



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting Zuyderland Zorg in Geleen en
Glana in Geleen
op 9 april 2019

Utrecht, juli 2019

VGR-2011760

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Zuyderland en Glana 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
2.1	Conclusie bezoek 5
2.2	Vervolgacties 5
3	Resultaten Glana 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
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 9 april 2019 met de raad van bestuur en de raad van toezicht van Stichting Zuyderland Zorg (hierna: Zuyderland). Aansluitend bracht de inspectie een onaangekondigd bezoek aan locatie Glana in Geleen.

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 Zuyderland en Glana

Zuyderland valt in de divisie care van stichting Zuyderland. De divisie cure bestaat uit het ziekenhuis Zuyderland Medisch Centrum met twee locaties. Zuyderland bestaat uit vier Bestuurlijke Vennootschappen (BV's). De BV's hebben een eigen bedrijfsvoering hebben. De vier BV's bieden verpleeghuiszorg en verzorging, thuiszorg, huishoudelijke hulp en jeugdzorg in de regio Zuidwestelijke Mijnstreek in Limburg. Zuyderland heeft een driehoofdige raad van bestuur. De raad van toezicht bestaat uit acht leden.

Glana is een zorgcentrum gevestigd in het voormalig ziekenhuis van Geleen. Glana heeft afdelingen voor psychogeriatric (PG), gerontopsychiatrie, somatiek, niet aangeboren hersenletsel (NAH), revalidatie en een hospice. Er zijn vijf afdelingen voor cliënten met een PG-zorgvraag. Van de vijf afdelingen is één afdeling kleinschalig voor cliënten met specifieke gedragsproblemen. Voor cliënten met een somatische zorgvraag zijn er drie afdelingen. Naast het zorgcentrum staan op het terrein ook drie kleinschalige woonvoorzieningen voor PG-cliënten.

Op een aantal zorgafdelingen hebben cliënten eenpersoonskamers met gedeeld sanitair. Andere zorgafdelingen hebben meer-persoonskamers met gedeeld sanitair. Glana heeft daarnaast drie buitenlocaties in Geleen, Beek en Stein. Op aparte units levert Zuyderland verpleeghuiszorg in zorgcentra van een andere zorgaanbieder.

Ten tijde van het bezoek ontvangen 449 cliënten zorg in Glana. De cliënten hebben zorgprofielen (VV) die variëren van VV4 tot en met VV10.

De inspectie heeft een rondgang gemaakt in het zorgcentrum en in een kleinschalige woonvoorziening op het terrein. De inspectie bezocht een PG-afdeling en afdeling somatiek. Alle PG-afdelingen en de kleinschalige woonvoorzieningen van Glana hebben een aanmerking in het kader van de Wet Bopz.

De zorg wordt verleend door 551 (359,64 fte) zorgverleners, waarvan 43 (32,35 fte) verpleegkundigen, 286 (191,59 fte) verzorgenden, 222 (135,7 fte) coördinatoren/ assistenten/ leerlingen/overige.

Een regiomanager stuurt de locatie aan. Zuyderland heeft een eigen behandeldienst. Op Glana zijn verschillende disciplines betrokken, waaronder een arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist. De specialist ouderengeneeskunde (SO) is eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

Organisatieontwikkelingen

Er komt nieuwbouw op locatie Glana. Dit start in 2020. Zuyderland gaat het voormalig ziekenhuisgebouw in fasen slopen. Een nieuw zorgcentrum op het terrein gaat dit vervangen. Ook het terrein richt men opnieuw in. De drie kleinschalige woonvoorzieningen op het terrein blijven staan.

2 Conclusie en vervolgacties

2.1 **Conclusie bezoek**

De inspectie constateert dat de geboden zorg op Glana (grotendeels) voldoet aan de getoetste normen. Tien van de tien getoetste normen voldoen (grotendeels). De inspectie heeft op dit moment voldoende vertrouwen in de wijze waarop Zuyderland 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 deze 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.

3 Resultaten Glana

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 Glana grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten goed kennen. Zo weten zorgverleners te vertellen welke hulpvraag cliënten hebben bij de dagelijkse verzorging. Ook zijn zij goed op de hoogte welke activiteiten cliënten graag doen. Zorgverleners leggen onderwerpen als sociale omgeving, hulpvragen, hobby's en voorkeuren voor activiteiten in een apart deel van het dossier vast. Ook de levensgeschiedenis is hierin opgenomen. De inspectie ziet een papieren versie hiervan in, voorzien van een foto van de cliënt. Deze liggen op de kamers van cliënten. Zorgverleners vertellen dat zij zo ter plekke kunnen inzien wie zij voor zich hebben en welke zorg deze cliënt nodig heeft. De inspectie ziet dat de papieren versie overeenkomt met de informatie uit het digitale cliënten dossier (ECD). Gesprekspartners vertellen dat er werkafspraken zijn voor het actueel houden van de papieren versie.

