



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan ZorgHaven B.V. in Vlaardingen en Parck
Haven in Barendrecht
op 2 april 2019

Utrecht, juli 2019

V2011801

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving ZorgHaven en Parck Haven 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
3	Resultaten Parck Haven 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 7
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.4	Medicatieveiligheid 11
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 12
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 13

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 2 april 2019 met de raad van bestuur en de raad van commissarissen van ZorgHaven B.V. (hierna: ZorgHaven). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan Parck Haven in Barendrecht.

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 (rvb) en de raad van commissarissen (rvc). 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 ZorgHaven en Parck Haven

ZorgHaven biedt verpleeghuiszorg en verzorging. ZorgHaven heeft zes locaties in de regio Rotterdam. Het management bestaat uit twee directieleden. In het meerjarenkwaliteitsplan 2019-2022 staat dat ZorgHaven geen rvb heeft maar een directie met dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde rvb. ZorgHaven heeft een rvc met eveneens twee leden.

Iedere locatie heeft een teamleider. De teamleiders werken mee in de zorg. De directeur zorg stuurt de teamleiders aan.

Parck Haven is een locatie met achttien appartementen. In Parck Haven wonen bewoners met psychogeriatrische en somatische zorgvragen. Ten tijde van het bezoek ontvangen achttien cliënten zorg. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV 4 tot en met VV 6. Eén cliënt krijgt zorg op basis van de Zvw. De zorg wordt gefinancierd via PGB's.

In Parck Haven zijn 24 zorgverleners werkzaam waaronder dertien verzorgenden niveau 3, zes helpende niveau 2, één teamleider, één leerling VIG en een oproepkracht. Hiernaast zijn er nog negen facilitaire medewerkers, waaronder koks en huishoudelijk medewerkers. De teamleider stuurt alle medewerkers op de locatie aan.

De huisarts is verantwoordelijk voor de medische zorg. ZorgHaven heeft een behandelcontract met een specialist ouderengeneeskunde (SO). Zij is twee dagen beschikbaar voor de ZorgHaven. Zowel de huisarts als de zorgmedewerkers kunnen haar inschakelen. Zo nodig schakelt de huisarts paramedici in.

Zorgmedewerkers kunnen ook rechtstreeks een eerstelijns fysiotherapeut inschakelen waarmee Parck Haven samenwerkt. ZorgHaven heeft een overeenkomst met een externe organisatie voor de mondzorg.

Ontwikkelingen in de organisatie

De raad van bestuur vertelt dat ZorgHaven op 6 april 2019 een nieuwe locatie opent in Oss. Daarnaast wil ZorgHaven in 2020 nog twee locaties openen.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Parck Haven (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Alle tien getoetste normen voldoen (grotendeels).

Cliënten in Parck Haven kunnen rekenen op persoonsgerichte zorg. De personele bezetting en de kennis en kunde van de zorgverleners is afgestemd op de zorgvragen en zorgbehoeften van de cliënten. De directie heeft in beeld wat goed gaat en wat beter kan en stuurt daarop. De directie houdt nauw contact met teamleiders, zorgverleners en cliënten en hun naasten. Het regelen van effectief intern toezicht vraagt wel meer aandacht.

De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop ZorgHaven stuurt op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie concludeert dat er geen vervolgtoezicht nodig is.

2.2 Vervolgacties

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie ziet de inspectie op dit moment geen aanleiding om Parck Haven of andere locaties van de zorgaanbieder opnieuw te bezoeken. De inspectie verwacht dat u goede zorg continueert (op alle locaties). De inspectie sluit het bezoek af. Als de inspectie signalen krijgt dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde is, kan zij opnieuw op bezoek komen.

3 Resultaten Parck Haven

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.

- Donker groen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten
- Licht groen: De locatie/afdeling **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/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm.**
De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **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 Parck Haven aan de norm.**

Zorgverleners kennen de cliënten en hun wensen en behoeften. Zo blijkt uit gesprekken tussen cliënten en zorgverleners tijdens de lunch dat zorgverleners op de hoogte zijn van de achtergronden van de bewoners. Zij weten ook wat cliënten graag eten. In een dossier ziet de inspectie op welk tijdstip de cliënt naar bed wil en op wil staan. Meerdere gesprekspartners vertellen dat zorgverleners hier rekening mee houden.

Een zorgverlener vertelt over een cliënt die regelmatig onrustig is. De cliënt loopt dan veel rond. Zorgverleners weten dat de onrust vermindert als de cliënt aan de slag gaat met een breiwerk. De inspectie ziet dat dit in het dossier vastgelegd is. In de algemene ruimtes staan voorwerpen die aansluiten bij de belevingswereld van de bewoners, zoals oude klokken en een oud servies.

