen de artsen en de verpleegkundig specialisten.

De gesprekspartners vertellen dat Troelstrastraat binnen 24 uur na de start van de zorg beschikt over een actueel medicatieoverzicht.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Troelstrastraat** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst paraferen. In Medimo krijgt elk toedientijdstip voor elke medicatie een groen blokje als zorgverleners het moeten toedienen. Zo weten zorgverleners welke medicatie ze moeten geven. De inspectie ziet ook dat zorgverleners de tweede controle (medicatie buiten het geneesmiddelen distributiesysteem) bekwaam uitvoeren. Als zorgverleners medicatie moeten toedienen die zij dubbel moeten aftekenen, worden twee blokjes groen. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze. Iedere zorgverlener heeft een eigen inlogcode om in te kunnen loggen bij Medimo. Deze is gekoppeld aan de initialen die in het systeem komen als deze zorgverlener aftekent.

4 Resultaten Wiedenhof

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

- Donkergroen: De locatie **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Lichtgroen: De locatie **voldoet grotendeels aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
- Geel: De locatie **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie **voldoet niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie ziet weinig wensen en behoeften vermeld in het cliëntdossier. Zorgkaarten waarop de wensen en behoeften staan, zijn ingevuld in 2015 en daarom gedateerd. Ook is er niet altijd een levensgeschiedenis terug te vinden in alle dossiers. Een gesprekspartner vertelt dat in de eerste rapportage staat aangegeven of een cliënt bij de voor- of achternaam genoemd wil worden. Om deze rapportage terug te lezen, moeten de zorgverleners veel zoeken in het cliëntdossier. Verder ziet de inspectie dat de fysieke omgeving nog niet geheel af is om voldoende aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënten. De huiskamers zijn ruim en geheel nieuw ingericht. In een van de huiskamers ontbrak het aan huiselijkheid doordat de verlichting niet aan was. Aan de lege ophangkoorden was te zien dat op meerdere plekken nog muurdecoratie moest komen te hangen. Op verschillende etages moest de verbindingshal naar twee woongroepen nog ingericht worden. Naar zeggen van zorgverleners zal dit thematisch gebeuren, dit is nog in ontwikkeling.

De inspectie ziet tijdens de observatie ook mooie voorbeelden. Tijdens de lunch zit een cliënt apart aan een tafel zonder andere medebewoners. Bij navraag blijkt dat de cliënt de tafel telkens een stuk naar voren verschuift. De zorgverlener geeft aan dat de cliënt veel prikkels krijgt aan de grote tafel en dat andere cliënten last hebben van het verschuiven van de tafel. Daarom is besloten deze cliënt alleen aan een tafel te laten zitten. Tijdens een andere observatie ziet de inspectie dat zorgverleners een cliënt de gelegenheid bieden om op haar eigen kamer te lunchen.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels niet** aan deze norm. Uit observaties blijkt dat zorgverleners de eigen regie van cliënten onvoldoende versterken. De inspectie ziet dat zorgverleners tijdens de lunch het eten in de keuken voorbereiden en hierbij niet de cliënten betrekken. Ook bij het dekken van de tafel betrekken zorgverleners de cliënten niet. De cliënten zitten allen aan tafel te wachten tot de zorgverlener de lunch brengt. Iets verder van de tafel af staat een televisie aan. Eén cliënt leest de krant. De andere cliënten kijken voor zich uit. Er is geen bezigheid voor de cliënten.

Na de lunch loopt een cliënt de keuken in waar de zorgverlener bezig is met afruimen. De cliënt geeft aan dat zij wel wil helpen. De zorgverlener geeft aan dat het al klaar is. De cliënt gaat weer aan tafel zitten. De inspectie ziet in het zorgdossier niet terug dat zorgverleners cliënten stimuleren tot het nemen van eigen regie.

Bij navraag hoort de inspectie dat er in verband met veiligheidsredenen geen tafels worden gedekt. De zorgverlener geeft aan dat ze dit wel hebben geprobeerd, maar dat cliënten dan gingen rondlopen met bijvoorbeeld bestek. Ook vertellen gesprekspartners dat door hygiëne cliënten niet mogen helpen tijdens het voorbereiden van het eten.