De inspectie hoort dat zorgverleners sommige cliënten aanspreken met de voornaam, anderen niet. Een zorgverlener vertelt dat zij met cliënten bespreken wat zij het prettigst vinden. De inspectie dit ziet terug in het dossier.

Uit observaties en gesprekken blijkt dat de fysieke leefomgeving deels aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. In de huiskamers ziet de inspectie enkele meubels van cliënten. Een gesprekspartner vertelt dat cliënten meubels van thuis mee kunnen nemen voor in hun appartement. Tijdens de rondgang ziet de inspectie dit echter beperkt terug. Gesprekspartners vertellen dat de indeling van het gebouw beperkingen geven in de inrichting. De somatische afdeling en enkele gangen hebben de opzet en uitstraling van een ziekenhuis.

Norm 1.3

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

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

De inspectie hoort dat cliënten kunnen kiezen wat ze graag willen doen aan activiteiten. Cliënten kunnen deelnemen aan groepsactiviteiten, maar ook individueel met een cliëntbegeleider. Afdelingen hebben een activiteitenbegeleider voor de groepsactiviteiten. Deze organiseert uitjes en creatieve activiteiten zoals bloemschikken. Een cliëntbegeleider bespreekt met cliënten welke activiteiten hij wil doen en waar de cliëntbegeleider kan ondersteunen. Dit zijn vaak meer individuele activiteiten zoals boodschappen doen of een wandeling maken.

Uit gesprekken, documentinzage en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten zo min mogelijk beperken in hun vrijheid. Op PG-afdelingen is er aandacht voor cliënten die graag van de afdeling af willen. Bijvoorbeeld naar het restaurant, de centrale hal of naar buiten. Vrijwilligers, familie of cliëntbegeleiders begeleiden deze cliënten. Ook kunnen cliënten een armband met een sensor dragen wat beperkt toegang geeft tot het gebouw en het terrein. De inspectie ziet in de dossiers dat zorgverleners informatie over de eigen regie en vrijheidsbeperking van de cliënt opnemen.

De inspectie ziet tijdens de observatie en hoort in de gesprekken dat zorgverleners de eigen regie van de cliënt in wisselende mate versterken. Enerzijds ziet en hoort de inspectie zorgverleners die tijdens de maaltijd samen met de cliënt aan tafel zitten. Zij laten de cliënten kiezen wat zij willen eten of drinken. Cliënten pakken zelf een boterham en smeren en beleggen deze. Anderzijds zijn er zorgverleners die servicegericht werken tijdens de maaltijd. Zij lopen heen en weer tussen de keuken en tafels. Cliënten krijgen brood op een bord vanuit de keuken aangeboden. Ook schenken de zorgverleners het drinken voor cliënten in. Na de maaltijd ruimen zorgverleners de tafels waar cliënten aan zitten af zonder cliënten hierbij te stimuleren tot meedoen.

Norm 1.4

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

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

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. De inspectie observeert in de huiskamer dat zorgverleners aandacht hebben voor iedere cliënt tijdens de maaltijd. Zij spreken cliënten aan op een respectvolle manier. Ook passen zij het tempo aan op dat van de cliënt.

Zorgverleners benaderen cliënten op passende wijze. Zorgverleners hebben aandacht voor emoties en gevoelens van cliënten. Een voorbeeld hiervan is een cliënt die vaak emotioneel is. De psycholoog heeft voor de cliënt een omgangsadvies opgesteld. Dit leest de inspectie terug in het dossier. Ook ziet de inspectie het omgangsadvies toepassen bij de cliënten. De cliënt is verdrietig tijdens het eten. Een zorgverlener komt enkele minuten bij de cliënt aan tafel zitten. Hij luistert naar het verhaal en stelt de cliënt enigszins gerust.

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 Glana locatie** aan deze norm.

Uit gesprekken, observaties en dossierinzage blijkt dat zorgverleners een professionele afweging maken over de benodigde zorg. De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt betrekken zij hierbij. Ook signaleren zij risico's tijdig. Op de somatische afdeling ziet de inspectie in een cliëntdossier dat een cliënt de medicatie in eigen beheer heeft. Zorgverleners hebben samen met de cliënt gekeken hoe dit gaat en of dit goed gaat.

Op de pg-afdeling vertellen gesprekspartners dat er iedere twee weken een gedragsvisite is van de psycholoog. Ook stelt de psycholoog omgangsadviezen op. Deze ziet de inspectie terug in de dossiers. Ook op de somatische afdeling ziet de inspectie omgangsadviezen.

