



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

Definitief rapport van het onaangekondigd
inspectiebezoek aan Promens Care, locatie In
de Goorn te Coevorden op 4 juni 2013

Zwolle, juli 2013

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek—5
2.1	1. Veiligheid—7
2.2	2. Toepassen van vrijheidsbeperking—9
2.3	3. Uitvoering van het ondersteuningsplan—9
2.4	4. Kwaliteit van personeel en organisatie—12
3	Oordeel—12
4	Herstelmaatregelen en handhaving—Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1	Te nemen maatregelen—15
4.2	Handhaving—15
Bijlage 1	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—16

1 Inleiding

Op 4 juni 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd Quick Scan bezoek gebracht aan Promens Care, locatie In de Goorn.

Op basis van de bevindingen tijdens dit bezoek beoordeelt de inspectie of er bij Promens Care, locatie In de Goorn sprake is van normoverschrijding, waardoor risico's ontstaan voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

Werkwijze

Om tot een verantwoord oordeel te komen heeft de inspectie:

- Een bezoek gebracht aan een cluster van vier geschakelde wooneenheden, waarbij de wooneenheid voor psychogeriatrische cliënten bij het bezoek centraal stond;
- gesprekken gevoerd met begeleiders, fysiotherapeut en leidinggevende, voor zover beschikbaar tijdens het bezoek;
- zorgplannen en dossiers ingezien.

De inspecteurs gebruiken tijdens het onaangekondigd toezichtbezoek een 'Quick Scan' instrument dat ontwikkeld is om de uitvoering van de zorg te beoordelen. Het instrument is gebaseerd op andere instrumenten van de inspectie, wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen.¹

De aard van de onaangekondigde Quick Scan brengt met zich mee, dat niet alle onderwerpen 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.

Tijdens de Quick Scan kijken de inspecteurs naar de aanwezigheid van risico's op vier domeinen (zie onderstaande opsomming) die betrekking hebben op de randvoorwaarden voor het bieden van veilige en verantwoorde zorg en ondersteuning.

- Veiligheid
- Vrijheidsbeperking
- Ondersteuningsplan
- Kwaliteit van personeel en organisatie

De inspectie toetst een aantal minimumnormen. Daar waar de instelling niet voldoet aan deze minimumnormen, geeft de inspectie een toelichting. Als de norm niet van toepassing is dan is de kolom nvt aangevinkt. Indien de norm niet is beoordeeld, dan staat in deze kolom 'nb' (niet beoordeeld) vermeld.

1 Zie bijlage 1

In hoofdstuk 4 van dit rapport staat vermeld welke maatregelen Promens Care, locatie In de Goorn binnen welke termijn moet nemen.

Naam instelling	Promens Care
Adresgegevens	Lauwers 17, Assen
Bezochte locatie	In de Goorn, Commissaris Gaarlandtlaan 23, Coevorden
Korte beschrijving van de bezochte locatie:	In de Goorn is een woonlocatie in een bestaande woonwijk, die zich heeft gespecialiseerd in de begeleiding en verzorging van ouder wordende cliënten. Er wonen met name cliënten die vanwege hun leeftijd en beginnende dementie een aangepaste begeleiding, verzorging, huisvesting en dagbesteding nodig hebben. De locatie bestaat uit vier geschakelde wooneenheden, waarvan er twee bestemd zijn voor ouder wordende en/of dementerende verstandelijk beperkte cliënten. In elk van deze twee psychogeriatrische (PG-)wooneenheden verblijven 7 cliënten. De meesten van hen zijn rolstoelgebonden. In totaal wonen er op de locatie 21 cliënten in de leeftijd van ca. 30 tot ca. 75 jaar met ZP's VG05 t/m VG08. Een team van ca. 17 fte aan medewerkers biedt zorg op de woonlocatie. Het team bestaat uit assistent begeleiders en persoonlijk begeleiders, een teamleider en een locatiehoofd. Daarnaast zijn een fysiotherapeut, een gedragskundige en een teamarts betrokken bij de zorg. Ca. 10 cliënten van de woonlocatie maken gebruik van dagbesteding op de woonlocatie. De overigen volgen dagbesteding elders. De zorgplannen worden geïntegreerd opgesteld door 'wonen' en 'dagbesteding', behalve wanneer de cliënt aangeeft dit niet te willen. Op de woonlocatie wordt een beperkt aantal vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast zoals een codeslot op de toegangsdeuren van de PG-wooneenheden en individueel instelbare signaleringssystemen in de nacht.

