



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

Rapport van het onaangekondigd
inspectiebezoek aan NOVO, locatie
Avondsterlaan te Groningen op 18 juni 2013

Amsterdam, juli 2013

Inhoud

1	Inleiding—3
2	Bevindingen onaangekondigd Quick Scan bezoek—4
2.1	Categorie 1. Veiligheid—5
2.2	Categorie 2. Toepassen van vrijheidsbeperking—7
2.3	Categorie 3. Uitvoering van het ondersteuningsplan—9
2.4	Categorie 4. Kwaliteit van personeel en organisatie—10
3	Oordeel—12
4	Herstelmaatregelen en handhaving—13
Bijlage 1	Overzicht wetten, veldnormen en rapporten—14

1 Inleiding

Op 18 juni 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een onaangekondigd Quick Scan bezoek gebracht aan NOVO, locatie Avondsterlaan. Aanleiding voor dit bezoek zijn de zorgen die de inspectie heeft over het behandelklimaat binnen de organisatie. Deze zorgen zijn ontstaan nadat de inspectie onderzoek heeft gedaan naar de oorzaak en de omstandigheden van een calamiteit op een van de andere behandellocaties van NOVO en het daarop aansluitende toezichtbezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit bezoek beoordeelt de inspectie of er bij NOVO, locatie Avondsterlaan 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 woning;
- gesprekken gevoerd met begeleiders, een gedragskundige en leidinggevenden, voor zover beschikbaar tijdens het bezoek;
- twee fysieke en één elektronisch dossier 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 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.

In hoofdstuk 4 van dit rapport staat vermeld welke maatregelen NOVO, locatie Avondsterlaan, binnen welke termijn, moet nemen.

¹ Zie bijlage 1

Naam instelling	NOVO		
Adresgegevens	Eenrumermaar 1 9735 AD Groningen		
Bezochte locatie	Avondsterlaan 134 9742 KE Groningen		
Korte beschrijving van de bezochte locatie: Doelgroep, aantal cliënten en omschrijving van de geboden zorg.	De locatie Avondsterlaan staat aan het Reitdiep, in een rustig deel van de stad, wijk Paddepoel. De locatie is omgeven door water en groen. In de directe omgeving zijn speelplaatsen, bushaltes en diverse winkelcentra. Op de locatie wonen cliënten tijdelijk in twee reguliere behandelgroepen, in de TOPgroep of in Instapgroep. Elke groep telt maximaal zes jongeren. Iedere jongere heeft een ruime kamer met eigen douche en toilet. Elke groep heeft een activiteitenruimte en een beschutte tuin. Daarnaast is op het terrein een speelveld. Bij de inrichting van het gebouw is gewerkt vanuit het concept 'healing environment'. Dit betekent veel licht, kleur en natuurlijke elementen, resulterend in een warme uitstraling. (Bron: www.novo.nl)		
		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 gebruiksaanwijzing 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. (<i>verplicht per 1 juli 2013</i>)			✓
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 zit (=baxter) en waarbij sprak is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	√		

Toelichting

1.11 Op de locatie wordt een medicatieaftekenlijst gebruikt, die door medewerkers zelf is ontworpen. Volgens de medewerkers verstrekt de apotheek geen medicatieoverzicht en toedienlijst.

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 WGBO gerelateerd) worden op locatieniveau geregistreerd.		✓	
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.	✓		
2.11	Bij het gebruik van onrustbanden is er voor elke individuele cliënt een afbouwplan en er is aantoonbaar externe deskundigheid geraadpleegd.			✓

Toelichting

2.1. De medewerkers zeggen dat zij de visie en het beleid van NOVO rondom vrijheidsbeperking kennen, maar tijdens de rondleiding door de woning blijkt dat zij de toepassing van ondermeer deurverklikkers en camera's, maar ook het niet op de gang mogen spelen of het 's nachts niet in de huiskamers mogen verblijven, niet als vrijheidsbeperkende maatregelen beschouwen of herkennen.

2.3. en 2.5. De toepassing van een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals

deurverklippers en cameratoezicht 's nachts, staat niet in het behandelplan beschreven. Hierdoor is de inbreng van de cliënt en/of cliëntvertegenwoordigers ook niet zichtbaar in het behandelplan.

Bij minimaal 2 cliënten op deze locatie, die geen Bopz-aanmerking heeft, wordt fixatie toegepast. Deze vrijheidsbeperking is opgenomen in het behandelplan, dat ondertekend is door de cliënt(vertegenwoordiger). Begeleiders gebruiken signaleringslijsten, die alternatieven geven om escalatie of fixatie te voorkomen. Als de fixatie is toegepast is er sprake van verzet, maar achteraf stemt de client in met de fixatie. De toepassing van de dwangmaatregel wordt niet bij de inspectie gemeld.

Recent zijn er nieuwe huisregels ('Afspraken en groepsregels') opgesteld. Evenals de oude huisregels bevatten deze nog steeds veel vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze maatregelen horen niet thuis in de huisregels, maar alleen in individuele afspraken in het behandelplan kunnen worden opgenomen. De opgestelde huisregels komen niet overeen met de 'Handreiking Huisregels' die opgesteld is door de VGN. Evenmin is duidelijk of er over deze huisregels overeenstemming is met de cliëntenraad.

2.7. Op locatieniveau is er geen registratie aanwezig van de diverse vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen en de toepassing daarvan.

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

--

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 getrapt 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 Personeelsleden geven aan dat er tijdens de reguliere diensten regelmatig te weinig tijd is om voldoende invulling te geven aan hun persoonlijk begeleiderschap en de daarbij behorende werkzaamheden. Medewerkers kunnen tijd aanvragen bij een teamcoördinator om hun werk af te maken. Zij maken gebruik van deze mogelijkheid.

4.7. NOVO heeft in 2011 geregeld dat alle nieuwe medewerkers een VOG dienen te overleggen. Voor medewerkers die daarvoor in dienst zijn gekomen en voor vrijwilligers geldt deze regeling echter niet.

4.8. De inspectie heeft samen met een medewerker in Plan Care Kwaliteit naar enkele procedures en protocollen gekeken. Hieruit bleek dat diverse procedures en protocollen langer dan drie jaar geleden zijn geëvalueerd. Er is een plan voor structurele evaluatie aanwezig, maar dit leidt niet altijd tot een consequent tijdige uitvoering van de evaluaties.

4.9. De bekwaamheid van begeleiders die medicatie delen (een risicovolle handeling) wordt niet regelmatig getoetst en geëvalueerd. Zij krijgen ook geen structurele scholing op deze risicovolle handelingen.

3 Oordeel

In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van de inspectie tijdens het Quick Scan bezoek.

Op basis van deze bevindingen is de inspectie van oordeel dat NOVO, locatie Avondsterlaan te Groningen niet voldoet aan de getoetste minimum normen.

De geconstateerde normoverschrijdingen vormen een risico voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg. De Raad van Bestuur van NOVO dient de geconstateerde normoverschrijdingen zo spoedig mogelijk 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 NOVO 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 zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen drie maanden de noodzakelijke herstelmaatregelen neemt, zodat de aanwezige risico's worden beperkt.

De inspectie verwacht dat u haar uiterlijk 5 augustus 2013 schriftelijk informeert binnen welke termijnen u de geconstateerde normoverschrijdingen zult hebben hersteld.

4.2 Handhaving

Gelet op het aantal normoverschrijdingen kan de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan NOVO, locatie Avondsterlaan te Groningen.

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).