De inspectie ziet wel dat Wiedenhof cliënten zo min mogelijk beperken in hun vrijheid. Cliënten kunnen vrij over de gang lopen waar ze toegang hebben tot twee huiskamers. Elk gangpad tot aan de gesloten deur heeft een eigen terras of een balkon waar de cliënten ook kunnen gaan zitten.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels** aan deze norm. Uit de observatie blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie ziet dat zorgverleners bukken als ze tegen cliënten spreken. Hierbij raken ze de hand, arm of schouder van een cliënt aan. Ze spreken op een rustige toon tegen de cliënten.

De inspectie hoort dat zorgverleners sommige cliënten bij de voornaam aanspreken en anderen bij de achternaam. Gesprekspartners geven aan dat in de eerste rapportage staat aangegeven hoe de cliënt genoemd wil worden (norm 1.2). Tijdens de lunch ziet de inspectie dat een zorgverlener ervoor kiest om haar boterham te eten bij een cliënt die op dat moment alleen aan een tafel zit. De cliënt is duidelijk blij met de komst van een tafelgenoot om even te kunnen praten.

De locatie is nieuw; er zijn nog niet overal herkenningspunten voor de cliënten aangebracht om hun weg door de woongroep en afdeling te kunnen vinden, bijvoorbeeld naar de eigen kamer.

4.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels** aan deze norm. Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt kennen en die voldoende betrekken bij het maken van professionele afwegingen. De inspectie ziet risicosignaleringen in het dossier vastgelegd.

Gesprekspartners geven verschillende voorbeelden als het gaat om het maken van professionele afwegingen. Bij een cliënt met erg onrustig gedrag zijn verschillende disciplines betrokken geweest. Dit is navolgbaar in het dossier. Rapportages van bijvoorbeeld de ergotherapeut, de fysiotherapeut en de vaktherapeut zijn terug te vinden. De zorgverleners merkte op dat de cliënt telkens schrok van het geluid van de kastdeur. De ergotherapeut stelde voor om in de kastdeur een sticker te plakken waardoor de deur langzaam zou sluiten. Na verschillende interventies bleek dat de cliënt onrustig bleef en is gekozen voor medicatie.

Verder ziet de inspectie dat bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen er navolgbare afwegingen plaatsvinden. De inspectie ziet deze afwegingen in het dossier terug. Ook ziet de inspectie dat er evaluatiedata bij staan en dat zorgverleners tijdens het MDO de maatregelen cyclisch evalueren.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels niet** aan deze norm. De inspectie ziet het methodisch werken niet goed terug in het cliëntdossier. Het dossier ondersteunt het methodisch werken niet goed. Informatie staat op verschillende plaatsen in het dossier en is voor zorgverleners niet altijd goed terug te vinden. De inspectie ziet bijvoorbeeld dat zorgverleners rapporteren op doelen, maar in het dossier is het lastig om voor een langere periode rapportages op één doel te bekijken.

De inspectie ziet in het zorgleefplan dat de psycholoog een benaderingsadvies heeft opgesteld. Om dit benaderingsadvies te kunnen inzien, moeten de zorgverleners alle rapportages van de psycholoog langs. De uitkomsten van de risicosignalering komen niet automatisch terug in het zorgleefplan. Tijdens inzage in het cliëntdossier constateert inspectie dat het niet mogelijk is de toestemming van een cliënt terug te vinden voor het niet reanimeren beleid.

De inspectie ziet wel dat Wiedenhof actuele zorgleefplannen heeft waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Zorgverleners en behandelaren rapporteren in hetzelfde dossier. De inspectie ziet in de verslagen van de multidisciplinaire overleggen (MDO) dat zorgverleners afspraken, doelen en evaluaties van bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen langslopen.