	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

Categorie 1. Veiligheid

		Aanwezig		
	Norm	ja	nee	nvt
1.1	Er is een intern meldingsstelsel voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team.	✓		
1.2	Apparatuur zoals tillift, thermostaatkraan, zuurstofapparaat, elektrische rolstoel etc. is voorzien van een gebruiks-aanwijzing en wordt structureel onderhouden en gekeurd.	✓		
1.3	De middelen (bijvoorbeeld Zweedse band, afzonderingsruimte, separeerruimte) ter toepassing van vrijheidsbeperking, worden met regelmaat gecontroleerd en verkeren in goede staat.			✓
1.4	Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	✓		
1.5	Ontruimingsoefeningen worden minimaal eenmaal per jaar gehouden, brandblusapparatuur is aanwezig en er is een vrije doorgang naar de nooduitgangen.	✓		
1.6	Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.	✓		
1.7	Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	✓		
1.8	Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld.		✓	
1.9	Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'.	✓		
1.10	Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. <i>Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn:</i> – in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; – in een afgesloten medicijnkast; – Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; – Sleutelbeheer is adequaat geregeld; – Houdbaarheidsdata actueel.		✓	
1.11	Voor iedere cliënt is een actueel, door een apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het ondersteuningsplan en een toedienlijst (of deellijst).	✓		

1.12	Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.	✓		
1.13	Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking (=baxter) zit, en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering, vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.			✓

Toelichting

- 1.8 De meldcode huiselijk geweld is bij de medewerkers niet bekend. Per 1 juli 2013 is het gebruik van de code verplicht.
De instelling verklaart:
Promens Care bevindt zich in de eindfase van de implementatie en daarmee het intern kenbaar maken hiervan. Hier ligt een implementatieplan aan ten grondslag. Zo heeft scholing plaatsgevonden richting vakgroepen, waaronder de gedragswetenschappers en zijn alle locatiehoofden geschoold. Hiermee is deze kennis binnen het multidisciplinaire team (MDT) al geborgd. De locatiehoofden zijn nu bezig de code binnen de teams onder de aandacht te brengen en te bespreken. Per 1 juli a.s. moeten alle medewerkers op de hoogte zijn.
- 1.10 Niet op alle daarvoor in aanmerking komende medicatieverpakkingen was de datum van ingebruikname/opening vermeld. Op een geopende fles lactulose ontbrak een sticker met de openingsdatum, terwijl uitgaande van de afgiftedatum de houdbaarheidstermijn van het product bijna was verstreken.

2.2

Categorie 2. Toepassen van vrijheidsbeperking

		Aanwezig		
	Norm	ja	nee	nvt
2.1	De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking.	✓		
2.2	De medewerkers kunnen aantonen dat zij bijdragen aan preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.	✓		
2.3	De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd.		✓	
2.4	Uit het ondersteuningsplan blijkt dat bij de toepassing van de vrijheidsbeperking minder ingrijpende alternatieven zijn overwogen.		✓	
2.5	De inbreng van de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger ten aanzien van vrijheidsbeperking en de evaluatie daarvan is in het ondersteuningsplan zichtbaar.		✓	
2.6	De inbreng van betrokken disciplines en/of externe deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.	✓		
2.7	Alle toepassingen van middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook WGB0 gerelateerd) worden op locatieniveau geregistreerd.			nb
2.8	Individuele uitvoeringsafspraken voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn beschreven.	✓		
2.9	Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.	✓		
2.10	Er is een afbouwplan voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen aanwezig, ofwel beargumenteerd niet aanwezig.		✓	

Toelichting

2.3 In één van de drie onderzochte zorgplannen werd geen actuele beschrijving van de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen aangetroffen, maar alleen een verouderd niet meer geldig formulier.

2.4 en 2.5 Uit de rondgang en de gesprekken met medewerkers blijkt dat er bewust en zorgvuldig wordt omgegaan met het toepassen van middelen en maatregelen. In de zorgplannen is echter niet of nauwelijks iets vastgelegd over onderzochte alternatieven en is onvoldoende zichtbaar dat de cliënt c.q. diens vertegenwoordiger wordt betrokken bij de besluitvorming en de evaluatie van toepassingen.
Promens Care verklaart dat de handtekening van cliënt(vertegenwoordiger) onder het zorgplan niet alleen voor instemming staat maar ook voor

betrokkenheid bij de inhoud ervan.