Norm 1.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven aan de norm.**

Gesprekspartners vertellen dat cliënten kunnen kiezen hoe ze hun dag invullen. Medewerkers organiseren elke ochtend en avond een gezamenlijke activiteit zoals sjoelen en wandelen. Als de inspectie binnenkomt is een groepje bewoners in de huiskamer aan het kegelen.

Cliënten krijgen ondersteuning en begeleiding bij individuele activiteiten. Zo hoort de inspectie dat een cliënt 's morgens liever niet met andere bewoners koffie wil drinken. Omdat de cliënt de ochtend wel lang vindt duren gaat een medewerker met hem koffiedrinken.

De inspectie ziet en hoort dat cliënten hun kamer naar eigen wens inrichten.

Een cliëntvertegenwoordiger en behandelaar vertellen dat zorgverleners zich met hart en ziel inzetten voor de cliënten. Alles is volgens hen bespreekbaar en er kan veel.

Tijdens de lunch is de tafel gedekt met verschillende soorten beleg en brood. De bewoners pakken zelf waar zij trek in hebben. Zo nodig krijgen ze ondersteuning van de zorgverleners.

Norm 1.4

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven aan de norm** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zo ziet en hoort de inspectie dat een zorgverlener alle bewoners betreft bij een kegelspel. Zij geeft hen regelmatig complimentjes. Ook tijdens de lunch ziet de inspectie dat alle bewoners aandacht krijgen.

Zorgverleners maken in een gesprek oogcontact met de cliënt. Zij gaan daarbij op gelijke hoogte zitten. De inspectie ziet dat een cliënt tijdens de lunch regelmatig opstaat van haar plek. De zorgverleners proberen de cliënt bij de maaltijd te betrekken. Dit lukt niet. Een van de zorgverleners neemt de cliënt bij de arm en stelt voor een rondje te lopen. De cliënt loopt mee en gaat daarna weer aan tafel zitten om verder te eten.

Een zorgverlener vertelt dat cliënten erg hechten aan een vaste tafelindeling. Toch is onlangs een bewoner van plek veranderd. Zorgverleners konden haar op de plek waar zij zat niet goed helpen. Ook kon ze nauwelijks deelnemen aan het gesprek. Op de nieuwe plek is de cliënt opgebloeid en krijgt de cliënt de benodigde hulp.

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 Parck Haven grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners doorgaans professionele afwegingen maken over de benodigde zorg. Zij houden daarbij rekening met de zorgvragen, behoeften en wensen van de cliënt. Een voorbeeld is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo vertelt een zorgverlener dat familie van een cliënt vroeg om de bedekken omhoog te doen. Zorgverleners hebben met de familie besproken dat dit risico's oplevert vanwege de onrust van de cliënt. De familie accepteerde dit.

Een ander voorbeeld is het afwegen van de eigen regie van de cliënt en risico's die daarmee samengaan. Zo hebben twee cliënten die risico's lopen als zij zonder begeleiding naar buiten gaan een GPS gekregen. Dit is afgesproken in overleg tussen huisarts, zorgmedewerkers en familie van de cliënt. De besluitvorming is vermeld op een middelen en maatregelen (M&M) formulier.

Een cliëntvertegenwoordigster vertelt dat zorgmedewerkers verschillend omgingen met wensen van de cliënt. Zorgmedewerkers hebben in overleg met haar een begeleidingsplan gemaakt met afspraken. Volgens de cliëntvertegenwoordigster passen de zorgmedewerkers het begeleidingsplan toe.

Een zorgverlener vertelt dat zij elke zes weken de gezondheidsrisico's in kaart brengt. Zorgverleners maken daarbij gebruik van checklists in het ECD. Bij inzage van cliëntdossiers ziet de inspectie dat zorgverleners niet altijd de juiste afwegingen maken over de aanwezigheid van gezondheidsrisico's. Dit komt door de vraagstelling in de checklists. De inspectie hoort dat de tekortkomingen in de checklists bekend zijn en dat ZorgHaven werkt aan een oplossing. De SO vertelt dat zorgmedewerkers haar weten te vinden, maar dat voor hen nog niet altijd duidelijk is bij welke vragen zij de SO in kunnen schakelen.

Norm 2.2

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en cliëntdossiers blijkt dat zorgverleners methodisch werken en dit in zorgdossiers meestal inzichtelijk vastleggen.