Sinds juli 2018 hebben afdelingen van Glana iedere twee weken een multidisciplinair overleg (MDO). Hierin bespreken zorgverleners gezamenlijk onderwerpen uit het zorgleefplan van enkele cliënten. Als de zorgvraag van een cliënt verandert, stellen deze zo nodig bij. De unitmanager van de afdeling zit het overleg voor. Verder zijn de contactverzorgende, verpleegkundige en (paramedische) behandelaren aanwezig.

Uit documenten en gesprekken blijkt verder dat Glana terughoudend is met het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM). De behandelend arts stelt de maatregel in na overleg met de cliënt vertegenwoordiger en de betrokken zorgverleners. Iedere zes weken tijdens de grote gedragsvisite evalueert de arts met de betrokken zorgverleners de VBM.

In de kwartaalrapportages zijn overzichten van het gebruik van psychofarmaca weergegeven. De inspectie leest dat de SO het gebruik van psychofarmaca afstemt met de ziekenhuisapotheek. Op cliëntniveau vindt structurele evaluatie van psychofarmaca plaats.

Norm 2.2

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

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

De inspectie ziet samenhang in het ECD. Het zorgleefplan komt tot stand vanuit vier formulieren in het ECD. Glana werkt met actuele zorgleefplannen met doelen en afspraken. Zorgverleners evalueren het zorgleefplan halfjaarlijks. Zorgverleners nemen iedere drie maanden en op de somatische afdeling iedere zes maanden een risico-inventarisatie af. Vanuit hier vertalen zij risico's naar zorgdoelen en rapporteren hier op. Een voorbeeld hiervan is een cliënt met een huidaandoening. De zorgverleners rapporteren op het doel huidverzorging totdat huidaandoening verholpen is. Ook ziet de inspectie voortgangsrapportages van andere disciplines in het cliëntdossier staan. Zo omschrijft de arts een actie voor de zorgverleners. Zij volgen deze actie op en rapporteren hierover in het dossier.

De inspectie ziet in dossiers dat de VBM een evaluatiedatum hebben.

In twee cliëntdossiers is de evaluatiedatum van een sensor enkele maanden verstreken. Uit dossier is niet navolgbaar of de sensor geëvalueerd is en welke vervolgstappen er ondernomen zijn.

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 Glana locatie** aan deze norm.

Bezetting

Uit documentinzage blijkt dat Zuyderland in 2018 de personeelssamenstelling heeft onderzocht. Hieruit kwamen uitgangspunten naar voren. Bijvoorbeeld voldoende toezicht en aandacht voor cliënten in huiskamers en medewerkers ruimte en tijd geven om te leren. Deze uitgangspunten gaf een toename in fte's. Zo zijn extra unitmanagers aangetrokken. Iedere afdeling heeft nu een eigen unitmanager. De unitmanager stuurt het team van zorgverleners aan. Ook heeft de unitmanager een aansturende rol bij de persoonsgerichte zorg op een afdeling.

Uit gesprekken met zorgverleners en documentinzage blijkt dat de bezetting van zorgverleners voldoende is voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. De inspectie ziet dit terug op de bezochte afdelingen. Om dit te behouden in de toekomst investeert Zuyderland in het intern opleiden van zorgverleners. Gesprekspartners geven aan dat er op dit moment op iedere afdeling meerdere leerlingen zijn. Zuyderland heeft extra werkbegeleiders voor de leerlingen aangenomen.

Daarnaast investeert Zuyderland in haar zorgverleners die al veel jaren in dienst zijn om ze zo lang mogelijk vitaal en inzetbaar te houden. Zorgverleners krijgen vanaf een bepaalde leeftijd adviezen hoe zij op dit moment inzet zijn en hoe zij in de toekomst duurzaam inzetbaar blijven.

Scholing

Uit gesprekken en documentinzage blijkt dat Glana zorgt voor een passend aanbod aan scholingen. Zorgverleners vertellen dat zij op het digitale Leerplein kunnen kiezen uit veel soorten scholing. Dit leest de inspectie ook terug in het kwaliteitsplan en de scholingsoverzichten. Naast scholing over ziektebeelden en lichamelijk welbevinden is er aandacht voor onbegrepen gedrag en omgaan met dementie. Zo volgen zorgverleners een verplichte scholing over omgaan met agressie en ongewenst gedrag. Ook de psycholoog geeft scholing over dit onderwerp.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt verder dat voorbehouden handelingen alleen door bevoegd en bekwaam personeel worden uitgevoerd. Glana werkt hiervoor met een cyclisch systeem van scholingen.

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 Glana** aan deze norm.

Uit het gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en documentinzage blijkt dat Zuyderland een visie op de zorg heeft die zij wil leveren. Voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn heeft de organisatie aanpassingen en investeringen in het werkproces gedaan.

