



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

Rapport van het onaangekondigd
inspectiebezoek aan Lunet Zorg,
de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4,
in Duizel op 20 augustus 2015

Utrecht, oktober 2015

Referentie: 1006245

Inhoud

1	Inleiding 3
2	Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek 5
2.1	Thema 1. Veiligheid 6
2.2	Thema 2. Toepassen van vrijheidsbeperking 9
2.3	Thema 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan 11
2.4	Thema 4. Kwaliteit van personeel en organisatie 13
3	Oordeel 15
3.1	Thema Veiligheid 15
3.2	Thema Toepassen van vrijheidsbeperking 15
3.3	Thema Uitvoering van het ondersteuningsplan 15
3.4	Thema Kwaliteit van personeel en organisatie 16
3.5	Oordeel 16
4	Herstelmaatregelen en handhaving 17
4.1	Te nemen maatregelen 17
4.2	Handhaving 17
Bijlage 1	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten 18

1 Inleiding

Op 20 augustus 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd Quick Scan bezoek gebracht aan Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4.

Op basis van de bevindingen tijdens dit bezoek beoordeelt de inspectie per thema in welke mate Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 voldoet aan wetgeving, aan veldnormen van koepelorganisaties en beroepsverenigingen binnen de gehandicaptenzorg en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf¹. De in dit rapport genoemde normen hebben als doel bij te dragen aan veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning.

Werkwijze

De inspecteurs gebruiken tijdens het onaangekondigd toezichtbezoek een 'Quick Scan' instrument dat is ontwikkeld om de uitvoering van de zorg te beoordelen en dat is gebaseerd op de genoemde wetgeving, veldnormen en de zorgvuldigheidsnormen van de inspectie.

Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie:

- Een bezoek gebracht aan een woning;
- gesprekken gevoerd met cliënten, begeleiders, een gedragskundige, een arts en een leidinggevende;
- zorgplannen en dossiers ingezien.

De aard van het onaangekondigde Quick Scan bezoek brengt met zich mee dat niet alle thema's uitputtend aan de orde kunnen komen. De inspectie stelt daarom prioriteiten. Bovendien is de beschikbaarheid van de gesprekspartners afhankelijk van werktijden en werkzaamheden op de betreffende dag. De zorg voor de cliënten krijgt voorrang en dit heeft tot gevolg dat gesprekken soms van korte duur zijn.

De inspecteurs kijken naar de aanwezigheid van risico's op de volgende vier thema's die betrekking hebben op de randvoorwaarden voor het bieden van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning:

- Veiligheid
- Toepassen van vrijheidsbeperking
- Uitvoering van het ondersteuningsplan
- Kwaliteit van personeel en organisatie

De inspectie toetst aan de hand van de eerdergenoemde normen of er sprake is van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning aan cliënten. Daar waar de instelling niet voldoet aan deze normen geeft de inspectie in hoofdstuk 2 een toelichting. Als de norm niet van toepassing is dan is de kolom 'nvt' aangevinkt. Indien de norm niet is beoordeeld, dan is de kolom 'nb' aangevinkt. In hoofdstuk 3 van dit rapport staat het oordeel van de inspectie, waarbij ook ruimte is voor het benoemen van andere aspecten die tijdens het inspectiebezoek zijn opgevallen.

1 Zie bijlage 1

In hoofdstuk 4 van dit rapport staat vermeld welke maatregelen het bestuur van Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 binnen welke termijn moet nemen om te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, veldnormen en zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf voor het bieden van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning aan cliënten.