De inspectie ziet dat in de cliëntdossiers een uitgebreid levensverhaal staat. Zorgverleners brengen zorginhoudelijke risico's in kaart en werken die uit in het zorgleefplan. Iedere cliënt heeft een actueel zorgleefplan met duidelijke doelen en passende acties.

Zorgverleners bespreken het zorgplan tweemaal per jaar een multidisciplinair overleg (MDO). De SO vertelt dat zij de vrijheidsbeperkende maatregelen driemaandelijks evalueert met de teamleider. Dit staat ook in de cliëntdossiers. In een aantal dossiers staan omgangsadviezen.

De SO vertelt dat zij afspraken noteert in het cliëntdossier. Onder andere afspraken die zij maakt met de huisarts en cliëntvertegenwoordigers.

Zorgmedewerkers rapporteren op doelen, maar niet altijd op de juiste doelen. Zo staan bij een doel over de stemming van de cliënt meerdere rapportages over vallen. Inspectie ziet diverse rapportages over het gedrag van een cliënt. Wel ontbreekt vaak informatie over het effect van interventies en de bejegening op de cliënt. Uit gesprekken en het scholingsplan blijkt dat zorgmedewerkers in 2019 extra scholing krijgen in rapporteren.

De inspectie hoort en ziet dat nog niet alle informatie uit de papieren dossiers is overgenomen in het ECD. Hierdoor is sommige informatie niet makkelijke te achterhalen en zijn sommige besluiten in het ECD niet navolgbaar.

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 Parck Haven grotendeels** aan deze norm.

Personele bezetting

In het kwaliteitsverslag 2018 benoemt ZorgHaven dat de personeelsbezetting ruimer is dan het landelijke gemiddelde. De inspectie ziet dit terug in de praktijk. Parck Haven zet ruim voldoende zorgverleners in voor de zorgverlening en dagbestedingsactiviteiten. ZorgHaven kent een ziekteverzuim van rond de 2,5% en maakt bijna geen gebruik van uitzendkrachten.

Kennis en kunde

ZorgHaven heeft een scholingsplan 2017-2022. Uit gesprekken en het scholingsplan blijkt dat in Parck Haven sprake is van een passend scholingsaanbod.

Voorbehouden en risicovolle handelingen worden door bevoegde en bekwame zorgverleners uitgevoerd. Een externe zorgverlener verzorgt iedere drie jaar scholing in verpleegtechnische vaardigheden. Zo nodig organiseert Parck Haven ad hoc scholing voor specifieke handelingen. Zorgmedewerkers volgen klinische lessen over bijvoorbeeld zwachtelen en wondzorg. Ook hebben zij scholing gehad over dementie. Deze scholing krijgt in 2019 een vervolg. Gesprekspartners vertellen dat scholing ook plaats vindt op verzoek van de teams. De teamleider vertelt dat zij in het personeelsdossier vastlegt welke scholingen de medewerker heeft gevolgd en of zij nog bekwaam is.

De SO benoemt dat zorgmedewerkers meer kennis en kunde nodig hebben om goed om te kunnen gaan met onbegrepen gedrag. ZorgHaven beschikt niet over een psycholoog. De inspectie hoort dat die moeilijk te vinden is. De directie bekijkt hoe zij de SO in kan zetten om de kennis en kunde van zorgverleners te vergroten.

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 Parck Haven grotendeels** aan deze norm.

Uit gesprekken en documenten blijkt dat de directie van ZorgHaven zicht heeft op de kwaliteit van de zorgverlening. ZorgHaven is ISO gecertificeerd. De directie gebruikt het ISO-systeem voor het sturen op kwaliteit en veiligheid.

ZorgHaven beschikt over kwaliteitsinformatie zoals een kwaliteitsverslag 2018 en een meerjarenkwaliteitsplan 2019-2022. Het kwaliteitsplan bevat een jaarplan 2019 en een verbeterparagraaf op organisatieniveau. De directie heeft het kwaliteitsplan besproken met medewerkers, bewoners en naasten, de SO en de rvc.

De locaties voeren bij elkaar audits uit. De inspectie ontving een jaarplanning met audits die in 2018 en 2019 in Parck Haven uitgevoerd zijn of worden. Onder andere audits over activiteiten, actueel houden van zorgdossiers en medicatie. Bij uitgevoerde audits staan acties en is aangegeven of de audit herhaald moet worden. De teams bespreken de bevindingen en verbeterpunten die in de audits naar voren komen. De directie geeft aan dat zij de audits van de locaties die een afwijking hebben in het ISO-kwaliteitssysteem verwerkt.