De inspectie hoort zowel tijdens het gesprek met bestuurder als tijdens het bezoek op de locatie dat Livio bezig is met het inrichten van een nieuw cliëntdossier. Het belangrijkste speerpunt is daarbij het multidisciplinair werken beter mogelijk maken in het dossier.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels niet** aan deze norm. Uit gesprekken met zorgverleners blijkt dat zij een hoge werkdruk ervaren. De bezetting van zorgverleners is volgens hen onvoldoende voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De zorgverleners geven aan dat de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor het controleren op rapportages, soms merkt dat zorgverleners niet goed of niet vaak genoeg rapporteren. De reden hiervoor is tijdsgebrek. Daarnaast hoort en ziet de inspectie dat de overdracht in de eigen tijd van zorgverleners plaatsvindt.

In de roosters is hiervoor geen tijd gereserveerd. Ook hoort de inspectie dat het werken in professioneel georganiseerde teams veel extra werkzaamheden en verantwoordelijkheden met zich meebrengt. Dit moet men naast de normale zorgtaken erbij doen. Om dit onderling goed met elkaar af te stemmen is meer tijd nodig. Nu overleggen de teams eenmaal per drie maanden anderhalf uur. Een gedeelte hiervan is bewonersbespreking.

Daarnaast hoort de inspectie dat de zorgverleners zich niet ondersteund voelen in de overgang naar professionele teams. Gesprekspartners geven aan geen scholing te hebben gehad over de zelforganisatie en de rollen die de zorgverleners toebedeeld hebben gekregen. De rollen zijn verdeeld, maar zorgverleners weten niet wat de rol precies inhoudt en welke taken verricht moeten worden.

Tegelijkertijd hoort de inspectie dat zorgverleners erg blij zijn met de komst van de 'medewerkers mooie dag'. Ze geven aan dat er tijdens de diensten van de 'medewerkers mooie dag' meer ruimte is voor individuele aandacht en activiteiten. Livio heeft per team op maat een rooster gemaakt waarbij de teams hebben aangegeven, op basis van de aanwezige deskundigheidsmix, wanneer de aanwezigheid van de medewerker mooie dag gewenst is.

Uit documentinzage blijkt dat Livio een breed aanbod aan scholingen heeft. De inspectie leest dat alle teams werken volgens een team ontwikkelplan. Ondanks het brede aanbod binnen Livio, geven de gesprekspartners aan dat zij beperkt gebruik maken van scholingen. Dit gebeurt gedeeltelijk in eigen tijd. De inspectie ziet dat er doelgroepspecifieke opleidingen aangeboden worden op Wiedenhof. De inspectie ziet dat een aantal zorgverleners de scholing 'Jonge mensen met dementie' hebben gevolgd.

4.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat Livio aandacht heeft voor het systematisch bewaken van de kwaliteit en veiligheid. De kwartaalrapportages RVE laten resultaten zien per RVE met voorgestelde verbetermaatregelen. In het kwaliteitsplan 2019-2021 staan per locatie de specifieke verbeterpunten genoemd. Livio is transparant hierover. De bestuurder en de raad van toezicht geven aan dat hier nog winst te behalen valt. De inspectie ziet ook dat de verbetermaatregelen nog niet smart geformuleerd zijn. Bestuurder geeft aan hierin in een beginfase te staan. Livio is recent gestart met het gebruik van een dashboard waarop Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) staan. Deze KPI's zijn: cliëntretentiepercentage, participatiegraad, interne audit, net promoter score (NPS), verzuim, Work Ability Index (WAI), brutomarge en rooster. De informatie is afkomstig vanuit verschillende bronnen en het dashboard wordt wekelijks geüpdatet. De score's op de KPI's zijn aangegeven aan de hand van smileys die staan voor: 'geen gegevens', 'goed', 'bijna goed' en 'niet goed'. Deze informatie gebruikt het management bij de aansturing van de teams. . Het is wel de taak van de teams zelf om aan de hand van interne audits en het dashboard teamverbeterplannen te maken. Deze teamplannen kan de bestuurder inzien.

Naast het dashboard heeft het management een managementrapportage per kwartaal. Hierin is aangegeven hoeveel klachten er in het afgelopen kwartaal er zijn binnen gekomen, hoeveel MIC- en MIM-meldingen er gedaan zijn en wat voor meldingen dit waren. Verder staat er een overzicht in van de middelen en maatregelen die Livio inzet, cliëntervaringen en de uitkomsten van interne audits. In het managementrapport staan voorgestelde verbetermaatregelen.