2 Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek

Naam instelling	Lunet Zorg, de Donksbergen	
Adresgegevens	Croy 5, 5653 LC Eindhoven	
Bezochte locatie	Duizelwijk 4, in Duizel	
Beschrijving van de bezochte locatie	<p>Op de locatie Duizelwijk 4 verbleven ten tijde van bezoek acht cliënten (ZZP 6-7 en LVG3), in de samenstelling van zeven jongens en één meisje. Duizelwijk 4 is een groep voor jong volwassenen waar geoefend wordt met het vergroten van de zelfstandigheid en de sociale redzaamheid. Eén cliënt was opgenomen met een Bopz indicatie. De overige cliënten verbleven allen op vrijwillige basis bij Lunet Zorg. Wel werden voor twee cliënten, een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet. De twee cliënten gingen hiermee akkoord.</p> <p>De cliënten werden begeleid door een team van acht medewerkers (±6 fte). Op termijn is het de bedoeling dat het team een zelfsturend team wordt, ten tijde van bezoek was dit nog niet het geval.</p>	
	ja	Nee
Bopz aanmerking	√	
Binnen de locatie worden fixatiebanden, zoals bijvoorbeeld Zweedse-, bratex- of posey banden, gebruikt om cliënten vast te binden.		√
Binnen de locatie worden separeerruimtes, afzonderingsruimtes of andere ruimtes gebruikt waar cliënten worden ingesloten.		√

2.1 Thema 1. Veiligheid

	Norm	Aanwezig			
		ja	nee	nvt	nb
1.1	Medewerkers melden incidenten. De organisatie heeft hiervoor een operationeel meldingsysteem. Meldingen worden in de teams besproken. Er is een aandachtsfunctionaris of commissie die meldingen analyseert en de uitkomsten terugkoppelt aan de teams. Meldingen en analyses leiden tot verbeteracties.	√			
1.2	Apparatuur die in beheer is van de locatie, zoals tillift, thermostaatkraan, zuurstofapparaat, elektrische rolstoel etc. is voorzien van een gebruiksaanwijzing en wordt structureel onderhouden en gekeurd.			√	
1.3	De middelen die bij het toepassen van vrijheidsbeperking in het kader van de wet Bopz worden ingezet (bijvoorbeeld Zweedse band, afzonderingsruimte, separeerruimte), worden met regelmaat gecontroleerd en verkeren in goede staat.			√	
1.4	Alleen bij 24 uurszorg: Op de locatie is bedrijfshulpverlening georganiseerd, worden periodiek ontruimingsoefeningen gehouden en zijn er vrije doorgangen naar de nooduitgangen.	√			
1.5	Medewerkers kunnen aantonen dat zij met/bij cliënten aandacht besteden aan de onderwerpen vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkómen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	√			
1.6	Medewerkers kennen het protocol dat beschrijft hoe ze moeten handelen als er sprake is van (een vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag/misbruik.	√			
1.7	Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld. <i>(verplicht sinds 1 juli 2013)</i>	√			
1.8	Alle medicatie staat op naam van cliënten. Er zijn geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'.	√			

1.9	<p>Medicatie wordt onder de goede condities bewaard. <i>Bij 'ja' is aan alle onderstaande elementen voldaan (indien van toepassing):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatuur, vochtigheidsgraad, hygiëne, licht en veiligheid zijn passend; - medicatie in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; - houdbaarheidsdata zijn actueel. 	✓			
1.10	<p>Medicatie is niet toegankelijk voor onbevoegden. <i>Bij 'ja' is aan alle onderstaande elementen voldaan (indien van toepassing):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - medicatie bevindt zich in een afgesloten medicijnkast; - sleutelbeheer is adequaat geregeld; - de voorraad Opiumwetmiddelen (lijst I) wordt bewaard in een afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie. 	✓			
1.11	Voor iedere cliënt is een actuele, door een apotheker verstrekte en geprinte medicatietoedienlijst aanwezig.	✓			
1.12	Per medicijn is op de medicatietoedienlijst afgetekend dat de medicatie is verstrekt.	✓			