Directeur zorg vertelt dat zij iedere week alle locaties bezoekt. Zij bespreekt dan de gang van zaken met de teamleider. Zij woont de team overleggen bij en spreekt met cliënten en hun familie. De directeur zorg overlegt drie keer per jaar met alle teamleiders. Daarnaast evalueert zij jaarlijks de zorgverlening met de huisartsen.

Zorgverleners melden incidenten (MIC; door ZorgHaven MIB genoemd) via het cliëntdossier. ZorgHaven gebruikt sinds januari 2019 een uitgebreid MIB-formulier met onder andere vragen over mogelijke oorzaken van het incident. De inspectie hoort dat dit formulier meer bruikbare informatie oplevert dan het oude formulier. Uit gesprekken en documenten blijkt dat zorgmedewerkers de MIB en verbeteracties bespreken in het teamoverleg. De inspectie hoort dat ZorgHaven verbeterpunten naar aanleiding van meldingen over medicatie-incidenten heeft besproken met de apotheker. De verbeterpunten zijn opgepakt. ZorgHaven heeft voor het aftekenen van medicatie een digitaal aftekensysteem in gebruik genomen. Gesprekspartners vertellen dat dit heeft geleid tot minder medicatiefouten. De teamleider maakt een kwartaalverslag en jaarverslag over de MIB. Maar ZorgHaven brengt geen trends in kaart naar aanleiding van deze verslagen.

ZorgHaven betreft cliënten en hun naasten bij het beleid. De directie vertelt dat zij onderzoekt hoe ZorgHaven dit kan doen. Er waren cliëntenraden, maar de animo voor deelname was beperkt. Dit staat als verbeterpunt genoemd in het kwaliteitsplan. Nu organiseert ZorgHaven twee keer per jaar op iedere locatie een huiskamergesprek. De inspectie hoort van een cliëntvertegenwoordiger dat er ook verbeteringen voortkomen uit deze gesprekken.

De rvc is onlangs uitgebreid met een tweede commissaris. De inspectie hoort dat de directie en de rvc vanaf 2019 ieder kwartaal overleggen. De rvc is zich nog aan het oriënteren op de vraag hoe de rvc het interne toezicht het beste vorm kan geven. Zo werkt ZorgHaven niet met kwartaalrapportages met informatie over wat goed gaat en wat beter kan. Het rvc lid met wie de inspectie spreekt vertelt dat hij informatie ophaalt uit gesprekken met de directie en locatiebezoeken. Hij benoemt dat medewerkers zich gehoord voelen door de directie.

De directie benoemt dat ZorgHaven na de zomer een kwaliteitsmedewerker aan wil stellen.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Zo is er aan het eind van dagdienst altijd een dag evaluatie. De directeur zorg benoemt dat reflectie op de zorgverlening en intervisie plaats vindt in haar overleg met de teamleiders. De zorgteams kunnen als zij daar behoefte aan hebben reflectiemomenten inplannen. Dit gebeurt nog niet standaard. Volgens het kwaliteitsplan 2019 is het de bedoeling dat alle teamleiders in hun locatie maandelijks een intervisiebijeenkomst plannen. Zowel de teamleider als het team kunnen daarvoor onderwerpen aandragen.

Uit gesprekken en het kwaliteitsverslag blijkt dat ZorgHaven deelneemt aan twee lerend netwerken: Lerend Netwerk RVW directies/leidinggevenden en Lerend Netwerk RVW zorgmedewerkers. De directie gaat drie keer per jaar naar een netwerkbijeenkomst. Iedere keer gaat ook een van de teamleiders mee.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven** aan deze norm.

Zorgmedewerkers gebruiken een digitaal systeem voor het aftekenen van toegediende medicatie. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten. Zorgmedewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen medicatieoverzichten en toedienlijsten niet zelf aan. Zorgverleners beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.

4.8

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

Volgens de inspectie **voldoet Parck Haven** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. Uit gesprekken blijkt dat zorgmedewerkers de tweede controle (niet GDS-medicatie) bekwaam uitvoeren. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

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 Zaak, 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

- Overzicht van zorgprofielen cliënten van Parck Haven dd. 21-3-2019
- Overzicht fte's aantal en functie zorgverleners op Parck Haven dd. 21-3-2019
- ZorgHavengroep, Kwaliteitsverslag 2018,
- ZorgHavengroep, Meerjarenkwaliteitsplan 2019-2022, november 2018
- ZorgHavengroep: Risico en kansenregister
- ZorgHavengroep: MIB formulier
- Jaarplanning audits 2018 en 2019 locatie Parck Haven
- ZorgHavengroep Scholingsplan 2017-2021