Zo heeft Zuyderland voor 2019 per locatie speerpunten op dit onderwerp benoemd. De organisatie betreft zorgverleners bij dit proces. Zo hoort en leest de inspectie dat Zuyderland op locaties denktank bijeenkomsten organiseert. Zorgverleners kunnen hier de eigen mening en voorkeuren voor persoonsgerichte zorg inbrengen. Gesprekspartners vertellen dat Glana als vervolg op deze bijeenkomsten een markt organiseert. Ieder team presenteert zich op de markt hoe zij aan de slag gaat met verbeteracties uit de denktanks.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt verder dat het management diverse kwaliteitsinformatie gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De inspectie hoort dat Zuyderland interne en externe audits uitvoert op alle locaties en ziet hiervan een planning in. De inspectie ziet bijvoorbeeld een interne audit over activiteiten op de dagbesteding en een audit over de taken van de unitmanager op een afdeling. De inspectie leest dat uitkomsten van interne audits vertaald worden in doelen met verbeteracties. Bij de acties en doelen staan data wanneer deze gereed moeten zijn.

Uit gesprekken en documentinzage blijkt verder dat Zuyderland meldingen van incidenten gebruikt voor de verbetering van de zorg. De Meldingen Incident Client (MIC) commissie komt zes keer per jaar bij elkaar. Een commissie behandelt ernstige incidenten met de PRISMA-methode. Zij wijzen een prismafunctionaris aan die het incident onderzoekt. De inspectie ziet rapportages met daarin reconstructie, onderzoek van oorzaken, verbetermaatregelen en conclusies. Gesprekspartners vertellen dat zij open zijn over fouten en incidenten. Op locatie en organisatieniveau maakt een kwaliteitsfunctionaris analyses van de meldingen. Een gesprekspartner vertelt dat de commissies of werkgroepen daarna vragen of verzoeken tot verbeteracties voortkomend uit deze analyses voorgelegd krijgen. Zo hoort de inspectie dat er in een maand een lichte stijging was in medicatie fouten. De medicatiecommissie krijgt het verzoek om de oorzaken naar het vergeten van medicatie nader te onderzoeken.

Norm 3.3

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

Volgens de inspectie **voldoet Glana locatie** aan deze norm.

De inspectie ziet en hoort dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Gesprekspartners vertellen dat zij werken in een open cultuur waar elkaar aanspreken goed mogelijk is. Zo is er wekelijks werkoverleg op de somatische zorgafdeling. In het verslag hiervan ziet de inspectie aandacht voor MIC-meldingen en zorgleefplannen. Reflectie is geen vast onderdeel is van team overleggen, zo hoort de inspectie. Echter, als het nodig is dan maakt men hiervoor ruimte, bijvoorbeeld op een MDO. De inspectie hoort verder dat er op Glana geregeld een moreel beraad is. Daar delen zorgverleners kennis naar aanleiding van een specifieke casus of een bepaald onderwerp in het zorgproces.

Zuyderland maakt onderdeel uit van een lerend netwerk met meerdere regionale zorgaanbieders en de Academische Werkplaats Maastricht. Op bestuurlijk en beleidsniveau vinden diverse overleggen plaats en wisselen organisaties kennis uit. Binnen Zuyderland hebben meerdere locaties een eigen aandachtsgebied voor onderzoek of innovatie. In Glana loopt op een PG-afdeling een onderzoek naar open toegangsdeuren. Een ander voorbeeld is een locatie die veel werkt met eHealth toepassingen.

3.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

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

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

De inspectie ziet dat zorgverleners voor elke cliënt die medicatie gebruikt beschikken over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. Zorgverleners vertellen dat de apotheek altijd binnen 24 uur na start van de zorg zorgt voor 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 Glana grotendeels** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip paraferen op de toedienlijst. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners de tweede controle (niet GDS-medicatie) bekwaam uitvoeren. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze. Daarentegen ziet de inspectie dat bij bloed verdunnende medicatie de procedure niet navolgbaar verloopt. De zorgverlener in de nachtdienst maakt de medicatie klaar en zet de eerste paraaf. De zorgverlener die de medicatie geeft zet de tweede paraaf zonder dat een collega dit controleert. Tijdens het toedienen of aanreiken is er geen tweede controle op juiste dosering.

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

- Kwaliteitsplan 2019;
- Kwaliteitsverslag Zuyderland zorgcentra 2017;
- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locatie;
- Overzicht fte's/dienstroosters zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Kwartaalrapportage Q3 en Q4 2018 Kwaliteit en Veiligheid;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van de bezochte locatie van de laatste 12 maanden;
- Overzichten en verslagen van interne audits van de bezochte locatie;
- Overzicht van scholing in afgelopen jaar aan de zorgverleners van de bezochte locaties en de planning voor het lopende jaar.