Toelichting

2.2 Thema 2. Toepassen van vrijheidsbeperking

	Norm	Aanwezig			
		ja	nee	nvt	nb
2.1	De medewerkers kunnen voorbeelden noemen van vrijheidsbeperkende maatregelen ² die op de locatie worden toegepast en hoe ze er in de praktijk bij de begeleiding van cliënten mee omgaan. <i>(De inspectie toetst hiermee de mate van bewustwording bij medewerkers)</i>	✓			
2.2	De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen ² zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd.	✓			
2.3	Uit het ondersteuningsplan blijkt dat bij de toepassing van de vrijheidsbeperking ² minder ingrijpende alternatieven zijn overwogen.	✓			
2.4	De inbreng van betrokken disciplines en van niet bij de behandeling betrokken deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking ² is in het ondersteuningsplan zichtbaar.	✓			
2.5	In het ondersteuningsplan is de inbreng van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zichtbaar ten aanzien van de toepassing van vrijheidsbeperking ² en de evaluatie daarvan. Ook is in het ondersteuningsplan zichtbaar of er sprake is van overeenstemming met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger over de toepassing en of er bij de toepassing sprake is (geweest) van verzet door de cliënt.	✓			
2.6	Als ingeval van moeilijk verstaanbaar gedrag wordt gekozen voor toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel ² , dan wordt altijd een multidisciplinaire analyse gemaakt ter preventie en vermindering van dit gedrag. Ook wordt zichtbaar gezocht naar alternatieven.			✓	
2.7	Individuele uitvoeringsafspraken voor het toepassen van ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen ³ zijn beschreven in het cliëntdossier.			✓	

2 Onder de term 'vrijheidsbeperking' of 'vrijheidsbeperkende maatregelen' verstaat de inspectie: alle vormen van vrijheidsbeperking. Daar waar de reikwijdte van normen wordt beperkt tot de meest ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking wordt dit aangegeven met de term 'ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen' (zie 3^e noot).

3 Onder 'ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen' verstaat de inspectie: fixatie met onrustband in bed, fixatie met onrustband in stoel, fysieke fixatie, separatie in daarvoor bestemde ruimte, afzondering in daarvoor bestemde ruimte, insluiting in eigen kamer/appartement, psychofarmaca, gedwongen medicatie en gedwongen vocht/voeding.

2.8	Bij de toepassing van ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregelen ³ is een afbouwplan op cliëtniveau aanwezig, ofwel beargumenteerd niet aanwezig.			✓	
2.9	Bij het gebruik van onrustbanden ⁴ is er voor elke individuele cliënt aantoonbaar externe deskundigheid geraadpleegd.			✓	

Toelichting

⁴ De inspectie verstaat hieronder alle fixatiemateriaal waarmee mensen anders dan op grond van de WGBO (uit rolstoel glijden bijv.) worden vastgebonden om onrust weg te nemen. Dit kan zijn in bed, op een stoel, in een rolstoel, aan een muur, met losse polsbanden en enkelbanden of anderszins.

2.3 Thema 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan

	Norm	Aanwezig			
		ja	nee	nvt	Nb
3.1	<p>Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uit de evaluatiecyclus blijkt dat het ondersteuningsplan jaarlijks* wordt geëvalueerd; - De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan of er wordt aantoonbaar met een jaarplanning gewerkt. <p><i>*NB het ondersteuningsplan van kinderen moet ten minste tweemaal per jaar worden geëvalueerd.</i></p>	✓			
3.2	<p>Het ondersteuningsplan bevat minimaal de volgende onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een persoonsbeeld; - een lange termijn perspectief; - een beschrijving van de gewenste bejegening van de cliënt; - (hoofd)doelen en afspraken; - SMART werkdoelen; - vermelding van de verantwoordelijke behandelaar⁵ (gedragswetenschapper en/of arts). 	✓			
3.3	Medewerkers kunnen aannemelijk maken dat het ondersteuningsplan in dialoog met de cliënt of zijn/haar cliëntvertegenwoordiger is opgesteld.	✓			
3.4	De toestemming van de cliënt/cliëntvertegenwoordiger is zichtbaar.	✓			
3.5	De inbreng van het multidisciplinaire team is (in ieder geval vanaf ZZP met behandeling VG3, LVG1, LG3, ZGaud1, ZGvis3 en SGLVG1) zichtbaar in het ondersteuningsplan.	✓			
3.6	Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn. Deze inventarisatie leidt tot passende/concrete begeleidingsafspraken om gewogen risico's hanteerbaar te maken en vermijdbare risico's te voorkomen.		✓		
3.7	Cliënten hebben passende dagbesteding in lijn met de afgegeven indicatie, of hier wordt in het belang van de cliënt beargumenteerd van afgeweken. Dit is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	✓			

⁵ Van toepassing voor ZZP's met behandeling: VG3 t/m 8, LVG1 t/m 5, LG3 t/m 7, ZGaud1 t/m 4, ZGvis3 t/m 5 en SGLVG1. Op basis hiervan verwacht de inspectie vanaf ZZP VG5 en vergelijkbare behandelintensiteit voor de andere ZZP's, afhankelijk van de zorgvragen een zichtbare nauwe betrokkenheid van een arts dan wel een gedragswetenschapper.