- 2.10 In de zorgplannen zijn geen afbouwplannen voor vrijheidsbeperkende maatregelen aangetroffen. Afbouw van en alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen worden in het multidisciplinair overleg besproken. Onduidelijk is waarom de afspraken niet worden opgenomen in het zorgplan van betrokken cliënt.

2.3

Categorie 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan

		Aanwezig		
	Norm	ja	nee	nvt
3.1	Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan. - Er is een persoonsbeeld beschreven; - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd; - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen; - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan; - Uit de evaluatiecyclus blijkt dat het ondersteuningsplan jaarlijks wordt geëvalueerd. De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5) staat vermeld.		✓	
3.2	Het is zichtbaar dat de cliënt of zijn/haar cliëntvertegenwoordiger actief betrokken is bij het opstellen van het ondersteuningsplan.	✓		
3.3	De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.		✓	
3.4	Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.		✓	
3.5	De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.		✓	
3.6	De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).	✓		
3.7	De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in de rapportage.	✓		

Toelichting

- 3.1 In de zorgplannen wordt wel de datum van de voorlaatste evaluatie, maar niet de eerstvolgende evaluatiedatum (maand en jaartal) vermeld. In de zorgplannen ontbreekt de vermelding van een verantwoordelijke behandelaar.
- 3.3 Hoewel uit de gesprekken met begeleiders bleek dat het multidisciplinaire team actief betrokken zijn bij het opstellen van de zorgplannen is dit in de zorgplannen zelf niet zichtbaar.
- 3.4 en 3.5 De inspecteurs hebben niet voor iedere cliënt een risico-inventarisatie op de diverse domeinen voor kwaliteit van leven aangetroffen. In sommige cliëntdossiers wordt wel een signaleringsplan aangetroffen, voornamelijk op het gebied van gedragsescalatie. Het is niet duidelijk op basis waarvan deze signaleringsplannen met daarin afspraken ter preventie zijn opgesteld.

2.4

Categorie 4. Kwaliteit van personeel en organisatie

		Aanwezig		
	Norm	ja	nee	nvt
4.1	Er is voldoende personeel aanwezig om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.		✓	
4.2	De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	✓		
4.3	De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten en cliëntvertegenwoordigers die niet getrap is en gemakkelijk vindbaar op de website, waar ook het adres van de commissie vermeld staat.		✓	
4.4	De organisatie heeft aantoonbaar medezeggenschap van cliënten geregeld.	✓		
4.5	Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkertevredenheids-onderzoeken) zijn zichtbaar.		✓	
4.6	De locatie beschikt over een gedragscode voor medewerkers.	✓		
4.7	Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.		✓	
4.8	Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	✓		
4.9	De bekwaamheid van medewerkers in voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd.	✓		
4.10	Er zijn structureel feedbackmomenten, gericht op het eigen handelen van de medewerkers in de leefwereld van de cliënt.	✓		
4.11	Er vindt structureel afstemming plaats over uitvoering van de zorg tussen betrokken disciplines, zowel intern als extern.	✓		

Toelichting

- 4.1 In het weekend en 's avonds is er één begeleider op elke PG-groep aanwezig. Door de grote zorgbehoefte van de ouder wordende cliënten wordt die bezetting door de medewerkers als krap ervaren. Het komt voor dat sommige bewoners in het weekend niet voor 11.30 uur uit bed worden gehaald omdat er onvoldoende personeel is om hen eerder te verzorgen.
- 4.3 Promens Care beschikt over een actuele "Klachtenprocedure cliënten vertegenwoordigers Promens" en "Reglement interprovinciale klachtenregeling voor cliënten". Deze procedures zijn niet op de website van

Promens Care vermeld. De website vermeldt alleen een contactformulier waarmee een klacht kan worden ingediend. De tijdens het inspectiebezoek ontvangen "Klachtenprocedure cliënten vertegenwoordigers Promens" vermeldt op een neutrale manier drie klachtroutes, te weten de interne klachtprocedure, de route via de cliëntenvertrouwenspersoon en de route via de externe klachtencommissie, waarbij bij laatstgenoemde route verwezen wordt naar het "Reglement interprovinciale klachtenregeling voor cliënten". Dit reglement vermeldt in artikel 6 lid 4 de mogelijkheid van rechtstreekse toegang tot de klachtencommissie. Tegelijkertijd wekt de inleiding van dit reglement de indruk dat eerst de interne route moet worden gevolgd voordat een beroep op de klachtencommissie mogelijk is. De adresgegevens van de klachtencommissie worden op de website van Promens Care en in het reglement niet vermeld.