Tijdens het gesprek met bestuurder en raad van toezicht geeft bestuurder aan dat er op deze punten verbetering te behalen is. Het management herkent de punten die de inspectie benoemt tijdens de terugkoppeling. Livio is open en transparant over de verbeterpunten en de ontwikkelingen.

Tijdens het bezoek aan de locaties merkt de inspectie dat de dashboards en de verbeterplannen niet bekend zijn bij de zorgverleners. Wel weten de zorgverleners wat bijvoorbeeld de uitkomsten van de interne audits zijn.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners nog onvoldoende de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Gesprekspartners vertellen dat ze hierin niet gefaciliteerd worden. Op Wiedenhof heeft elk team in principe één keer in de drie maanden een teamoverleg van anderhalf uur. De teams hebben zelf de verantwoordelijkheid om hiervoor tijd en ruimte vrij te maken. De inspectie hoort ook dat een ander team al sinds de verhuizing naar het nieuwe pand (september 2018) geen teamoverleg heeft gehad. Gesprekspartners geven aan dat er dan veel onderwerpen aan bod komen, waardoor er geen tijd is voor intervisie en reflectie. Daarnaast geven ze aan dat ook de scholingen en bijvoorbeeld het bezoeken van informatieve bijeenkomsten in de eigen tijd van zorgverleners moet gebeuren.

Tegelijkertijd treft de inspectie bij alle gesprekspartners en ook bij het bestuur en de raad van toezicht een open en transparante houding aan. De bereidheid en de wil om te leren is aanwezig. Voor zorgverleners zijn echter te weinig voorwaarden aanwezig om hier structureel aan te kunnen werken.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof** aan deze norm.

Wiedenhof maakt gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem Medimo. Hierin ziet de inspectie dat zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijsten van de apotheek voor elke cliënt. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van de cliënten die medicatie gebruiken. Zorgverleners kunnen deze overzichten en lijsten niet zelf maken. Ook kunnen de zorgverleners de bestaande medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aanpassen. Dit kunnen alleen de artsen en de verpleegkundig specialisten.

De gesprekspartners vertellen dat Wiedenhof binnen 24 uur na de start van de zorg beschikken over een actueel medicatieoverzicht.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Wiedenhof** aan deze norm.

De inspectie ziet dat de zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst paraferen. In Medimo zijn foto's van cliënten te zien. Als zorgverleners medicatie moeten toedienen komt er een groen vlaggetje bij de foto van de cliënt. Als zorgverleners op de foto klikken komen ze bij de toedienlijst van de cliënt. Elk toedientijdstip voor elke medicatie krijgt een groen blokje als zorgverleners het moeten toedienen. Zo weten zorgverleners welke medicatie ze moeten geven. De inspectie ziet ook dat zorgverleners de tweede controle (medicatie buiten het geneesmiddelen distributiesysteem) bekwaam uitvoeren. Als zorgverleners medicatie moeten toedienen die zij dubbel moeten aftekenen, worden twee blokjes groen. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze. Iedere zorgverlener heeft een eigen inlogcode om in te kunnen loggen bij Medimo. Deze is gekoppeld aan de initialen die in het systeem komen als deze zorgverlener aftekent.

4.5 Overige bevindingen

Norm 3.1

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Op de nieuwe locatie Wiedenhof constateert de inspectie op de Bopz-aangemerkte woningen dat het warme water uit de douches te heet kan worden. De beveiligingsknop kan op een eenvoudige wijze worden ontgrendeld. Het management gaf aan dit direct op te pakken.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw).
- 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 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:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaken, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaire 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.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

- Kwaliteitsverslag 2017;
- Kwaliteitsplan 2019-2021;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locaties;
- Overzicht fte's zorgverleners en behandelaars op de bezochte locaties;
- Managementrapportage Zorg & Verblijf Q4 2019;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties en de planning voor het lopende jaar.