3.8	De uitvoering van de doelen en afspraken over de zorg en ondersteuning is zichtbaar in de rapportage. Uit de rapportage blijkt dat deze afspraken en doelen regelmatig worden geëvalueerd volgens een Plan-Do-Check-Act cyclus.	√			
-----	---	---	--	--	--

Toelichting

Norm 3.6

Uit het inzien van cliëntdossiers bleek weliswaar dat er per cliënt een risico-inventarisatie was gemaakt, echter leidde de risico-inventarisatie niet altijd tot concrete begeleidingsafspraken. De beschreven risico's waren niet altijd opgenomen in de ondersteuningsplannen van de cliënten.

Opmerking

Ten tijde van bezoek verbleef op locatie Duizelwijk 4 één minderjarige cliënt. Van deze cliënt werd het ondersteuningsplan (net als van de andere cliënten op Duizelwijk 4) éénmaal per jaar geëvalueerd. Echter is het voor minderjarige cliënten een verplichting om de ondersteuningsplannen tweemaal per jaar te evalueren.

2.4 Thema 4. Kwaliteit van personeel en organisatie

	Norm	Aanwezig			
		ja	nee	nvt	Nb
4.1	Er worden op het juiste moment voldoende deskundige en vertrouwde medewerkers ingezet ter uitvoering van de dagelijkse zorg. <i>(Dit is een belangrijke norm vanuit cliëntvertegenwoordigers)</i>	√			
4.2	De medewerkers vinden dat zij voldoende tijd hebben om de in het ondersteuningsplan gemaakte afspraken na te komen.	√			
4.3	Medewerkers kennen de grenzen van hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden en schakelen tijdig leidinggevenden en/of vakinhoudelijke specialisten in.	√			
4.4	Alle medewerkers die vanaf 2008 in dienst zijn getreden, hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd (VOG).	√			
4.5	Medewerkers zijn zich bewust van de bejegening die cliënten nodig hebben in relatie tot hun problematiek en ondersteuningsbehoefte.	√			
4.6	Medewerkers zijn aantoonbaar geschoold om aan de ondersteuningsbehoefte van cliënten te kunnen voldoen.	√			
4.7	De bekwaamheid van medewerkers in voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat (door de organisatie concreet vastgelegd in een plan) getoetst en geregistreerd.	√			
4.8	De organisatie biedt medewerkers via georganiseerde overlegstructuren zoals teamoverleg en intervisie de gelegenheid te bespreken welk effect hun bejegening en handelen heeft op de cliënt.	√			
4.9	Er vindt tussen wonen en dagbesteding structureel afstemming plaats over de uitvoering van de zorg.	√			
4.10	De organisatie heeft aantoonbaar medezeggenschap van cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers geregeld.	√			

4.11	Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten, cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en/of interne audits zijn zichtbaar. <i>(De inspectie toetst dit om te kunnen beoordelen of er ook op locatieniveau aandacht is voor continue verbetering van de kwaliteit van de zorg)</i>	√			
4.12	De klachtencommissie van de organisatie is: - direct toegankelijk voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers; - bekend bij cliënten en cliëntvertegenwoordigers; de organisatie heeft hen over het bestaan, de werkwijze en de rechtstreekse toegang geïnformeerd; - het klachtenreglement van de klachtencommissie is gemakkelijk vindbaar op de website; - het adres van de klachtencommissie is gemakkelijk vindbaar op de website.	√			
4.13	Medewerkers hebben toegang tot een kwaliteitssysteem dat o.a. beleidsnota's, protocollen en procedures bevat die niet ouder zijn dan drie jaar.	√			

Toelichting

3 Oordeel

De inspectie hanteert als uitgangspunt dat locaties voor een veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning moeten voldoen aan alle getoetste normen. Deze normen en de uitkomsten van de toetsing staan beschreven in hoofdstuk 2.