- 4.5 Medewerkers konden niet aangeven wanneer het laatste medewerkers-tevredenheidsonderzoek was gehouden en welke verbeterpunten daaruit zijn voortgekomen.
De instelling verklaart dat in 2012 een medewerkerstevredenheidsonderzoek is gehouden en dat de gemiddelde score voor Promens Care 7,7 was. Cliënttevredenheid wordt op individuele basis gemeten tijdens de jaarlijkse evaluatie van het zorgplan. Er is één clientvertegenwoordiger die heeft aangegeven niet tevreden te zijn met een aantal zaken. Met deze vertegenwoordiger zijn verbeterafspraken gemaakt.
- 4.7 Promens Care is vanaf 2009 begonnen met het vragen van een VOG aan nieuw personeel. Medewerkers die vóór dit moment in dienst zijn gekomen, hebben geen VOG overlegd.

3 Oordeel

In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van de inspectie tijdens het Quick Scan bezoek aan Promens Care, locatie In de Goorn.

Op basis van deze bevindingen is de inspectie van oordeel dat Promens Care, locatie In de Goorn niet voldoet aan de getoetste minimumnormen.

De geconstateerde normoverschrijdingen vormen een risico voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De Raad van Bestuur van Promens Care, locatie In de Goorn dient de geconstateerde normoverschrijdingen te herstellen. De inspectie verwacht dat de verbeteracties instellingsbreed worden doorgevoerd.

Daar waar de instelling niet aan de norm voldoet, is door de inspectie een toelichting gegeven in hoofdstuk 2 van dit rapport.

In hoofdstuk 4 staat welke maatregelen Promens Care, locatie In de Goorn, binnen welke termijn, moet nemen om de geconstateerde normoverschrijdingen te herstellen.

4 Herstelmaatregelen en handhaving

4.1 Te nemen maatregelen

Op basis van haar oordeel verwacht de inspectie dat u ten aanzien van de geconstateerde normoverschrijdingen binnen drie maanden de noodzakelijke herstelmaatregelen neemt, zodat de aanwezige risico's worden beperkt.

4.2 Handhaving

Gelet op het aantal normoverschrijdingen kan de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan Promens Care, locatie In de Goorn.

Bijlage 1 Overzicht wetten, veldnormen en rapporten

De onderstaande beoordelingsaspecten zijn gebaseerd op de wetgeving en de daarvan afgeleide veldnormen van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen, waarvan de belangrijkste hieronder worden genoemd.

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorgzorgaanbieders;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet medezeggenschap cliënten zorgzorgaanbieders;
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, maart 2007;
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ).
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, Igz, 2012
- Veilige principes in de medicatieketen Taskforce medicatieveiligheid Care
- Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg mei 2011

Domeinen

Domein Veiligheid

- De zorgplansystematiek voorziet in een PDCA-cyclus voor verschillende risicoaspecten zoals subjectieve veiligheid, meldsysteem en medicatie.
- Informatie en/of diagnostiek over preventie (bijvoorbeeld signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- Apparatuur is voorzien van gebruiksaanwijzing en worden structureel onderhouden/gekeurd. (Te denken valt aan bijvoorbeeld tillift, elektrische rolstoel, zuurstofapparaat, uitzuigapparatuur etc)
- De middelen ter toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in goede staat en worden regelmatig gecontroleerd
- Gebouw en inventaris zijn schoon en onderhouden
- Er worden minimaal 1 maal per jaar ontruimingsoefeningen gehouden en er is brandblusapparatuur binnen de locatie en er is een vrije doorgang van de nooduitgangen
- De locatie heeft aandacht voor vriendschap, relaties en seksualiteit, medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik
- De organisatie/ locatie hanteert een meldcode huiselijk geweld.
- Er is sprake van verantwoord medicijn beheer en verstrekking;
 - Alle medicatie staat op naam van cliënten (geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen).
 - Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden.

- in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;
- in een afgesloten medicijnkast;
- Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;
- Sleutelbeheer is adequaat geregeld;
- Houdbaarheidsdata actueel.
- Voor iedere cliënt is een actueel, door apotheker verstrekt en geprint medicatieoverzicht in het ondersteuningsplan en een toedienlijst (of deellijst).
- Per medicijn is op de toedienlijst afgetekend nadat de medicatie is verstrekt.