Op basis van het Quick Scan bezoek aan Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 op 20 augustus 2015 komt de inspectie per thema tot de volgende bevindingen.

3.1 Thema Veiligheid

Van de in totaal 10 beoordeelde normen voldoet Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 aan alle normen.

Uit het gesprek met cliënten bleek dat zij zich veilig voelden, mede door de goede werkrelatie die ze onderhielden met de medewerkers. Dat de cliënten en medewerkers een goede werkrelatie onderhielden was ook merkbaar tijdens het bezoek. De sfeer op de locatie was open en positief.

3.2 Thema Toepassen van vrijheidsbeperking

Van de in totaal 5 beoordeelde normen voldoet Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 aan alle 5 de normen.

Op de locatie was één afzonderingsruimte aangetroffen die ten tijde van bezoek niet meer gebruikt werd om cliënten af te zonderen. De afzonderingsruimte werd nu gebruikt als ruimte om tafeltennis te spelen. Daarnaast werden er op Duizelwijk 4 niet of nauwelijks gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. Medewerkers gaven aan dat deze niet meer ingezet hoefden te worden, gezien de goede en functionele relatie hulpverlener-cliënt. Binnen de woning zijn in overleg met de cliënten huisregels opgesteld, die met name over de veiligheid op de woning gaan.

3.3 Thema Uitvoering van het ondersteuningsplan

Van de in totaal 8 beoordeelde normen voldoet Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 aan 7 normen wel en aan 1 norm niet.

Ten tijde van bezoek werd er gebruik gemaakt van een elektronisch cliënt dossier (ECD). Deze wordt begin 2016 vervangen door een nieuw ECD. Het nieuwe ECD zou eerder geïmplementeerd worden, echter was het nog niet gebruiksklaar. Een belangrijke aanpassing in het nieuwe ECD is de mogelijkheid voor de cliënt om te rapporteren. Medewerkers en gedragsdeskundigen zijn al geschoold om met het nieuwe ECD te kunnen werken. Het vertalen van de risico's in het ondersteuningsplan van de cliënten vraagt aandacht.

3.4 Thema Kwaliteit van personeel en organisatie

Van de in totaal 13 beoordeelde normen voldoet Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 aan alle 13 normen.

Ten tijde van het bezoek werd opgemerkt door de leidinggevende dat het afgelopen jaar veel verloop bij medewerkers is geweest op Duizelwijk 4. De huidige roosters waarin veel korte diensten werden ingepland, werkten het verloop in de hand. Door Lunet Zorg waren inmiddels maatregelen genomen om het verloop tegen te gaan, door bijvoorbeeld het sneller verstrekken van contracten voor onbepaalde tijd. De inspectie verwacht dat de raad van bestuur van Lunet Zorg het verloop nauwkeurig zal blijven monitoren.

De medezeggenschap van de cliënten was gegarandeerd. Periodiek is er overleg met de cliënten over het reilen en zeilen op de woning. Cliënten voelden zich, samen met de begeleiding, verantwoordelijk voor de gang van zaken op de woning.

3.5 Oordeel

Samenvattend oordeelt de inspectie dat Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 in voldoende mate voldoet aan de getoetste normen. In hoofdstuk 4 geeft de inspectie aan wat zij van Lunet Zorg, de Donksbergen, locatie Duizelwijk 4 verwacht.

4 Herstelmaatregelen en handhaving

4.1 Te nemen maatregelen

Op basis van de bevindingen tijdens het bezoek vertrouwt de inspectie erop dat de raad van bestuur van Lunet Zorg in staat is de geconstateerde normoverschrijding bij norm 3.6 te herstellen. De inspectie wenst de raad van bestuur van Lunet Zorg succes met het nemen van verbetermaatregelen en verwacht dat deze instellingsbreed worden doorgevoerd.

4.2 Handhaving

De inspectie kan altijd opnieuw een (on)aangekondigd bezoek brengen aan Lunet Zorg. De inspectie sluit hiermee het bezoek af.

Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

De in hoofdstuk 2 genoemde beoordelingsaspecten zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen binnen de gehandicaptenzorg en aan zorgvuldigheidsnormen van de inspectie zelf, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, 18 maart 2013;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ);
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ);
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz);
- Besluit klachtenbehandeling Bopz;
- Besluit rechtspositieregelen Bopz;
- Besluit middelen en maatregelen Bopz;
- Besluit patiëntendossier Bopz;
- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Besluit langdurige zorg (Blz);
- Regeling langdurige zorg (Rlz);
- Geneesmiddelenwet;
- Opiumwet;
- Arbeidsomstandighedenwet.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013;
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ), versie gehandicaptenzorg 2008;
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013;
- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007;
- Veldnorm Nationaal Epilepsiefonds voor het baden van mensen met epilepsie, ongedateerd;
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011;
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010;
- 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;
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005;
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z. 2007;
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011;
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011;
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008;
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009;

- Voorlopige richtlijn wettelijk kader orthopedagogische behandelcentra, VOBC LVG januari 2011;
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012;
- Competentiebox; Competentieprofielen VGN, 2009;
- Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), december 2010;
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.

Aanvullende circulaires en rapporten:

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012;
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010;
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008;
- Brandveiligheid van zorginstellingen, onderzoek van de VROM-Inspectie, de Arbeidsinspectie, de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2011;
- Checken brandveiligheid en oefenen bedrijfshulpverlening, dat maakt zorg beter, brochure i-SZW, juli 2012;
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011;
- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004;
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010;
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

Bronnen per thema en per norm

Thema Veiligheid

Norm 1.1:

- artikelen 4 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 1.4, 3.4 en 4.3.2, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- pagina 7 en 8, Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- hoofdstuk 5, en bijlage 3, punten 10 en 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 1.2:

- artikel 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- Veldnorm Nationaal Epilepsiefonds voor het baden van mensen met epilepsie, ongedateerd
- artikel 7.1.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008

Norm 1.3:

- artikelen 2 en 3, Kwaliteitswet zorginstellingen
- artikel 7.1.3 en paragraaf 7.2, HKZ, versie gehandicaptenzorg 2008
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 2012

Norm 1.4:

- artikelen 3 en 4, Kwaliteitswet zorginstellingen
- artikelen 3, 10 en 15, Arbeidsomstandighedenwet
- Brandveiligheid van zorginstellingen, onderzoek van de VROM-Inspectie, de Arbeidsinspectie, de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2011
- Checken brandveiligheid en oefenen bedrijfshulpverlening, dàt maakt zorg beter, brochure i-SZW, juli 2012
- artikelen 4.1, 2.12.3, 3.4, 3.5, 7.1 en 10.1 HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 2, en bijlage 3, punten 6 en 10, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 1.5:

- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, 2011
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 1.6:

- artikelen 2, 3 en 4a Kwaliteitswet zorginstellingen
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN 2011
- Sturen op aanpak seksueel misbruik, VGN, 2011
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 1.7:

- artikel 3a, Kwaliteitswet zorginstellingen
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, 18 maart 2013

Norm 1.8:

- Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Ned., VGN, 2010
- 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

Norm 1.9:

- Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- artikel 7.1.4, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- artikelen 6.1 en 6.3, Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, LCHV, 2010

Norm 1.10:

- Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- artikel 2 en 3a, Opiumwet (lijst I)

Norm 1.11:

- Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- 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

Norm 1.12:

- Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, 2011
- 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

Thema Vrijheidsbeperking

Norm 2.1:

- artikel 1.3.1, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 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

Norm 2.2:

- artikel 454 WGBO
- artikelen 37a, 38 en 56, Wet Bopz
- artikel 2, Besluit rechtspositieregelen Bopz
- artikel 2 Besluit patiëntendossier Bopz
- paragraaf 2.6, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013

Norm 2.3:

- artikel 454 WGBO
- artikelen 37a, 38 en 56, Wet Bopz
- artikel 2 Besluit patiëntendossier Bopz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 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

Norm 2.4:

- Artikelen 37, 37a, 38 en 56 Wet Bopz
- artikel 2, Besluit rechtspositieregelen Bopz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012
- paragraaf 2.12, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- paragrafen 1.2 en 4.4, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punten 9 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Visiedocument 2.0, 2013

Norm 2.5:

- artikelen 447, 450 en 465 WGBO
- artikel 38 Wet Bopz
- Wlz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012
- paragrafen 2.6 t/m 2.8, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 2, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 2.6:

- artikel 38 en 39 Wet Bopz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 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
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punten 10, 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 2.7:

- artikel 454 WGBO
- artikelen 37a en 56 Wet Bopz
- artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz
- artikel 2 Besluit patiëntendossier Bopz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punten 10 en 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 2.8:

- artikel 38 Wet Bopz
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012
- Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013

Norm 2.9:

- artikel 2 Besluit middelen en maatregelen Bopz
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 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

Thema Ondersteuningsplan

Norm 3.1:

- artikelen 38 en 56 Wet Bopz
- paragrafen 2.6, 2.10, 2.12 en 2.13 HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- hoofdstuk 3, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- hoofdstuk 5, en bijlage 3, punt 9, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.2:

- artikelen 36 en 38 Wet Bopz
- artikel 8.1.1 Wlz
- paragraaf 2.6 HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- paragraaf 1.1, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punt 9, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.3:

- artikelen 448, 450 en 465 WGBO
- artikelen 37 en 38 Wet Bopz
- paragrafen 2.6 t/m 2.8, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- p.6 punt 3, paragraaf 1.1, paragraaf 2.2, paragraaf 3.1.2, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 2, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.4⁶:

- artikelen 450 en 465 WGBO
- artikel 38 Wet Bopz
- paragraaf 2.7, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008

Norm 3.5:

- paragraaf 2.12, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- paragrafen 1.2 en 4.4, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punten 9 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.6:

- paragraaf 2.5, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- paragraaf 3.1.2, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- bijlage 3, punt 10, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.7:

- bijlage 3, punt 4, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 3.8:

- artikel 454 WGBO

⁶ Wet- en regelgeving eisen aantoonbare instemming van de cliënt; een handtekening is formeel geen wettelijk eis.

- artikelen 37a en 56 Wet Bopz
- artikel 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz
- artikel 2 Besluit patiëntendossier Bopz
- paragraaf 3.2.3, Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013
- paragraaf 2.13, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 2, en bijlage 3, punten 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Thema Kwaliteit van personeel en organisatie

Norm 4.1:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 1.2, 3.2, 4.7, 5.1, 5.2, 5.3, 5.7, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012

Norm 4.2:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragraaf 5.5, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012

Norm 4.3:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragraaf 4.2, artikel 5.1.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013
- Competentiebox; Competentieprofielen, VGN, 2009

Norm 4.4:

- artikel 4.3, Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007

Norm 4.5:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 1.3, 5.2, 5.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 2, en bijlage 3, punten 10, 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 4.6:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 5.2, 5.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Visiedocument 2.0, 2013

- Competentiebox; Competentieprofielen, VGN, 2009

Norm 4.7:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- artikelen 35 en 38, Wet BIG
- paragraaf 5.2, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 11, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 4.8:

- artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragraaf 5.6, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punten 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009

Norm 4.9:

- paragrafen 1.5, 2.9, 3.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 3, punt 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 4.10:

- artikel 2 e.v. WMCZ
- artikel 5 Kwaliteitswet zorginstellingen
- Paragrafen 1.3, 3.2, 4.7, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 2 en bijlage 3, punt 8, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 4.11:

- artikelen 2, 3 en 4 Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 3.2, 4.4, 4.6, 5.5, 5.7, 5.8, 6.3, 6.4, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- hoofdstuk 5, paragraaf "Verantwoorden in het verlengde van verbeteren", en bijlage 2 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013

Norm 4.12:

- artikel 2, WKCZ
- artikelen 1 t/m 3 en 5 Klachtenrichtlijn gezondheidszorg
- artikelen 37 en 41 e.v. Wet Bopz
- artikelen 2, 3 en 4 Besluit klachtenbehandeling Bopz
- paragraaf 2.1, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008

Norm 4.13:

- artikelen 2 en 3, Kwaliteitswet zorginstellingen
- paragrafen 4.3, 9.1 t/m 9.3, HKZ, versie gehandicaptenzorg, 2008
- bijlage 2 en bijlage 3, punten 11 en 12, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument 2.0, 2013