Domein Vrijheidsbeperking

- De medewerkers zijn bekend met het beleid en visie rondom vrijheidsbeperking en dragen bij aan het beleid en de visie rondom preventie en afbouw van vrijheidsbeperkingen.
- De toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen zijn in de ondersteuningsplannen opgenomen en beargumenteerd, de overwogen minder ingrijpende alternatieven zijn zichtbaar.
- De wensen van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger over vrijheidsbeperking zijn aantoonbaar meegenomen in afspraken, doelen en evaluatie.
- De inbreng van betrokken disciplines en/of extern deskundigen ten aanzien van vrijheidsbeperking is in het ondersteuningsplan zichtbaar.
- Alle toepassingen middelen of maatregelen, dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen (ook Wgbo gerelateerd), worden lokaal/centraal geregistreerd.
- Voor de toepassing zijn individuele uitvoeringsafspraken beschreven en er is een afbouwplan aanwezig.
- Informatie en/of diagnostiek op het gebied van preventie van vrijheidsbeperking (signaleringsplannen) is opgenomen in het ondersteuningsplan.
- De inspectie constateert een extra risico voor de zorg indien er fixatie banden in gebruik zijn en als er binnen de locatie separeerruimtes en of afzonderingsruimtes aanwezig zijn.

Domein Ondersteuningsplan

- Er is voor iedere cliënt een actueel ondersteuningsplan opgesteld op basis van multidisciplinaire beeldvorming waarin in ieder geval de volgende onderdelen beschreven zijn:
 - Er is een persoonsbeeld;
 - Er is een lange termijn perspectief geformuleerd;
 - Er zijn concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) geformuleerd die binnen een PDCA-cyclus vallen;
 - Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan;
 - De datum van de eerst volgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd; Het ondersteuningsplan wordt ten minste eenmaal per jaar methodisch geëvalueerd.
 - De verantwoordelijke behandelaar (indien van toepassing vanaf ZZP5) staat vermeld.
- Cliënt en cliëntvertegenwoordiger worden actief (in dialoog) betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- De inbreng van het multidisciplinaire team is zichtbaar in het ondersteuningsplan.
- Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op de 'kwaliteit van leven'- domeinen (lichamelijk welbevinden; psychisch welbevinden; inter-persoonlijke relaties; deelname aan de samenleving; persoonlijke ontwikkeling; materieel welzijn; zelfbepaling; belangen) die voor de betreffende cliënt van toepassing zijn.
- De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.

- De uitvoering van de afspraken over de zorg en ondersteuning zijn zichtbaar in de rapportage.
- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).

Domein Kwaliteit van personeel en organisatie

- Er worden structureel voldoende medewerkers ingezet om de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan na te komen.
- Het is voor de medewerkers duidelijk hoe de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden geregeld is.
- Er is een klachtenregeling aanwezig die voldoet aan de eisen die de WKCZ daaraan stelt en cliënten en diens vertegenwoordigers worden over het klachtenreglement geïnformeerd.
- De organisatie heeft medezeggenschap geregeld.
 - Bij **minder dan 10 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor enige vorm van medezeggenschap bijv. in de vorm van huiskameroverleg. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
 - Bij **10 tot 50 cliënten** zorgt de zorgaanbieder voor een vorm van medezeggenschap waarin de cliënten kunnen meedenken over het beleid van de instelling. Voorwaarden zijn: er is sprake van een structureel karakter, er staat hiervan iets op schrift en voor cliënten moet duidelijk zijn waarover ze mogen mee praten.
 - Bij **meer dan 50 cliënten** heeft de zorgaanbieder een cliëntenraad of kan de zorgaanbieder een bewijs van inspanning overleggen.
- Klachten en tevredenheidsonderzoeken (cliënt en medewerkers) leiden tot een verbeterplan in uitvoering.
- De locatie beschikt over een gedragscode medewerkers.
- Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag overlegd.
- Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).
- De bekwaamheid van medewerkers voor voorbehouden en risicovolle handelingen wordt met voldoende regelmaat getoetst en geregistreerd. De locatie heeft een opleidingsplan.
- Er zijn structureel feedbackmomenten die gericht zijn op het eigen handelen in de leefwereld van de cliënt georganiseerd.
- Er vindt structureel afstemming plaats over de uitvoering van de zorg tussen de betrokken disciplines (intern en extern betrokken disciplines).